



**AUDITORIA  
AO  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
RELATÓRIO FINAL**

Tribunal de Contas  
Lisboa  
1999



**PROC. N.º 45/99 – AUDIT**

**RELATÓRIO N.º 38/99 – 2ª SECÇÃO**

***Auditoria ao***

***Serviço Nacional de Saúde***

***Relatório Final***



# Tribunal de Contas

---

## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS  
ÍNDICE DE GRÁFICOS  
GLOSSÁRIO  
RELAÇÃO DE SIGLAS

## CAPÍTULO I

### 1- INTRODUÇÃO

- 11 Âmbito
- 12 Objectivos
- 13 Metodologia
- 14 Exercício do contraditório

### 2- CONCLUSÕES GERAIS

### 3- RECOMENDAÇÕES

## CAPÍTULO II

### 1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

- 11 Antecedentes do SNS
- 12 A Criação do Serviço Nacional de Saúde
- 13 A Lei de Bases da Saúde (1990) e o novo Estatuto de SNS (1993)
- 14 Organização e Enquadramento Jurídico-Financeiro do SNS
  - 141 Considerações Gerais
  - 142 O Papel do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)
  - 143 As Administrações Gerais de Saúde (ARS) Os Centros de Saúde
    - 1431 As Administrações Regionais de Saúde
    - 1432 Os Centros de Saúde
  - 144 Os Hospitais



# Tribunal de Contas

## Direcção-Geral

---

- 1441 Regime Geral
- 1442 Caso Especial do Hospital de São Sebastião
- 145 Outras Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde
  - 1451 Instituto Português de Oncologia e Instituto de Oftalmologia do Dr Gama Pinto
  - 1452 Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
  - 1453 Centros Especializados
  - 1454 Instituto Nacional de Emergência Médica
- 146 Outros Serviços
  - 1461 Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge
  - 1462 Instituto Português do Sangue
  - 1463 Escolas Superiores de Enfermagem e Instituto Superior de Tecnologia da Saúde
  - 1464 Institutos de Clínica Geral
  - 1465 Instituto de Genética Médica Dr Jacinto Magalhães
  - 1466 Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
- 147 Síntese Conclusiva em Termos de Enquadramento Jurídico-Financeiro
- 15 Sistema de Saúde e Gestão do SNS
  - 151 A Articulação entre Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde
  - 152 As Agências de Acompanhamento e Contratualização
  - 153 A Gestão Hospitalar
  - 154 O Recurso a Entidades Exteriores através de Contrato de Gestão, Convenção e Contrato-Programa
- 16 Indicadores da Actividade Desenvolvida pelo Sistema de Saúde
  - 161 Centros de Saúde
  - 162 Hospitais
  - 163 Comparações Internacionais
- 17 Conclusões

## **2- DESPESAS TOTAIS COM A SAÚDE E ESTADO DA SAÚDE**

- 21 Evolução das Despesas de Saúde
- 22 Evolução dos Indicadores de Saúde
- 23 Estrutura das Despesas de Saúde
- 24 Conclusões



# Tribunal de Contas

*Direcção-Geral*

---

## **3- FINANCIAMENTO E SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DO SNS**

- 31 O Esforço Financeiro do Estado
- 32 O Financiamento do SNS
  - 321 Critérios de Financiamento
  - 322 Necessidades Financeiras do SNS
- 33 Situação Económico-Financeira do SNS
  - 331 Situação Financeira
  - 332 Dívidas
  - 333 Créditos
  - 334 Défices
  - 335 Conclusões
- 34 Os Encargos com Medicamentos ao Nível do SNS
- 35 Regularização de Passivos com Recurso à Dívida Pública
  - 351 Regularização Extraordinária em 1999
  - 352 Relevação do défice e POCP
- 36 Conclusões

## **4- ACORDOS E CONVENÇÕES**

- 41 Enquadramento Legal da Celebração de Acordos e Convenções
- 42 Sistema de Pagamento a Convencionados
- 43 Sistema de Pagamentos a Farmácias
- 44 Consequências Legais, Financeiras, Orçamentais e no Endividamento Público dos Sistemas Instituídos
- 45 Conclusões

## **CAPÍTULO III**

### **1- AS INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE SAÚDE AUDITADAS**

### **2- ORGANIZAÇÃO, PLANEAMENTO E CONTROLO**

- 21 Organização Geral
  - 211 Hospitais
  - 212 Sub-Regiões de Saúde
- 22 Planeamento e Controlo
  - 221 Hospitais
  - 222 Sub-Regiões de Saúde
- 23 Outros Instrumentos para a Gestão



# Tribunal de Contas

*Direcção-Geral*

---

231 Órgãos de Apoio Técnico: Comissões

2311 Hospitais

2312 Sub-Regiões de Saúde

232 Gabinete do Utente

24 Conclusões

### **3- APRECIÇÃO GERAL DA SITUAÇÃO ECONÓMICO – FINANCEIRA DAS IOS AUDITADAS**

31 Análise Económico – Financeira

311 Hospitais

312 Sub-Regiões de Saúde

32 Contabilidade Analítica

321 Hospitais

322 Sub-Regiões de Saúde

33 Conclusões

### **4- INDICADORES DE ACTIVIDADE**

41 Actividade Assistencial nos Hospitais

411 Internamento

412 Urgência

413 Ambulatório (Consulta Externa)

414 Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

42 Actividade Assistencial nos Centros de Saúde

43 Conclusões

### **5- APROVISIONAMENTO**

51 Compras

511 Hospitais

512 Sub-Regiões de Saúde

52 Gestão de Stocks e Controlo de Consumos

521 Hospitais

522 Sub-Regiões de Saúde

5211 Centros de Saúde

53 Conclusões



# Tribunal de Contas

*Direcção-Geral*

---

## **6- A FARMÁCIA HOSPITALAR**

- 61 Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material Clínico
- 62 Medicamentos Cedidos Gratuitamente aos Utentes pelos Serviços Farmacêuticos Hospitalares
- 63 Conclusões

## **7- FACTURAÇÃO DE FORNECEDORES DE BENS E SERVIÇOS**

- 71 Hospitais
- 72 Sub-Regiões de Saúde
- 73 Conclusões

## **8- FACTURAÇÃO A TERCEIROS**

- 81 Hospitais
- 82 Sub-Regiões de Saúde
- 83 ADSE
- 84 SAMS
- 85 Conclusões

## **9- PRESTAÇÕES DIRECTAS**

- 91 Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Convencionados)
- 92 Farmácias (Receituário Médico)
- 93 Confronto de Dívidas da ARS/ANF
- 94 Conclusões

## **10- SANIDADE MARÍTIMA**

- 101 Sanidade Marítima na Estação de Saúde dos Portos de Setúbal e de Lisboa
- 102 Conclusões

## **11- ÁREA FINANCEIRA**

- 111 Hospitais
- 112 Sub-Regiões de Saúde
- 113 Conclusões

## **12- A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO NO ÂMBITO DO SNS**

- 121 A Qualidade nos Serviços de Saúde
- 122 A Qualidade nas Instituições Auditadas
- 123 Conclusões



# **Tribunal de Contas**

*Direcção-Geral*

---

## **CAPÍTULO IV**

### **DECISÃO**

### **ANEXO I**

### **FICHAS TÉCNICAS**

### **ANEXO II**

### **RESPOSTAS RECEBIDAS NO EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO**





## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I	- Caracterização dos Centros de Saúde – 1997
Quadro II	- Caracterização dos Hospitais – 1997
Quadro III	- Actividade Desenvolvida pelos Hospitais – 1997
Quadro IV	- Capacidade Hospitalar e Taxa de Utilização
Quadro V	- Utilização de Recursos de Saúde
Quadro VI	- Despesas com Cuidados de Saúde em % do PIB
Quadro VII	- Despesas Totais de Saúde por Habitante (Em Dólares EUA na Base da Paridade dos Poderes de Compra)
Quadro VIII	- O Estado da Saúde – Alguns Indicadores
Quadro IX	- Dados Regionais Relativos à Saúde
Quadro X	- Estrutura das Despesas com a Saúde - Portugal VS Média OCDE em % PIB
Quadro XI	- Despesa em Produtos Farmacêuticos
Quadro XII	- Necessidades Financeiras do SNS
Quadro XIII	- Situação Financeira do Serviço Nacional de Saúde (1995 a 1998)
Quadro XIV	- Dívidas das Instituições de Saúde (1995/1998)
Quadro XV	- Dívidas por Natureza
Quadro XVI	- Dívidas do SNS por Credor
Quadro XVII	- Dívidas a Convencionados e Farmácias – Prazos de Pagamento
Quadro XVIII	- Evolução das Receitas Totais do SNS entre 1990 e 1998
Quadro XIX	- Créditos das Instituições de Saúde 1995/1998
Quadro XX	- Dívidas de Terceiros entre 1996 e 1998
Quadro XXI	- Créditos do SNS por Instituições (1996/1998) 97
Quadro XXII	- Défices do SNS (1995/1998)



# Tribunal de Contas

*Direcção-Geral*

---

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro XXIII	- Montantes de Juros Suportados pelas Regiões de Saúde
Quadro XXIV	- Dívidas dos Sub-Sistemas aos Hospitais Auditados
Quadro XXV	- Passivos dos Hospitais Auditados
Quadro XXVI	- Passivos das Sub-Regiões Auditadas
Quadro XXVII	- Demora Média/Taxa de Ocupação nos Hospitais Auditados
Quadro XXVIII	- Movimento Assistencial nos Hospitais Auditados
Quadro XXIX	- Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material Clínico nas IOS Auditadas
Quadro XXX	- Consumos Verificados em Comparação com a Actividade Assistencial nos Hospitais Auditados
Quadro XXXI	- Encargos com Medicamentos Cedidos Gratuitamente nos Hospitais Auditados
Quadro XXXII	- Consumos de Eritropoietina nos Hospitais Auditados
Quadro XXXIII	- Peso das Receitas da Prestação de Serviços de Saúde no Total dos Proveitos Operacionais nas IOS Auditadas
Quadro XXXIV	- Dívidas de Terceiros às IOS Auditadas Inerentes à sua Actividade Assistencial
Quadro XXXV	- Dívidas da ADSE às IOS Auditadas
Quadro XXXVI	- Dívidas dos SAMS às IOS Auditadas
Quadro XXXVII	- Dívidas ao Sector Convencionado nas SRS Auditadas
Quadro XXXVIII	- Dívidas ao Sector Farmacêutico nas SRS Auditadas
Quadro XXXIX	- Mapa Comparativo das Dívidas das Regiões de Saúde à ANF (a 30 de Novembro de 1998)



# Tribunal de Contas

*Direcção-Geral*

---

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico nº 1 - Despesas de Saúde nos Países da UE / Em % do PIB – 1997
- Gráfico nº 2 - Despesas de Saúde e PIB por Habitante – 1997/ Dólares EUA
- Gráfico nº 3 - Mortalidade Infantil
- Gráfico nº 4 - Mortalidade Perinatal
- Gráfico nº 5 - Indicadores de Saúde (1996)
- Gráfico nº 6 - Evolução do Défice Financeiro do SNS
- Gráfico nº 7 - Evolução dos Défices do SNS
- Gráfico nº 8 - Evolução da Despesa com Medicamentos do SNS
- Gráfico nº 9 - Portugal: Despesa em Medicamentos
- Gráfico nº 10 - Hospital de S Bernardo - Variações anuais de produção e custos
- Gráfico nº 11 - Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Variações anuais de produção e custos
- Gráfico nº 12 - Hospitais da Universidade de Coimbra - Variações anuais de produção e custos
- Gráfico nº 13 - Hospital de Garcia de Orta - Variações anuais de produção e custos
- Gráfico nº 14 - Hospital de São José – Variações anuais de produção e custos
- Gráfico nº 15 - Variação no Período 1994 - 1997 dos Consumos Hospitalares e da Actividade Assistencial



## GLOSSÁRIO

**Ambulatório** – Consultas externas realizadas nos hospitais e centros de saúde.

**Anos de vida potencial perdidos** – Medida de mortalidade prematura que fornece uma forma explícita de medir mortes ocorridas a idades mais jovens que são, *a priori*, susceptíveis de ser evitadas; o seu cálculo é feito com base na soma dos óbitos ocorridos em cada idade multiplicados pelo número de anos de vista restante até uma determinada idade (no nosso caso 70 anos).

**Centro de responsabilidade** – Unidade funcional com objectivos próprios, integrados na estratégia e orgânica definidas para o hospital e orientadores da sua actividade, coordenado por uma equipa com poder de decisão sobre os meios necessários à realização desses objectivos, segundo regras estabelecidas.

**Centros de responsabilidade integrada** – Constituem níveis intermédios de gestão, baseados no processo assistencial, agrupando serviços e/ou unidades funcionais, por áreas homogéneas de actividade, em qualquer caso com dimensão gestonária adequada e com afinidade funcional.

**Contratualização** – Processo que conduz a um contrato pelo qual uma das partes (Agência de Contratualização) se obriga a promover por conta de outra (cidadão) a celebração de contratos de prestação de cuidados de saúde, de modo autónomo e estável.

**Convencionados** – Pessoas privadas, singulares ou colectivas, com as quais o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde, ou das Administrações Regionais de Saúde, celebra contratos de adesão, que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

**Consulta subsequente** – Consulta que deriva da primeira para verificação da evolução do estado do doente, para administração terapêutica ou preventiva.

**Demora média** – Número médio de dias de internamento hospitalar por doente num dado período de tempo.

**Défice económico** – Diferença entre a receita total (cobrada e por cobrar) e a despesa total (paga e em dívida).

**Défice financeiro** – Diferença entre a receita cobrada e a despesa total (paga e em dívida).

**Dias de internamento** – Total anual de dias de internamento consumidos por todos os doentes internados nos diversos serviços do hospital, integrantes da respectiva valência (nesta contagem não são incluídos os dias de estadia hospitalar referentes a recém-nascidos sem patologia, ou a doentes em observação no serviço de urgência).

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

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

**Emergência** – Situações de instalação súbita em que exista, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

**Esperança de vida à nascença** – Idade média na morte de uma geração fictícia submetida às condições de mortalidade do período considerado.

**Esperança de vida na idade X** – Número médio de anos de vida que restam para uma população fictícia que atingiu aquela idade.

**Grupo de diagnóstico homogéneo** – Sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.

**Hospital** – Estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia.

**Índice de Case-Mix** – Coeficiente global de ponderação da produção, reflectindo a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM é calculado pelo IGIF, e determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes.

**Intervenção cirúrgica/cirurgia** – Realização, em sala própria, sob anestesia geral ou local, de um ou mais actos operatórios, praticados através da mesma incisão ou orifício, com objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, com ou sem presença de anestesista.

**Meios complementares de diagnóstico e terapêutica** – Exames ou tratamentos classificados por áreas de produção e discriminados por serviços requisitantes, nomeadamente: internamento, consulta, urgência e exterior.

**Mortalidade infantil** – Número de mortes de crianças de menos de um ano por cada 1000 nascimentos.



**Mortalidade perinatal** – Número de fetos mortos após 28 semanas de gravidez mais número de nados vivos que morrem nos 7 dias após o nascimento por cada 1000 nascimentos.

**Orçamento económico** – Documento onde se evidencia a previsão de receitas e despesas para um dado exercício.

**Orçamento financeiro** – Documento onde se evidenciam os recebimentos e os pagamentos previstos efectuar numa dada gerência.

**Paridades de poder de compra** – Taxas de conversão monetária que permitem exprimir numa unidade comum os poderes de compra das diferentes moedas, eliminando, por isso, as diferenças de níveis de preços existentes entre os países.

**Prescrições por habitante** – Número de caixas de medicamentos ou número de prescrições por pessoa.

**Primeira consulta** – Consulta em que o doente é examinado pela primeira vez num dos serviços de consulta.

**Sistema local de saúde** – Conjunto de recursos da saúde articulados e organizados segundo um critério geográfico-populacional, implantado tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, desenhado a partir das necessidades definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais, com capacidade de coordenar os recursos disponíveis, facilitador da participação social e concorrendo para o desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde.

**Taxa de admissão da população** – Número de admissões (ou de saídas, incluindo as pessoas falecidas durante a estadia) nos estabelecimentos hospitalares dividido pela população e multiplicado por 100.

**Taxa de ocupação (%)** – Número de camas por cada 100 que em média estiveram ocupadas durante um determinado período (um ano em geral); é dada pela razão entre o número de dias de internamento e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicado por 365 dias, que, por sua vez, se multiplica por 100.

**Urgência** – Situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.

## RELAÇÃO DE SIGLAS

<b>SIGLAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
ADMA	Assistência na Doença aos Militares da Armada
ADME	Assistência na Doença aos Militares do Exército
ADMFA	Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea
ADMG	Assistência na Doença aos Militares da Guarda Nacional Republicana
ADSE	Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
ANF	Associação Nacional de Farmácias
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
APOMEPA	Associação Portuguesa dos Médicos Patologistas
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BAA	Boletins de Admissão e Alta de Doentes em Internamento
CA	Conselho de Administração
CAT	Centro de Atendimento Permanente
CATU	Centro de Atendimento e Tratamento Urgente
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CNPRP	Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais
CRES	Conselho de Reflexão Sobre a Saúde
CS	Centro de Saúde
DGTC	Direcção Geral do Tribunal de Contas
DGO	Direcção-Geral do Orçamento
DGT	Direcção-Geral do Tesouro
FEA	Formulário Europeu para Ambulatório
FHNM	Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Federação Nacional de Cuidados de Saúde
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
GPCS	Grupos Personalizados de Centros de Saúde
HGO	Hospital Garcia de Orta
HNSR	Hospital de Nossa Senhora do Rosário



HSB	Hospital de S. Bernardo
HSJ	Hospital de S. José
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
IOS	Instituições Oficiais de Saúde
LEOE	Lei de Enquadramento do Orçamento do Estado
MADT	Meios Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
POCP	Plano Oficial de Contabilidade Pública
SADU	Serviço de Atendimento de Doentes Urgentes
SAM	Sistema de Atendimento Marítimo
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SEC	Sistema Europeu de Contas
SINAVE	Serviço de Informação de Navegação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Sub-Região de Saúde
SRSL	Sub-Região de Saúde de Lisboa
SRSS	Sub-Região de Saúde de Setúbal
SPC	Sistema de Pagamento a Convencionados
SPF	Sistema de Pagamento a Farmácias
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TC	Tribunal de Contas
PSP	Polícia de Segurança Pública
GNR	Guarda Nacional Republicana
UE	União Europeia



## CAPÍTULO I

### 1 - INTRODUÇÃO

#### 1.1- ÂMBITO

A auditoria ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) inscreve-se no âmbito da necessidade de proceder a uma apreciação do funcionamento, orgânica e critérios de gestão do SNS, e instituições por ele financiadas, facto determinante para a sua inclusão nos Planos de Fiscalização do Tribunal de Contas, de 1996 a 1998, na sequência de outras acções de controlo que o Tribunal lhe dedicou no passado<sup>1</sup>. A auditoria responde, também, a uma solicitação feita ao Tribunal pelo Governo, por força do Despacho Conjunto n.º A-7/95-XIII, de 95/12/04, publicado no Diário da República, II Série, n.º 5, de 6 de Janeiro de 1996, a qual, tendo por objecto a orgânica e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, deveria, nomeadamente, incidir sobre a respectiva gestão orçamental e de tesouraria, bem como as situações de atraso nos pagamentos e desperdícios de dinheiros públicos daí resultantes, com a exacta quantificação dos valores envolvidos e a formulação de sugestões para a alteração da legislação e dos critérios de gestão que estão na origem desta situação.

#### 1.2- OBJECTIVOS

A auditoria em apreço foi realizada em duas fases distintas, situando-se a primeira ao nível do macro-sistema de saúde, e a segunda junto de Instituições Oficiais de Saúde, na sua qualidade de unidades operativas, responsáveis pela execução directa das políticas de saúde superiormente definidas.

Os objectivos globais prosseguidos no decurso da primeira fase consistiram basicamente na avaliação e análise dos sistemas de controlo e gestão ao nível do sistema de saúde, gestão financeira e orçamental do sistema, com incidência nos processos de regularização de dívidas do SNS<sup>2</sup>, que tiveram lugar em 1995 e 1996.

A segunda fase consistiu numa análise de gestão, a nível micro, tendo em vista a avaliação dos sistemas de controlo interno nas áreas de compras, existências, consumos, facturação (débitos

---

<sup>1</sup> Merece referência especial a este respeito o Acórdão n.º 238/94 – 2ª Secção, proferido sobre a auditoria realizada em 1992 ao SNS e, bem ainda, posições tomadas em matéria de julgamento das contas das instituições oficiais de saúde financiadas pelo SNS (v.g. Acórdãos n.ºs 57/95, 61/95, 111/95, 118/95, 125/95, 128/95 e 231/95 do Tribunal de Contas – 2ª Secção).

<sup>2</sup> Com recurso à dívida pública.



e créditos), organização contabilística e apreciação do grau de eficiência na utilização dos recursos junto das entidades directamente executoras – os serviços de saúde.

## 1.3- METODOLOGIA

A primeira fase da auditoria teve início em 1996, consistindo numa avaliação preliminar do SNS, enquadramento legal e institucional, regime jurídico-financeiro aplicável, seguindo-se a recolha de informação junto das entidades intervenientes na gestão do SNS nas suas diferentes vertentes.

A execução dessa primeira fase teve por base o Plano Global aprovado pela Resolução n.º 6/96-2.ª Secção do Tribunal de Contas, de 96/02/08, concluindo-se pela apresentação do relatório respectivo, que mereceu a aprovação do Tribunal em Subsecção da 2.ª Secção, de 15 de Maio de 1997, o qual foi comunicado ao Governo e posteriormente divulgado<sup>3</sup>.

A 2.ª fase da auditoria, de acordo com o respectivo Plano Global, foi direccionada para áreas funcionais previamente seleccionadas e subordinadas aos objectivos definidos naquele Plano e teve lugar junto das seguintes instituições oficiais de saúde:

- Hospitais de S. Bernardo (Setúbal), de Nossa Senhora do Rosário (Barreiro), de S. José, de Garcia de Orta (Almada) e da Universidade de Coimbra;
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: Sub-Regiões de Saúde de Lisboa e de Setúbal.

A execução da auditoria decorreu de acordo com os respectivos Programas de Trabalho, segundo métodos de amostragem que permitiram aferir a existência e fiabilidade dos sistemas de controlo interno vigentes nas diferentes instituições auditadas mediante a realização de testes de conformidade e testes substantivos nas diferentes áreas funcionais auditadas.

O relatório ora presente constitui o culminar da auditoria ao Serviço Nacional de Saúde, nele se pretendendo abarcar o funcionamento do Sistema de Saúde a dois níveis:

- um nível macro, isto é, as grandes envolventes do sistema e sua dinâmica, a situação financeira e a gestão global da saúde no país, suas orientações, custos e proveitos.
- um nível micro, com suporte nas conclusões das auditorias às instituições de saúde, as quais permitem aferir o modo como funciona, de facto, o Sistema de Saúde, a eficiência da gestão das instituições nas diferentes áreas operativas, os encargos com o funcionamento das instituições e, tanto quanto possível, a satisfação dos utentes, principais destinatários últimos de toda a movimentação do sistema.

<sup>3</sup> O respectivo relatório está publicado no Diário da República, II Série, n.º 228, de 2/10/97, pags. 1262(155) e segs.

Neste sentido, as conclusões gerais nele insertas contemplam conjuntamente os resultados das análises aos níveis macro e micro, as quais proporcionaram uma apreciação do funcionamento global do Serviço Nacional de Saúde.

Deve assinalar-se que, não obstante algumas dificuldades derivadas da complexidade e vastidão inerentes à própria auditoria e ausência, em alguns casos, de adequados suportes informativos, obteve-se, de um modo geral, grande colaboração e receptividade por parte dos responsáveis das entidades auditadas, bem como dos dirigentes e técnicos com quem se contactou. A qualidade de algumas das respostas obtidas no exercício do contraditório, que envolveu dezenas de responsáveis, merece também realce, assim como a prontidão com que foram desencadeados alguns mecanismos de correcção das lacunas e deficiências detectadas. A nível dos serviços centrais do Ministério da Saúde, contou-se igualmente com uma colaboração sempre diligente por parte dos responsáveis do IGIF com quem se teve de contactar, colaboração que o Tribunal regista e agradece.

#### **1.4. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO**

Nos termos previstos nos artºs 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto, o Tribunal procedeu ao exercício do princípio do contraditório, tendo remetido, para o efeito, o relato de auditoria estabelecido pelos auditores, na íntegra, ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e à Direcção-Geral do Orçamento do Ministério das Finanças, e, nas partes correspondentes aos pontos 3 e 4 do capítulo II, à Direcção-Geral do Tesouro, e, na parte correspondente ao ponto 4 do capítulo II, ao Instituto de Gestão do Crédito Público.

Foi, ainda, dado conhecimento desse relato aos Gabinetes de Suas Excelências os Ministros da Saúde e das Finanças, solicitando os comentários que tivessem por convenientes.

Foram recebidas respostas do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e da Direcção-Geral do Tesouro, tendo o Instituto de Gestão do Crédito Público informado que não se pronunciava sobre a matéria em causa no relato, por não haver quaisquer referências àquele Instituto.

Os comentários recebidos, que se anexam ao presente relatório, foram presentes ao Tribunal, que procedeu à sua análise e teve-os em consideração na elaboração do texto final do relatório, sempre que os mesmos foram entendidos como pertinentes. Nos casos em que o Tribunal considerou não aceitar o teor dos comentários formulados pelas entidades auditadas, procedeu-se a uma transcrição sintética dos mesmos para o texto do relatório, anotando-se a posição que o Tribunal considera manter sobre as questões em apreço.

## 2 - CONCLUSÕES GERAIS

Com fundamento na matéria exposta ao longo do presente relatório, e tendo por objectivo uma apreciação global do funcionamento e aspectos da gestão do Serviço Nacional de Saúde, apresenta-se, seguidamente, uma síntese das principais conclusões, nas quais se consideram, também, os resultados das auditorias efectuadas a um conjunto de instituições oficiais de saúde.

### A) Caracterização do Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) decorre da Constituição da República (artº 64º) e caracteriza-se, nos termos da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), por ser universal, prestar integralmente cuidados globais de saúde ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada e gestão empresarial. O SNS é, todavia, apenas uma parte do sistema de saúde português, que envolve outras entidades a ele não pertencentes, designadamente profissionais livres. O Estatuto do SNS viria a ser aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, que estabelece ter o SNS como objectivo a efectivação por parte do Estado da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva.

O SNS consubstancia, assim, um conjunto hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde, nos termos do Estatuto do SNS, sendo constituído por três pilares principais: as administrações regionais de saúde (que integram as sub-regiões e os centros de saúde), os hospitais e as outras instituições oficiais prestadoras de cuidados de saúde.

Sob o ponto de vista orçamental não está prevista, actualmente, uma verba global para o SNS, como entidade autónoma, antes se apresentando a desagregação dos organismos que o integram e daqueles que, embora não o integrando, são por ele financiados. No entanto, compete ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde a coordenação dos recursos financeiros dos SNS numa base globalizada.

Não se afigura existir, porém, uma clara definição ou precisão de conceitos legais relativos à integração no SNS ou ao financiamento de serviços autónomos por verbas a ele afectas, porquanto se verifica alguma desconformidade entre a composição do SNS nos termos legais e a sua abrangência do ponto de vista financeiro.

Com efeito, se nuns casos não existem dúvidas de que se trata, efectivamente, de instituições que centram a sua actividade na prestação de cuidados de saúde e, conseqüentemente, se integram no SNS, outras há que, não se integrando no conceito de SNS, são, todavia, por ele financiadas. Acresce, ainda, a situação de algumas instituições poderem ser consideradas como fazendo parte do SNS, sem, contudo, dele beneficiarem de quaisquer financiamentos, ou, ainda, a circunstância de o orçamento atribuído para financiamento do SNS suportar



transferências para instituições privadas que actuam no domínio da saúde. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. II, pontos 1.1 a 1.4.7).**

## **B) Gestão e Organização do SNS**

O sistema de saúde português é caracterizado pela dispersão territorial das unidades que o compõem, que é, aliás, o meio mais adequado por forma a garantir às populações a acessibilidade e a equidade da assistência a que têm direito. Verificam-se, no entanto, grandes assimetrias, regionais, quer no número médio de habitantes por centro de saúde, quer na distribuição pelo país do número de médicos, especialmente especialistas, quer ainda quanto ao número de camas hospitalares.

O modelo de gestão e organização das unidades de saúde tem-se mantido, na sua generalidade, sem grandes alterações, de acordo com os normativos em vigor, não obstante o reconhecimento da necessidade de prosseguir na esteira dos princípios de gestão empresarial, com vista à melhor rentabilização dos recursos na obtenção de potenciais ganhos de eficiência no desempenho das unidades de saúde. Contudo, subsistem ainda os condicionalismos de ordem legal, quer em matéria de contratação, quer em termos financeiros e orçamentais, aos quais as mesmas instituições se encontram sujeitas. Neste domínio, os Hospitais comparativamente às Sub-Regiões de Saúde, possuem modelos de organização e funcionamento mais evoluídos, já que os primeiros dispõem de maior experiência e tradição na prestação de cuidados de saúde, uma menor dispersão dos seus serviços e a existência de profissionais de gestão habilitados com curso específico de formação. No entanto, os centros de responsabilidade previstos na lei, em termos genéricos, estão ainda dependentes da publicação de um quadro jurídico de referência.

Importa, por outro lado, dar maior eficácia aos mecanismos já previstos na lei, de modo a integrar, numa óptica de complementaridade e articulação entre si, as diferentes entidades ou serviços. Espera-se que a criação, já em 1999, dos sistemas locais de saúde venha a produzir efeitos a breve prazo neste sentido.

Das verificações feitas pode concluir-se que, ao nível das Sub-Regiões de Saúde, subsiste alguma indefinição e ausência de normalização de alguns circuitos e procedimentos por parte da correspondente ARS, contribuindo, em certas áreas, para uma deficiente articulação entre os órgãos das Sub-Regiões e os respectivos Centros de Saúde. No entanto, deverá sublinhar-se o importante facto de a recente atribuição de autonomia (administrativa e financeira) aos Centros de Saúde poder constituir uma profunda alteração a considerar no futuro relacionamento inter e intra instituições de uma dada região de saúde.

A necessidade de incutir maior grau de responsabilização aos gestores e intervenientes na gestão das unidades prestadoras de cuidados de saúde, assim como de promover a obtenção de mais elevados ganhos de eficiência, conduziu, mais recentemente, à introdução da contratualização (função agência), estabelecendo-se, assim, um compromisso entre os resultados estimados e os meios requeridos para os atingir, institucionalizando-se a figura do orçamento-programa.

No entanto, a não elaboração de planos e relatórios de actividades, em algumas instituições de saúde, a ausência de informação tempestiva e qualificada para a gestão proveniente de diferentes órgãos, a não nomeação de auditor interno (nos hospitais), os atrasos que a informação contabilística normalmente evidencia, constituem aspectos que demonstram que, de uma forma geral, não têm sido criados os meios adequados para dinamizar o apoio à gestão.

Por outro lado, são ainda muito limitadas as inovações no domínio da gestão global de hospitais da rede pública, que tiveram como primeiras experiências a concessão da gestão de uma unidade hospitalar à iniciativa privada, e a sujeição a regras de direito privado em matéria de contratação no tocante a um hospital da rede oficial, ao qual foi reconhecida a qualidade de estabelecimento público com natureza empresarial.

Considera-se, finalmente, que o recurso a entidades exteriores, mediante a formalização de contratos-programa, acordos ou convenções, é uma solução que deve ser melhor explorada, posto que proporcione maior economia, eficácia e eficiência, com garantias de rigor e transparência orçamental e financeira. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. II, pontos 1.5 e 3, e Cap. III, ponto 2).**

### **C) As Despesas de Saúde e o Estado da Saúde**

O ritmo de crescimento das despesas totais de saúde em Portugal tem sido muito rápido, superior ao do próprio PIB, atingindo estas, em 1997, 8,2 % do PIB, o que coloca Portugal acima da média quer dos países da OCDE (7,8 %) quer dos países da União Europeia (7,9 %). No entanto, apesar de se registar um considerável esforço financeiro por parte do Estado com a saúde nos últimos anos, Portugal continua a ser um país onde as despesas privadas de saúde são muito elevadas e superiores, em termos de importância relativa no total, às de todos os países da OCDE, com excepção dos EUA e Coreia do Sul, não se podendo concluir que o peso do sector público no total (60 %) seja exagerado - o que se pode e deve questionar é esse peso total.

Em termos de despesas de saúde por habitante, não obstante o seu crescimento nos últimos vinte anos, não foi ainda alcançado o nível dos países da União Europeia, com excepção da Grécia, mas o valor atingido é já superior ao que, em termos médios, seria previsível e justificado em face do rendimento *per capita*.

A evolução dos indicadores de saúde demonstra bem as melhorias alcançadas em matéria de saúde dos portugueses porquanto alguns indicadores de mortalidade e esperança de vida apresentam progressos muito significativos nos últimos vinte anos, aproximando-se das médias dos países, quer da União Europeia, quer da OCDE. Porém, qualquer que seja o indicador utilizado, Portugal ainda não atingiu os níveis daqueles países, o que significa que existe ainda um caminho a percorrer no sentido da melhoria das condições de saúde dos portugueses, o que provocará pressões em termos de aumento de despesa a menos que se verifiquem ganhos de eficiência. Acresce que existem, ainda, pronunciadas assimetrias



regionais nos indicadores de saúde, sendo de sublinhar que essas disparidades são, em geral, maiores que as verificadas entre os diferentes Estados-membros da União Europeia.

Quanto à estrutura da despesa, Portugal detém, em percentagem do PIB, uma média de despesas com cuidados hospitalares próxima da média dos países da OCDE, ultrapassando esta quando se trata de despesas com cuidados em ambulatório. É quanto a despesas em produtos farmacêuticos que o maior desnível se verifica: Portugal é dos países que maior proporção de riqueza produzida afecta ao consumo destes produtos (2,1% do PIB em 1995 que aumentou para 2,2 % em 1996) bem acima da média da OCDE (1,2 % do PIB em 1995), detendo uma despesa por habitante (282 dólares em 1996) das mais elevadas no contexto internacional; **(Para maiores desenvolvimentos, cf. Cap. II, ponto 2).**

## D) Sistema de Financiamento e Necessidades Financeiras do SNS

O sistema de saúde, em Portugal, é um sistema baseado no imposto, na medida em que é o Orçamento do Estado que é a principal fonte dos recursos financeiros necessários ao SNS.

Na senda da evolução que se vem verificando nos modelos de financiamento do sistema de saúde, recentemente, têm-se procurado formas de ajustar os financiamentos do Estado às instituições na medida das suas produções estimadas, através do mecanismo da contratualização, com base nos orçamentos-programa.

Contudo, as necessidades financeiras do sistema têm-se caracterizado, sistematicamente, por um sub-financiamento crónico, uma vez que o Estado, ao assegurar apenas parte dos recursos necessários ao desenvolvimento da actividade das instituições, (parte, aliás, que tem vindo a decrescer e que se situou, em 1997, em cerca de 70% das necessidades), está, potencialmente, a desencadear mecanismos que estão na origem das dívidas do SNS, que se avolumam anualmente.

Apesar do esforço crescente na afectação de verbas ao SNS pelo Orçamento do Estado, é uma evidência que as mesmas se mantêm insuficientes, facto que se agrava ainda mais quando se consideram as ineficiências e os desperdícios em resultado de uma deficiente utilização dos recursos por parte das instituições de saúde. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. II, ponto 3).**

## E) Situação Económico-Financeira do SNS

Do ponto de vista financeiro, o SNS, para além da sua dependência estrutural do Orçamento do Estado, tem-se caracterizado por uma intensa incapacidade de sustentação e contenção dos encargos com o funcionamento do sistema, designadamente, nas áreas de consumo hospitalar, produtos de farmácias e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, circunstância que, associada ao sub-financiamento orçamental, se vem traduzindo em défices crescentes (cujo valor estimado, para 1998, se situava em 330,2 milhões de contos), e, por conseguinte, na

acumulação e deslizeamento das dívidas a terceiros. Com efeito, em consequência da situação financeira do SNS, as dívidas totais denotam tendência para agravamento, sendo neste âmbito a área dos convencionados e farmácias uma área crítica, bem traduzida pelo facto de a dívida a farmácias ter duplicado de 1997 para 1998 e o prazo médio de pagamentos se ter alargado de 7 para 11 meses.

Acrescem, ainda, as ineficiências próprias do funcionamento do sistema, expressas nos indicadores que assim o demonstram, o que leva a concluir que, em Portugal, por comparação com situações semelhantes de outros países do espaço europeu, a um elevado nível de consumo de recursos em saúde não têm correspondido substanciais ganhos de eficiência.

Constitui, assim, um facto inegável a incapacidade de sustentação do actual modelo de financiamento da saúde, pelo que, se impõe, desde já, a adopção de medidas de fundo no sentido de uma reforma estrutural do sistema, como, aliás, vem sendo recomendado a Portugal por diversos organismos internacionais, designadamente OCDE, FMI e União Europeia.

No mesmo sentido, apontam as propostas formuladas pelo Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), visando, entre outros, objectivos de ordem estrutural do sistema de saúde, apontando a necessidade, também, de definição de uma política de financiamento para a saúde que contribua para tornar mais eficiente a gestão dos recursos. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. II, ponto 3 e Cap. III, pontos 6 e 9).**

## **F) Os Gastos com Medicamentos**

Os gastos com medicamentos constituem, sem dúvida alguma, uma das áreas mais críticas do sistema de saúde e, por conseguinte, do SNS. Como já foi referido, Portugal apresenta rácios de despesa com medicamentos em termos do PIB e indicadores de consumo por habitante muito elevados. Acresce que Portugal é também o país da União Europeia onde a percentagem da despesa com medicamentos no total das despesas públicas de saúde é maior, o mesmo se verificando em idêntico rácio em termos de despesa total, pública e privada.

Assim, o acentuado crescimento destas despesas ao longo dos últimos anos (a despesa total com medicamentos do SNS passou de 171 milhões de contos em 1994 para 229 milhões de contos, em 1996, e não parece ter tendência para abrandar) é motivo de preocupação e sublinha a necessidade de adopção de medidas tendentes a conter os encargos com medicamentos, por via, designadamente, da introdução de critérios de maior racionalidade, quer no consumo, quer na prescrição.

De acordo com o que tem sido recomendado, nacional e internacionalmente, as acções a desenvolver pelas entidades geradoras deste tipo de despesas, deverão centrar-se na eliminação das ineficiências ao nível dos sistemas de aprovisionamento destes produtos e, bem assim, no reforço de medidas de controlo e verificação de prescrições no âmbito do ambulatório, promovendo a maior racionalidade e melhor adequação, entre os produtos prescritos e as necessidades reais, revendo o regime de participações do Estado e intensificando o uso de genéricos.



Por outro lado, dado que os medicamentos cedidos gratuitamente a doentes, designadamente, em regime de ambulatório e ao exterior, tendem a registar acréscimos significativos, impõe-se a adopção de medidas de controlo eficazes daquelas cedências por parte dos serviços, em particular, no domínio das cedências ao exterior - centros de diálise. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. II, ponto 3.4 e Cap. III, ponto 6).**

### **G) Recurso ao Crédito Público Para Regularização dos Passivos do SNS**

A acumulação, em ritmo crescente, de passivos do SNS verificada ao longo dos últimos anos - cuja causa principal está na falta de dotação orçamental suficiente - levou a que se tenha estabelecido na Lei do Orçamento do Estado, para 1999, à semelhança do que já se tinha verificado em 1995 e 1996, uma regularização desses passivos através de liquidação por operações de tesouraria do montante de 159 milhões de contos, com recurso ao crédito público.

Deste modo, a dívida acumulada do SNS, que é na origem uma dívida administrativa, passa directamente para dívida financeira, projectando, no futuro, os correspondentes encargos, e tendo por consequência uma desorçamentação da despesa pública, que é, assim, ocultada e não é tida em conta para efeitos de cálculo do défice orçamental, em termos de equilíbrio substancial.

Por outro lado, mesmo antes do recurso a esta regularização, a dívida comercial do SNS, especialmente com referência a convencionados e farmácias, em particular esta última, tem dado origem à celebração de acordos e convenções, através dos quais tem sido assumido, directa ou indirectamente, o pagamento de juros correspondentes a capital adiantado por instituições de crédito, estimando-se esses juros, em 1998, em cerca de 5982 milhares de contos (dos quais 4568 milhares de contos pagos no decurso do ano pelas cinco ARS e 1414 milhares de contos, ainda, em dívida, em 31/12/98). O Tribunal considera que se está, nestes casos, perante o recurso a crédito público, devendo ser cumpridas as disposições legais aplicáveis ao mesmo.

Verifica-se, assim, que existem encargos do SNS sem cobertura orçamental, motivando, esta dívida comercial, num primeiro momento, o recurso a crédito bancário ou de outras instituições de crédito, sendo, num segundo momento, convertida directamente em dívida pública.

O Tribunal reitera que as liquidações por operações de tesouraria destes passivos são ilegais por violação do disposto do artº 105º da Constituição da República e dos art.ºs 3º, nº1 e 18º da Lei do Enquadramento do Orçamento do Estado.



Por outro lado, e atentas as ineficiências das anteriores regularizações, ocorridas em 1995 e 1996, cujo resultado se saldou pela total incapacidade de travagem do crescimento das dívidas do SNS geradas a partir de então, que atingem, como se referiu, 330 milhões de contos em finais de 1998, verifica-se que este procedimento não consegue solucionar um problema que é de ordem estrutural em termos de financiamento e gestão do sistema. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. II, ponto 3.5 e 4 e Cap. III, ponto 3).**

## H) Receitas e Créditos do SNS

O financiamento do SNS assenta quase exclusivamente no Orçamento do Estado, (cerca de 93% do total das receitas), contando, apenas, com uma percentagem relativamente baixa de receitas obtidas através da facturação que emite aos subsistemas de saúde, públicos ou privados, a qual vem registando, porém, um apreciável ritmo de crescimento nos últimos anos. Este incremento tem origem nos Hospitais, já que nas Sub-Regiões de Saúde verifica-se, uma certa estabilidade. Considera-se, assim, que as IOS se encontram, actualmente, mais sensibilizadas para a necessidade da cobrança das suas receitas próprias, subsistindo, contudo, falhas na sua facturação.

Em regra, são os hospitais as entidades que maior volume de facturação emitem e, por conseguinte, os que detêm a mais elevada proporção dos créditos do SNS sobre terceiros. Na verdade, nas dívidas às instituições auditadas, no quadriénio 94/97, observou-se um aumento generalizado do seu montante, o que pode dever-se, por um lado, a uma melhoria na emissão da facturação dos serviços prestados, e por outro, à existência de um número crescente de situações de difícil cobrança, designadamente as relacionadas com as companhias seguradoras.

Os subsistemas constituem as entidades que perfazem o maior volume de facturação, em especial a ADSE, sendo este, igualmente, o subsistema que absorve a maioria dos créditos, os quais, por seu turno, apresentam um crescimento regular, embora ligeiro. Ao invés, as companhias de seguros, sendo o segundo maior devedor do SNS, registam um crescimento assinalável nas suas dívidas. São, porém, os SAMS o subsistema onde os débitos ao SNS mais aumentaram, facto que traduz a dificuldade de cobrança, por parte dos serviços, dos montantes exigidos a este devedor.

Não obstante as evidentes melhorias verificadas, não pode deixar de se mencionar a existência de algumas falhas na facturação às entidades responsáveis pelo pagamento, motivadas, na sua maioria, por deficiências ao nível dos registos dos actos realizados e/ou identificação correcta do utente e da entidade devedora responsável.

Por outro lado, nos Hospitais, e no que concerne ao internamento, as situações de atrasos na codificação dos GDH com repercussões ao nível da emissão célere das facturas, dificulta seriamente a recuperação da respectiva receita, situações havendo onde se verificou perda de receita de valor indeterminado, por nunca terem sido facturadas aos respectivos subsistemas, as importâncias devidas.

Por seu turno, ao nível da facturação remetida pelos Centros de Saúde aos competentes órgãos das Sub-Regiões, foi possível apurar a existência de algumas falhas no domínio da cobrança de dívidas a seguradoras, bem como, ausência de facturas relativas a serviços de enfermagem e irregularidades na cobrança de taxas moderadoras a utentes, por insuficiência de dados correctos relativos aos utentes. Também não foram facturados os encargos com medicamentos e outros serviços prestados por convenionados a beneficiários do Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais (CNPRP).

Muitas das deficiências apontadas radicam em carências de pessoal administrativo, em número suficiente e com formação adequada, e em moras derivadas de processos litigiosos que contam com a falta de gabinetes jurídicos para a sua resolução célere.

Por outro lado, as taxas cobradas pela sanidade marítima aos navios que aportam aos portos portugueses, mantêm-se ao abrigo de normativos dispersos e completamente desajustados, proporcionando ao Estado a cobrança de valores irrisórios devidos pelos serviços efectivamente prestados neste domínio.

Como elemento fundamental no controlo rigoroso da correcta facturação de todos os actos passíveis de recebimento, sublinha-se a necessidade de implementação, com carácter obrigatório do *cartão do utente*, que permitirá um conhecimento rigoroso dos dados inerentes aos utentes do SNS e, principalmente, os subsistemas de saúde que os protegem e, bem assim, se os mesmos se encontram em algum grupo de risco ou carenciado que lhe garanta, por esse facto, direitos especiais. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. II, ponto 3.3.3 e Cap.III, ponto 8 e 10).**

## I) Despesas do SNS

As despesas do SNS evidenciam uma tendência para o crescimento, não acompanhado ao mesmo ritmo por parte das receitas, facto que está na origem da persistência e aumento dos défices que têm caracterizado o sistema.

Ao nível dos Hospitais os encargos com o pessoal consomem a maior parte dos recursos (50 a 60 % do total dos encargos), enquanto que nas Sub-Regiões de Saúde os mesmos representam um peso relativo entre 25 e 30 %, num caso e noutro evidenciando tendências de incremento que os dados relativos à actividade assistencial nem sempre justificam.

As maiores preocupações situam-se, porém, no domínio dos produtos de consumo hospitalar (produtos farmacêuticos e material clínico), prestações de serviços por entidades convenionadas e produtos vendidos por farmácias a beneficiários do SNS, na sequência de receituário médico emitido em regime de ambulatório. Acresce que, sendo estas últimas as áreas de despesa mais críticas, é nelas que reside a maior dificuldade de controlo e contenção por parte das entidades prestadoras de cuidados de saúde, designadamente por a responsabilidade com as prescrições geradoras desses encargos caber em exclusivo ao médico prescriptor e não ao gestor ou decisor financeiro.



A este respeito, não deixa de ser preocupante que nos Hospitais auditados, com excepção dos HUC, se verifiquem, no período 1994-1997, incrementos nos valores de consumo de produtos farmacêuticos e material clínico que, respectivamente, oscilam entre 38,8 % e 111,1 % e entre 25 % e 112,3 %, quando os indicadores de actividade assistencial, em termos de doentes saídos, consultas externas e episódios de urgência, apresentam, no mesmo período, um máximo de incremento de 23 % e nalguns casos até decrescem. Por sua vez, nas Sub-Regiões de Saúde verificam-se as mesmas tendências, com relevância para a SRSL onde, no quadriénio em causa, os incrementos no valor dos produtos farmacêuticos e no material de consumo clínico consumidos são, respectivamente, de 213 % e 368 %. Embora se possam encontrar certamente algumas explicações específicas para estes aumentos de consumo, o grande desfasamento verificado entre incrementos das produções e dos consumos é incontornável e, apesar de algumas melhorias verificadas em termos de demora média e taxa de ocupação dos hospitais, suscita questões de eficiência dos serviços que não podem deixar de ser sublinhadas e que deveriam merecer justificação detalhada por parte dos responsáveis respectivos.

Como reflexo certamente desta situação e mesmo tomando estes indicadores com todas as reservas justificadas pela pouca fiabilidade dos dados extraídos da contabilidade analítica, ainda num estado muito incipiente na generalidade das instituições auditadas (onde, por exemplo, à excepção do HSJ, não tinham sido criados centros de responsabilidade), apuraram-se valores médios por acto assistencial que devem merecer a maior atenção, como, por exemplo, os custos por episódio de urgência apurados, que variam entre os 13 contos (HSB) e os 24 contos (HSJ) e os custos por consulta externa que variam entre cerca de 4 contos (HSB) e 12 contos (HGO). Por outro lado, merece também reflexão, ainda que com todas as reservas enunciadas, o custo unitário por consulta nos Centros de Saúde da SRSS que foi de 13,6 contos, em 1997.

As auditorias realizadas permitiram detectar alguns problemas que podem ajudar a explicar algumas destas situações. Assim, na vertente dos consumos na área hospitalar, existem condições pouco favoráveis ao controlo da utilização dos produtos, devido a uma fraca ou nula intervenção no acompanhamento da realidade consumista, a deficiências nos procedimentos instituídos nos registos de controlo de produtos, e, ainda, à não aplicação plena de sistemas de distribuição de artigos que possibilitem um melhor controlo. No caso específico das ARS, não assumindo uma importância relativa de igual dimensão à dos Hospitais, verificou-se, numa Sub-Região de Saúde, uma inadequada política de gestão de stocks, existindo a necessidade de adopção de medidas destinadas ao controlo de consumos ao nível de certos Centros de Saúde auditados.

Por outro lado, quer ao nível dos Hospitais, quer ao nível das Sub-Regiões de Saúde, existem algumas lacunas nas áreas do aprovisionamento, designadamente por inexistência de uma adequada política de compras e gestão de stocks, assentes em análises correctas das necessidades e adequado planeamento de aquisições. Sobre estas acresce-se o recurso frequente a ajustes directos para aquisições alegadamente consideradas urgentes, em detrimento de procedimentos concursais, os quais, designadamente se realizados centralmente, permitiriam a eventual obtenção de ganhos de eficiência em matéria de aplicação de recursos.

No entanto, de um modo geral, a área da facturação de fornecedores tem sido objecto das conferências documentais adequadas, mas seria conveniente o uso da conta relativa a facturas em recepção e conferência de modo a ter-se uma informação mais completa sobre o total de encargos assumidos com fornecedores.

Por sua vez, os meios de controlo e conferência dos documentos de despesa relativos a convencionados e farmácias revelam alguma ineficácia, a qual se prende, quer com o elevado volume de documentos manuseados, quer com a insuficiência de meios humanos e adequados sistemas informáticos. De facto, não são, geralmente, verificadas o tipo, qualidade e quantidade de exames e medicamentos prescritos nos receituários, por incapacidade de meios face ao elevadíssimo número de documentos envolvidos. Verificam-se, também, atrasos nas conferências do receituário remetido pelas farmácias privadas e facturação de convencionados, que ocasionam o débito de juros pelas entidades credoras, facto que igualmente se deve, como foi referido, a indisponibilidades financeiras dos serviços pagadores, por insuficiências de tesouraria, devidas, por sua vez, a escassez de dotações orçamentais. **(Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. III, pontos 3, 4, 5, 6, 7 e 9).**

## **J) Avaliação da Qualidade do Serviço Prestado**

Constitui um direito dos cidadãos o acesso aos cuidados de saúde, que ao Estado cabe promover com garantias de equidade e qualidade. Para tanto, deverão ser proporcionados meios que permitam conhecer e aferir em que condições e com que resultados funciona o sistema de saúde, e bem assim, qual o grau de satisfação que o mesmo acolhe por parte daqueles que o utilizam.

Até ao momento, poucas têm sido as iniciativas no sentido de determinar o nível de «qualidade» dos serviços prestados no âmbito do SNS, para além de algumas experiências esporádicas em algumas instituições. Ainda assim, verifica-se que, actualmente, existem condições para a implementação de uma «grelha» de parâmetros com vista à aferição da qualidade do serviço em ambulatório, circunstância que irá permitir aos gestores um conhecimento do que os utentes pensam dos seus serviços de saúde.

Não obstante algumas medidas que tiveram por objectivo a melhoria do serviço prestado em algumas instituições de saúde, face aos seus impactos positivos, certo é que a verificação de muitas deficiências ao nível do funcionamento dos serviços de saúde poderão comprometer o desejado aumento da «qualidade» das prestações junto dos utentes.

Em especial, a existência de elevadas listas de espera, quer para intervenções cirúrgicas, quer para consultas de especialidade, que as auditorias aos Hospitais visitados permitiram confirmar, não são de molde a criar uma percepção de qualidade dos serviços prestados pelo SNS. Entre as especialidades onde foram detectados maiores problemas estão as de oftalmologia e estomatologia. Espera-se que o recente *Programa para a Promoção do Acesso* permita obter resultados sensíveis neste domínio.



---

Como factor de garantia de qualidade do serviço prestado pelas instituições, a criação recente do Instituto da Qualidade em Saúde poderá constituir, igualmente, uma forma de assegurar aos utentes a confiança nas prestações de saúde que os mesmos obtêm junto das instituições que existem para os servir. (Para maiores desenvolvimentos, cfr. Cap. III, pontos 4 e 12).

### 3. RECOMENDAÇÕES

Tomando em conta as verificações efectuadas às Instituições Oficiais de Saúde auditadas, em resultado das quais foram apresentadas as recomendações específicas adequadas em cada um dos relatórios competentes, e considerando ainda a apreciação subsequente dos aspectos de vária ordem concernente à problemática do Serviço Nacional de Saúde, o Tribunal entende pertinente formular as recomendações de carácter geral que se passam a enunciar:

- A) Face à recente introdução de formas de financiamento dos serviços de saúde, aproximando-as da produção efectiva, estando, pois, criadas condições para a predominância de critérios de financiamento mais racionais, deverão ser assegurados ao SNS os recursos financeiros necessários de acordo com esses critérios, por forma a não se criarem estrangulamentos, e, por conseguinte, ultrapassar-se o *sub-financiamento* de que o sistema tem padecido e que tem potenciado os défices que o caracterizam.
- B) Neste domínio, deverá rapidamente ser alargado a todas as instituições de saúde o mecanismo da *contratualização*, o qual permitirá ajustar o financiamento à produção, e, conseqüentemente, a fixação de metas de produção com vista à obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das instituições.
- C) Em consonância com o referido na recomendação anterior, deverão ser instituídos mecanismos para a avaliação do desempenho dos responsáveis, e, bem assim, a criação dos meios adequados que permitam aferir a *performance* da gestão e, por conseguinte, os níveis de economia, eficácia e eficiência verificados nas instituições de saúde, tirando-se dos mesmos todas as conseqüências adequadas.
- D) Deverão cumprir-se todos os dispositivos legais aplicáveis, em matéria orçamental e de contas públicas, designadamente os art.ºs 3º, nº1 e 18º da LEOE, evitando-se, em conseqüência, o fenómeno de desorçamentação, que tem sido usado através do recurso ao crédito público para liquidação de dívidas acumuladas do SNS.
- E) Deverá promover-se um rigoroso e tempestivo controlo dos fornecimentos feitos ao abrigo de acordos e convenções, reduzindo, a situações excepcionais o pagamento de juros, os quais deverão ser controlados centralmente e cumprindo as disposições legais aplicáveis quando haja recurso a mecanismos que configurem crédito público.
- F) Deverão ser emitidas centralmente normas que visem a obrigatoriedade de emissão da facturação representativa dos serviços prestados pelas instituições oficiais de saúde, garantindo a sua boa cobrança, como forma de obtenção de recursos adicionais.
- G) Deverá promover-se a rápida introdução do *cartão do utente* a nível nacional, prosseguindo as acções já implementadas neste domínio, com vista à sua utilização generalizada e obrigatória, o qual facilitará e permitirá um maior controlo e conhecimento das situações clínicas e sociais de cada utente beneficiário do SNS ou de um qualquer subsistema de saúde, público ou privado.



- H) Ao nível dos Hospitais, deverá ser generalizada a implementação de departamentos de auditoria interna, dando corpo à figura do *auditor interno*, prevista nos n.ºs 2 e 3 do art.º1º do Decreto Regulamentar n.º3/88, de 22 de Janeiro, com vista a assegurar um sistemático acompanhamento da actividade das instituições.
- I) Dever-se-á prosseguir na implementação generalizada do Plano de Contabilidade Analítica ao nível de todas as instituições, e, concomitantemente, proceder a um intenso acompanhamento da sua utilização, quer a nível central, quer por parte dos serviços, dinamizando a sua aplicação e, conseqüentemente, a produção de informação tempestiva para a gestão, com vista a um melhor e mais célere acompanhamento da actividade económico-financeira das instituições.
- J) As instituições oficiais de saúde deverão ser objecto de regras precisas no que concerne às datas de encerramento dos exercícios, por forma a que os valores finais contidos nas demonstrações financeiras sejam únicos, qualquer que seja o seu destinatário.
- K) No sentido da melhoria e equidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, dever-se-á prosseguir na implementação de formas de articulação entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados, com vista a um melhor aproveitamento das estruturas existentes.
- L) Deverá incentivar-se um melhor aproveitamento das infra-estruturas existentes, promovendo a utilização plena da capacidade instalada nos hospitais e centros de saúde, quer em equipamentos, quer em recursos humanos, a qual passa, designadamente, pelo alargamento do período de funcionamento dos centros de saúde, blocos operatórios consulta externa e exames complementares de diagnóstico.
- M) No sentido da redução das grandes assimetrias regionais em recursos de saúde, deverão dotar-se as regiões com os meios materiais e humanos adequados, através, em relação a estes últimos, do estabelecimento de incentivos para a sua fixação nas zonas mais carenciadas.
- N) Deverão implementar-se meios de acompanhamento e controlo rigoroso e sistemático dos consumos a nível hospitalar, nomeadamente de medicamentos e produtos farmacêuticos, tendo em vista uma maior racionalização dos consumos, a sua adequação à produção e a generalização da prescrição segundo o Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, e, bem assim, a incentivação do uso de genéricos.
- O) Deverá intensificar-se o controlo administrativo sobre o receituário médico de exames complementares e medicamentos, com vista à verificação, ainda que por métodos de amostragem, do tipo, quantidade e qualidade das prestações efectuadas por convencionados e farmácias, no sentido do apuramento de eventuais irregularidades que se possam reflectir em pagamentos indevidos pelas instituições, tendo em vista contribuir para um conjunto de medidas necessárias, que se impõem com carácter de urgência, no sentido da redução da despesa pública com medicamentos, sem prejuízo da saúde pública.



- P) Deverá proceder-se a uma profunda revisão dos normativos que regulam a cobrança de taxas de sanidade marítima, com vista, essencialmente, à disciplina da sua efectiva cobrança e actualização dos valores das taxas a cobrar, as quais se mantêm profundamente desajustadas da realidade.
- Q) Deverá, de forma o mais intensa possível, dar-se continuidade à tomada de medidas que visem um melhor e mais humanizado funcionamento dos serviços de saúde, tendo em vista a simplificação e garantia de acesso a todos os utentes de forma equitativa e tempestiva, por forma a conseguir grau de satisfação de todos quantos utilizam os serviços de saúde da rede pública.
- R) Concomitantemente, dever-se-ão impulsionar iniciativas no sentido da auscultação, sistemática e regular, do nível de satisfação dos utentes/clientes acerca da qualidade dos serviços que lhes são prestados, e, bem assim, da opinião que os mesmos formulam com respeito às instituições que existem para os servir, devendo, para tanto, repensar-se o funcionamento do Gabinete do Utente e impulsionar o uso e tratamento adequado do *Livro Amarelo*, que deverá constituir uma base de referência para um conhecimento dos aspectos que mereceram críticas da parte dos utentes quanto ao funcionamento do sistema de saúde.
- S) Deverá, à semelhança do que se passa em outras áreas, promover-se a acreditação das instituições de saúde junto dos utentes, mediante certificação da qualidade dos serviços que as mesmas prestam no âmbito do sistema de saúde nacional.



## CAPÍTULO II

### 1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

#### 1.1. ANTECEDENTES DO SNS

Até meados do século XIX foi através da assistência, privada e pública, que foram prestados os cuidados de saúde, numa perspectiva essencialmente caritativa, de “assistência sanitária aos indigentes enfermos”<sup>4</sup>. Coube então às instituições particulares – com grande relevo para as misericórdias, a quem pertenciam a maioria dos hospitais – o principal papel neste domínio. A prestação pública de cuidados de saúde concentrou-se nos poucos hospitais do Estado, com relevo para o Hospital de S. José, em Lisboa, sob administração governamental a partir de 1834 (e separado da misericórdia em 1851) e os Hospitais da Universidade de Coimbra, dirigidos pela Faculdade de Medicina<sup>5</sup>.

Na segunda metade do século XIX este sistema é complementado pela criação de associações de socorros mútuos, que passam a ocupar um lugar decisivo na prestação de serviços médicos e no fornecimento de medicamentos.

É, deste modo, com base na assistência e no mutualismo, que se chegará, em termos de prestação de cuidados de saúde, aos anos 30 do século XX.

O seguro social obrigatório, promovido pelo Estado, surge, em Portugal, em 1935, através da Lei n.º 1884, de 16 de Março de 1935, integrado num sistema de previdência social, mas disperso pelos vários sindicatos então existentes e, por isso, fornecendo serviços médicos em termos diferenciados. Passada uma década, em 1946, ocorre uma alteração qualitativa neste domínio, com a constituição da Federação das Caixas de Previdência, que permite a expansão dos chamados serviços médico-sociais, vulgarmente designados por “caixas”.

Essa expansão processa-se rapidamente: de 778 mil pessoas abrangidas (beneficiários e familiares) em 1954 (menos de 10 % da população residente) passa-se para 1 402 mil em 1960 (16 % da população), 2 603 mil em 1965 (quase 30 % da população), 5 199 mil em 1970 (60 % da população) e 7 294 mil em 1975 (78 % da população).

---

<sup>4</sup> A Situação Social em Portugal, 1960-1995, Org. de António BARRETO, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996, págs. 409 e segs. Cfr. também LOPES, Maria Antónia, *Os pobres e a assistência pública*, in História de Portugal, dir. de José MATTOSO, vol. V, Lisboa, Círculo de Leitores, 1993, págs. 501-505.

<sup>5</sup> Sobre as raízes e evolução dos hospitais portugueses, veja-se, com muito interesse, O Hospital Português, Lisboa, Direcção Geral de Saúde, 1998, págs. 13-38.

Se a estes números se adicionarem os funcionários públicos cobertos pela ADSE, tem-se que, em 1975, cerca de 86 % dos residentes estão abrangidos nos dois sistemas principais de saúde pública, ao abrigo de seguros obrigatórios. Mas era evidente, mau grado a população abrangida, que o problema da saúde não era encarado numa perspectiva global – havia uma diversidade de regimes, traduzindo-se em mau aproveitamento de recursos e deficiente qualidade dos cuidados de saúde prestados<sup>6</sup>.

Merece referência, no entanto, a importante reforma empreendida em 1971 – Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro – que, embora com a finalidade de ajustar a orgânica do Ministério da Saúde e Assistência aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência de 1963, consagra o direito à saúde como um direito da personalidade, consagrando o acesso aos correspondentes serviços, apenas com as restrições impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (art.º 2.º). Data desta época a criação dos centros de saúde, mas sem integração dos serviços médico-sociais das caixas de previdência.

## **1.2. A CRIAÇÃO DO SNS**

Com a entrada em vigor da Constituição de 1976, institui-se o Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e gratuito (art.º 64.º da Constituição<sup>7</sup>).

Estes princípios começam desde logo a ser aplicados, embora só mais tarde – com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro – seja efectivamente instituído o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais. O SNS foi então configurado tendo por escopo "assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição" (art.º 1.º dessa Lei).

O SNS era, de acordo com o mencionado diploma, "constituído pela rede de órgãos e serviços" aí previstos, os quais, "actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática", visavam a "prestação de cuidados globais de saúde a toda a população" (art.º 2.º da Lei n.º 56/79).

O SNS foi dotado de autonomia administrativa e financeira (art.º 18.º, n.º 1) e de "órgãos centrais, regionais e locais" e "serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados", prevendo-se que fosse "apoiado por estabelecimentos de ensino que visem a formação e aperfeiçoamento de profissionais de saúde" (art.º 18.º, n.º 2).

---

<sup>6</sup> A Situação Social em Portugal, 1960-1995, pág. 412.

<sup>7</sup> Na revisão constitucional de 1989, o art.º 64.º da Constituição foi alterado e o Serviço Nacional de Saúde permaneceu universal e geral, mas deixou de ser gratuito e passou a ser "tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito".



No que respeita ao financiamento do SNS, dentro do princípio de que “incumbe ao Estado mobilizar os recursos financeiros indispensáveis ao SNS, de modo a assegurar a sua progressiva implantação e realização” (art.º 50.º da Lei n.º 56/79), estipulava o art.º 51.º da

mesma lei que o Governo proporia anualmente à Assembleia da República uma dotação orçamental que tivesse em conta a evolução do produto nacional bruto.

O art.º 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, viria a revogar os art.ºs 18.º a 61.º e 64.º e 65.º da Lei n.º 56/79, correspondentes, grosso modo, aos títulos IV (“Da organização e funcionamento”), V (“Do estatuto de pessoal”), VI (“Do financiamento”), VII (“Da articulação com o sector privado”) e VIII (“Disposições transitórias e finais”). Toda a parte orgânica e organizativa do SNS foi, assim, afastada.

Na sequência deste diploma, o Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de Setembro, dotou o SNS de autonomia administrativa e financeira, com orçamento próprio e receitas afectas às suas despesas, cabendo ao “Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, criado pelo Decreto-Lei n.º 513-TI/79, de 27 de Dezembro, elaborar o orçamento do Serviço Nacional de Saúde e apresentar anualmente ao Tribunal de Contas a respectiva conta de gerência” (art.º 1.º). No orçamento seriam “inscritas as verbas globais que lhe são destinadas pelo Orçamento Geral do Estado, e, bem assim, as demais receitas que legalmente lhe forem atribuídas” (art.º 2.º).

Só que o art.º 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, foi declarado inconstitucional, com força obrigatória geral, na parte em que revogou os artigos 18.º a 61.º e 64.º e 65.º da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, pelo Acórdão n.º 39/84 do Tribunal Constitucional, tendo sido ripristinadas as normas constantes dos artigos da Lei n.º 56/79 que tinham sido revogados. Da ripristinação não decorreu, contudo, como deveria, a criação dos órgãos e serviços do SNS previstos na Lei n.º 56/79, mas então ainda inexistentes, designadamente a Administração Central.

### **1.3. A LEI DE BASE DA SAÚDE (1990) E O NOVO ESTATUTO DO SNS (1993)**

Em 24 de Agosto de 1990, viria a ser publicada a Lei n.º 48/90 - Lei de Bases da Saúde - cuja data de início de vigência foi 23 de Setembro desse mesmo ano. Logo no n.º 3 da Base I daquele diploma se estipula que “a promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade”. Concomitantemente, o centro deslocou-se do Serviço Nacional de Saúde para o sistema de saúde, como decorre do n.º 1 da Base XII da mesma Lei, definindo-se este, como sendo “constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais liberais que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades”.

O SNS é agora concebido como abrangendo "todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde", dispondo de estatuto próprio (Base XII, n.º 2, da Lei n.º 48/90), mais tarde vertido no Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro. Caracteriza-se, em suma, por ser universal, prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada” (Base XXIV)<sup>8</sup>. É tutelado pelo Ministro da Saúde, sendo administrado a nível de cada região de saúde<sup>9</sup> pelo conselho de administração da respectiva administração regional de saúde (Base XXVI).

O SNS é financiado "pelo Orçamento do Estado", podendo os serviços e estabelecimentos nele integrados cobrar receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios, conforme consta da Base XXXIII. Receitas do SNS são igualmente as provenientes da cobrança de taxas moderadoras (Base XXXIV).

A Lei de Bases da Saúde estipula ainda que a gestão das unidades de saúde obedeça tendencialmente a regras de gestão empresarial (Base XXXVI), conferindo-se aos serviços centrais do Ministério da Saúde, serviços da administração directa do Estado, o exercício de funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção em relação ao SNS ( Base VI).

Em 15 de Janeiro de 1993, é publicado o Decreto-Lei n.º 11/93, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, entrando em vigor a 14 de Fevereiro de 1993 (art.º 10º). O referido Decreto-Lei veio estabelecer como âmbito pessoal de aplicação do Estatuto "as instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde" e as “entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde<sup>10</sup>.

De referir que, segundo o art.º 1.º do Estatuto, o SNS é “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde”, estabelecendo o n.º 2 “que o SNS tem como objectivo a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva”.

O mencionado Decreto-Lei veio proceder à extinção das Administrações Regionais de Saúde (ARS) criadas pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho<sup>11</sup>. Em sua substituição, criou novas ARS, uma por cada região de saúde, tendo as novas ARS personalidade jurídica, para além de

---

<sup>8</sup> Pela Lei Constitucional n.º 1/82 tinha sido aditado o n.º 4 ao art.º 64.º da Constituição segundo o qual “o Serviço Nacional de Saúde tem gestão descentralizada e participada”.

<sup>9</sup> A Base XVIII prevê que a organização do sistema de saúde se baseie na divisão do território nacional em regiões de saúde, as quais podem ser subdivididas em sub-regiões de saúde.

<sup>10</sup> O SNS não foi neste diploma dotado de personalidade jurídica, pelo que é dela desprovido dado que esta só existe quando atribuída por lei.

<sup>11</sup> As ARS eram já previstas como órgãos regionais do SNS na Lei n.º 56/79, não tendo, então, personalidade jurídica e património próprio, mas tão-só autonomia administrativa (art.ºs 38.º da Lei n.º 56/79 e art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 254/82).



autonomia administrativa e financeira e de património próprio (art.º6.º, no 2 do Estatuto do SNS)<sup>12</sup>.

O SNS, de acordo, aliás, com a Lei de Bases da Saúde, passou a organizar-se em regiões de saúde (art.º3.º, n.º1 do Estatuto), as quais se subdividem em sub-regiões de saúde, correspondentes às áreas dos distritos do continente (art.º5.º, n.º1) e são integradas por áreas de saúde (art.º3.º, n.º2) que correspondem, em princípio, às áreas dos municípios (art.º 5.º, n.º2). A cada região de saúde corresponde uma ARS, com as características acima referidas (art.º6.º, n.º1).

## **1.4. ORGANIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO JURÍDICO-FINANCEIRO DO SNS**

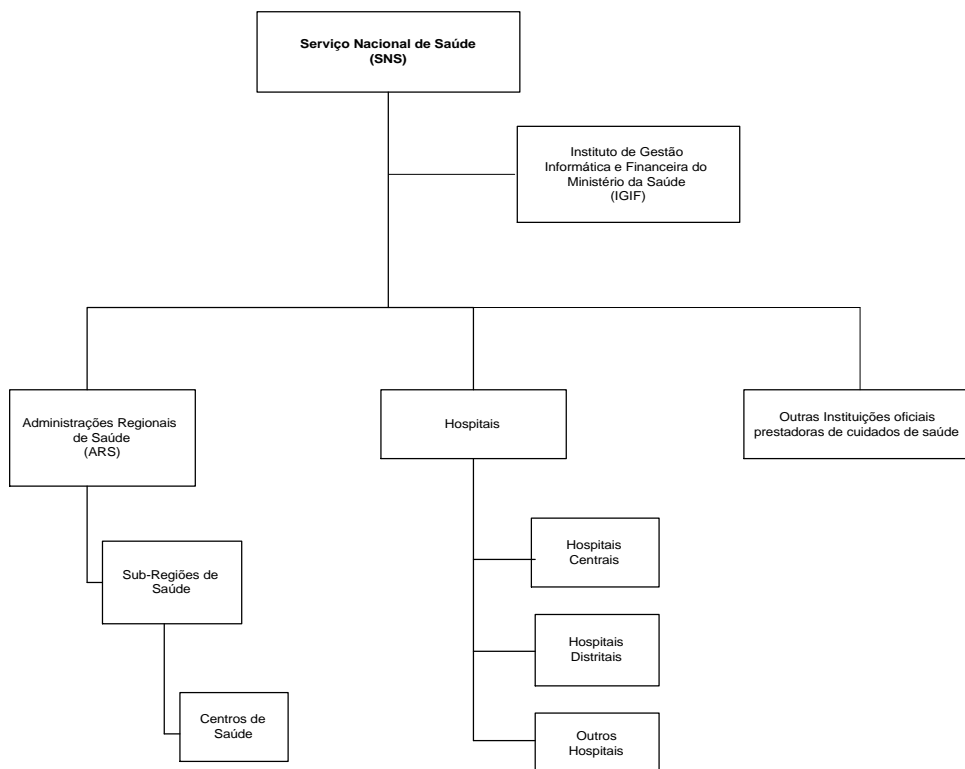
### **1.4.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Sendo o SNS integrado por todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde, poder-se-á afirmar que é constituído por três pilares: as administrações regionais de saúde (que integram as sub-regiões e os centros de saúde), os hospitais e as outras instituições oficiais prestadoras de cuidados de saúde.

Entre estas últimas incluem-se o Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (de Lisboa, Porto e Coimbra), o Instituto de Oftalmologia do Dr. Gama Pinto, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, os Centros especializados (Centros de Alcoologia de Lisboa, Coimbra e Porto, Centros de Histocompatibilidade do Norte, do Centro e do Sul e Centros Psiquiátricos) e, de certo modo, o Instituto Nacional de Emergência Médica.

---

<sup>12</sup> Sobre a delimitação geográfica das regiões de saúde, interessa referir que o art.º 8.º do diploma que aprova o Estatuto do SNS foi revogado pelo artigo único do Decreto-Lei n.º 77/96, de 18 de Junho.



O SNS não esgota, porém, o sistema de saúde português.

Com efeito, o SNS é apenas uma parte do sistema de saúde português, já que este último, como já se referiu (Base XII da Lei n.º 48/90), compreende igualmente os serviços e entidades públicas, dependentes ou não do Ministério da Saúde, que desenvolvam actividades nos domínios da promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e bem assim as entidades privadas, designadamente profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou parte daquelas actividades<sup>13</sup>.

Numa outra óptica – a financeira ou orçamental – o SNS tem outros contornos. Assim, nos Orçamentos do Estado para 1991 e 1992, aprovados, respectivamente pelas Leis n.ºs 65/90, de 28 de Dezembro, e 2/92, de 9 de Março, surge a dotação global do SNS e, a par dela, a relativa ao Instituto Nacional de Emergência Médica e aos Serviços Sociais do Ministério da Saúde, entidades não integradas, portanto, no conceito orçamental de SNS. A partir do Orçamento do Estado, para 1993, aprovado pela Lei n.º 30-C/92, de 28 de Dezembro, este panorama sofre substanciais alterações, que estão, aliás, na linha do estipulado na nova Lei de Enquadramento do Orçamento do Estado (Lei n.º 6/91, de 20 de Fevereiro), em especial no seu art.º 3.º. Assim, este último Orçamento do Estado não contém já uma dotação global para o SNS, antes apresentando uma desagregação dos organismos que o integram e daqueles que

---

<sup>13</sup> NOGUEIRA DA ROCHA, J.J., “*Natureza jurídica das instituições e serviços de saúde que integram o sistema de saúde português*”, in *Direito de Saúde e Bioética*, Lex-Edições Jurídicas. Lisboa, 1991, págs. 61 e 62.



embora não o integrando são por ele financiados. O mesmo se tem vindo a passar desde então nos sucessivos Orçamentos do Estado<sup>14</sup>, em que figuram os seguintes serviços autónomos<sup>15</sup>:

- Administrações Regionais de Saúde;
- Centros de Histocompatibilidade;
- Centros Hospitalares;
- Centros Psiquiátricos;
- Centros Regionais de Alcoologia;
- Escolas Superiores de Enfermagem;
- Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde;
- Hospitais;
- Maternidades;
- Institutos de Clínica Geral;
- Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães;
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge ;
- Instituto Nacional de Emergência Médica;
- Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto;
- Instituto Português de Oncologia;
- Instituto Português do Sangue;
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento;
- Serviços Sociais do Ministério da Saúde ; e
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

## 1.4.2. O PAPEL DO INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE (IGIF)

Em rigor, dado não prestar cuidados de saúde, o IGIF não faz parte do SNS mas assume uma importância nuclear para a sua compreensão do ponto de vista financeiro.

Assim, cumpre referir que o Decreto-Lei n.º 10/93, de 15 de Janeiro, extinguiu, entre outros serviços, o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde<sup>16</sup> e o Serviço de Informática do Ministério da Saúde (art.º 15.º), criando em sua substituição um serviço personalizado, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, financiado por verbas

<sup>14</sup> Orçamento do Estado para 1994, aprovado pela Lei n.º 75/93, de 20 de Dezembro; Orçamento do Estado, para 1995, aprovado pela Lei n.º 39-B/94; Orçamento do Estado, para 1996, aprovado pela Lei n.º 10-B/96, Orçamento do Estado para 1997, aprovado pela Lei n.º 52-C/96, de 27 de Dezembro; Orçamento do Estado, para 1998 aprovado pela Lei n.º 127-B/97, de 20 de Dezembro; e Orçamento do Estado para 1999, aprovado pela Lei n.º 57-B/98, de 31 de Dezembro.

<sup>15</sup> Além destes figuraram ao longo do tempo outros organismos: o Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional e o Serviço de Informática da Saúde, ambos apenas na Lei n.º 30-C/92, e as Comissões Inter-hospitalares e as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, entretanto extintas pelo art.º 15º, do Decreto-Lei n.º 10/93, de 15 de Janeiro.

<sup>16</sup> Tratava-se do Departamento a que se referia o ponto II, al.ª d), do art.º 24.º da Lei 56/79 (primeiro diploma que consagrou o Estatuto do SNS) inserido num SNS com autonomia administrativa e financeira.



do SNS (art.º 6.º, n.º 1, al.ª f) e n.º 2). Cometeu-lhe o Decreto-Lei n.º 10/93 a responsabilidade "a nível central, pelo estudo, orientação, avaliação e execução dos sistemas de informação e pela gestão dos recursos financeiros do SNS" (art.º 14º, n.º 1).

A Lei Orgânica do IGIF, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 308/93, de 2 de Setembro, dota o Instituto, pessoa colectiva de direito público, de autonomia administrativa e financeira, colocando-o sob tutela do Ministro da Saúde (art.º 1.º, n.º 1). Entre as suas atribuições (art.º 2.º) constam as de "contribuir para a correcta gestão dos recursos financeiros" do SNS, "contribuir para a racionalização do sistema de aquisições de bens e serviços no âmbito do Ministério da Saúde", "contribuir para a melhoria dos sistemas de organização e gestão das instituições e serviços integrados" no SNS e "proceder à avaliação da gestão económico-financeira das instituições e serviços integrados no SNS ou por ele financiados".

No âmbito da primeira e última das atribuições mencionadas, deve referir-se que, de acordo com o art.º 4.º do citado Decreto-Lei, é no orçamento do IGIF que são inscritas as verbas do Orçamento do Estado afectas ao SNS, cabendo-lhe assegurar as transferências para as instituições que disponham de autonomia administrativa e financeira de acordo com os respectivos orçamentos (al.ª c) do n.º 2 do art.º 29.º). Compete-lhe, em contrapartida, por exemplo, analisar e submeter a aprovação as propostas de orçamentos das instituições e serviços integrados ou financiados pelas verbas afectas ao SNS, instituir um sistema de controlo e efectuar auditoria às instituições e serviços integrados ou financiados pelo SNS (art.º 3.º, n.º 1, al.ªs b) e d)).

No que respeita à segunda atribuição citada, relembra-se que o IGIF vem procedendo à organização de concursos centralizados, dispondo para o efeito de uma Direcção de Serviços de Aprovisionamento. O art.º 33.º do Decreto-Lei n.º 55/95, de 29 de Março, estabeleceu um regime específico para os contratos públicos de aprovisionamento promovidos pela Direcção-Geral do Património do Estado, extensível, nos termos do n.º 7 do referido preceito legal, a outros contratos do mesmo tipo promovidos por sectores específicos da Administração Pública. Com este enquadramento, considerando "que a existência de contratos públicos de aprovisionamento configura uma das soluções possíveis de racionalização das aquisições pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde" e ainda que "a partir da existência destes contratos públicos de aprovisionamento, é possível aproveitar em toda a sua extensão o mecanismo previsto no art.º 33.º do Decreto-Lei n.º 55/95 quanto à aquisição mediante ajuste directo de bens e serviços", podendo os serviços e instituições de saúde recorrer ao ajuste directo quando obtenham preços mais baixos para o mesmo tipo de bens ou serviços, ou para bens ou serviços similares, precedendo parecer favorável do IGIF. A Portaria n.º 415/98, de 20 de Julho, estatui que o IGIF pode celebrar contratos públicos de aprovisionamento para o estabelecimento de condições de fornecimento de bens e serviços no sector da saúde.

O IGIF tem como órgãos o conselho de administração e a comissão de fiscalização, destacando-se, entre as competências do primeiro, a submissão a aprovação dos projectos de orçamentos e a prestação de contas de gerência ao Tribunal de Contas (art.º 6.º, n.º 2, al.ª d)).



## 1.4.3. AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE (ARS). OS CENTROS DE SAÚDE<sup>17</sup>

### 1.4.3.1. AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

A Lei n.º 56/79 previa-as enquanto órgãos regionais do SNS, directamente dependentes da nunca criada Administração Central de Saúde, gozando de mera autonomia administrativa.

O Decreto-Lei n.º 254/82, que revogou toda a parte orgânica e organizativa do Estatuto do SNS aprovado por aquela Lei, criou as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde (ARS), dotando-as de personalidade jurídica, autonomia administrativa, património próprio e receitas próprias (art.ºs 1.º e 12.º), devendo inferir-se daqui que dispunham de autonomia financeira, como parece decorrer do disposto no n.º 2 do art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 211/79, de 12 de Julho. A sua área de actuação era o distrito (art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 254/82), e competia-lhes planear e gerir coordenadamente as acções que envolvessem a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação, promovendo o máximo aproveitamento ao menor custo dos recursos existentes nas estruturas do sector oficial e do sector privado da saúde (art.º 3.º).

A Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90 - previa as ARS, na sua Base XXVII. Coube, porém, ao novo Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e, posteriormente, ao Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro, desenvolver o respectivo regime jurídico.

O primeiro daqueles diplomas, o Decreto-Lei n.º 11/93, veio extinguir as anteriormente existentes ARS (art.º 3.º), criando cinco novas administrações regionais de saúde, correspondendo cada uma a uma região de saúde (art.ºs 6.º e 4.º do Estatuto do SNS aprovado pelo mencionado Decreto-Lei):

- *ARS do Norte*, com sede no Porto e abrangendo os distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real;
- *ARS do Centro*, com sede em Coimbra e com área coincidente com a dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu;
- *ARS de Lisboa e Vale do Tejo*, com sede em Lisboa e abrangendo os distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal;
- *ARS do Alentejo*, com sede em Évora e com área coincidente com a dos distritos de Beja, Évora e Portalegre; e
- *ARS do Algarve*, com sede em Faro e abrangendo o distrito de Faro.

<sup>17</sup> A recente publicação dos Decretos-Lei n.ºs 156/99 e 157/99, de 10/5, instituindo a constituição dos sistemas locais de saúde e estabelecendo o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, respectivamente, introduzirá profundas alterações no tocante às ARS e Centros de Saúde, após a sua entrada em vigor.

As novas ARS têm personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio (art.º 6.º, n.º 2 do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 e art.º 1.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro). Incumbem às ARS funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas superiormente definidas (art.º 2.º n.º 1 do Decreto-Lei n.º 335/93), devendo salientar-se de entre as suas atribuições as de participar no planeamento e execução dos projectos de investimento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde e de coordenar as actividades das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS (art.º 2.º, n.º 2, al.ªs g) e h) do Decreto-Lei n.º 335/93).

As ARS têm órgãos de administração - os conselhos de administração, os presidentes dos conselhos de administração e os coordenadores sub-regionais - e órgãos de consulta - os conselhos regionais de saúde e as comissões concelhias de saúde (art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 353/93). A sujeição dos respectivos orçamentos a aprovação e das contas de gerência ao Tribunal de Contas compete aos conselhos de administração de cada ARS (art.º 6.º, n.º 2, al.ª c), do mesmo diploma). Das competências dos coordenadores sub-regionais destaca-se a de assegurar o planeamento e controlo orçamental e da gestão dos recursos financeiros e patrimoniais das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (art.º 10.º n.º 2, al.ª e), do referido Decreto-Lei).

As ARS contam, entre as suas receitas próprias, as advenientes de transferências de dotações do Orçamento do Estado feitas pelo IGIF (art.º 24.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 353/93), sendo o seu funcionamento assegurado pelo orçamento do SNS, conforme dispõe o n.º 1 do art.º 27.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93.

Importa salientar que as ARS seguem o plano oficial de contas dos serviços de saúde (art.º 25.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 353/93).

### **1.4.3.2. CENTROS DE SAÚDE**

Na dependência orgânica e funcional das ARS funcionam os centros de saúde<sup>18</sup>, cujas relações com os serviços centrais do Ministério da Saúde se processam exclusivamente através daquelas (art.º 7.º do Regulamento dos Centros de Saúde, aprovado pelo Despacho Normativo n.º 97/83, publicado no Diário da República, I série, n.º 93, de 22/4/83).

---

<sup>18</sup> Muito recentemente, o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10/5, veio estabelecer o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, prevendo, igualmente a constituição de associações de centros de saúde, sendo-lhes atribuída a natureza de pessoas colectivas de direito público, integradas no SNS, dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutelas do Ministro da Saúde. Nos termos do mesmo diploma, a sua entrada em vigor processar-se-á 60 dias após a data da sua publicação.



O centro de saúde, que é definido no art.º 2.º do mesmo Regulamento como “uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade”, abrange, em princípio, a área geográfica do concelho e das freguesias que o integram, podendo dispor de extensões periféricas, situadas em locais da sua área de influência, tendo em vista proporcionar aos utentes uma razoável proximidade dos cuidados de saúde (art.º 3.º do mencionado Regulamento).

É também de referir que o centro de saúde se articula “com os órgãos locais e distritais de segurança social por forma a possibilitar a atribuição de prestações de segurança social ou de saúde, no quadro da legislação interna ou ao abrigo das convenções internacionais sobre segurança social” (art.º 8.º do Regulamento citado).

Em termos de gestão financeira, cumpre referir que o seu financiamento “é assegurado através de verbas atribuídas à ARS pelo Departamento de Gestão Financeira da Saúde, segundo o plano de actividades da ARS” (art.º 72.º do dito Regulamento), estando previsto que “enquanto não for possível, ou nos casos em que isso não for considerado desejável pela ARS, o centro de saúde possuirá em lugar de dotação financeira, um fundo de maneiio, a regulamentar pela ARS”, caso em que, “em vez de efectuar balancetes mensais organizados por centros de custo, ou balanço anual, enviará à ARS nota justificativa das receitas e despesas efectuadas e respectiva documentação” (art.ºs 72.º e 73.º do referido Regulamento).

## 1.4.4. OS HOSPITAIS

### 1.4.4.1. REGIME GERAL

No conceito de SNS englobam-se, naturalmente, os hospitais, por serem, por excelência, serviços personalizados prestadores de cuidados de saúde.

Os hospitais são pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira, abrangendo a sua capacidade jurídica todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins definidos na lei<sup>19</sup> (art.º. 2.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, que aprova a Lei de Gestão Hospitalar). De acordo com o enquadramento legal aplicável, os hospitais devem ser geridos em termos de gestão empresarial, como forma de se obter maior eficiência técnica e social, garantindo-se à colectividade o mínimo custo no seu funcionamento (art.º 7.º).

---

<sup>19</sup> Na terminologia do Professor Doutor Freitas do Amaral trata-se de institutos públicos, mais propriamente de estabelecimentos públicos (cf. Curso de Direito Administrativo, vol. 1, 2.ª ed., Almedina, Coimbra, 1996). Sobre organização hospitalar veja-se ainda o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, aprovados, respectivamente, pelos Decretos-Leis n.ºs 48 357 e 48 358, de 27 de Abril de 1968, que estabelece a classificação dos hospitais e prevê a constituição de grupos ou centros hospitalares, reunindo estabelecimentos e serviços pertencentes ao Estado ou à mesma instituição.

As receitas dos hospitais encontram-se previstas no art.º 10.º da Lei de Gestão Hospitalar, avultando, entre elas, as dotações provenientes do SNS (art.º 10.º, n.º 1, al.ª d)).

O plano de contabilidade seguido é o plano oficial de contabilidade dos serviços de saúde, sendo os respectivos orçamentos apresentados segundo aquele (art.º 11.º).

O Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro<sup>20</sup>, veio definir a estrutura orgânica dos hospitais, que passaram a compreender os seguintes órgãos (art.º 1.º):

- De administração:
  - *Conselho de Administração;*
  - *Presidente do Conselho de Administração ou Director;*
  - *Administrador-delegado;*
- De direcção técnica:
  - *Director clínico;*
  - *Enfermeiro director do serviço de enfermagem;*
- De apoio técnico:
  - *Conselho técnico;*
  - *Comissão médica;*
  - *Comissão de enfermagem;*
  - *Comissão de farmácia e terapêutica;*
- De participação e consulta:
  - *Conselho geral;*
- De fiscalização:
  - *auditor<sup>21</sup> (nos hospitais com 500 ou mais camas e nos restantes, sempre que o Ministro da Saúde o entenda conveniente).*

Compete genericamente aos órgãos de administração do hospital planear, dirigir, coordenar e controlar o seu funcionamento, e, bem assim, promover a criação de estruturas orgânicas adequadas e a sua constante actualização (art.º 2.º, n.º 1, do Decreto-Regulamentar). O conselho de administração (composto, em regra, nos termos do n.º 1 do art.º 3.º desse Decreto Regulamentar, pelo presidente, que é o director do hospital, o administrador-delegado, o director clínico e o enfermeiro director do serviço de enfermagem) é legalmente incumbido da aprovação dos planos de acção anuais e plurianuais, a submeter a despacho ministerial, da aprovação dos orçamentos, a submeter a despacho ministerial, e das contas de gerência, a submeter ao Tribunal de Contas, da inspecção periódica de execução orçamental, e da autorização de despesas com aquisição de bens e serviços até ao valor máximo permitido aos órgãos dirigentes de organismos com autonomia administrativa e financeira (al.ªs a), b), g) e i) do n.º 2 do art.º 4.º).

---

<sup>20</sup> Alterado pelo Decreto-Regulamentar n.º 14/90, de 6 de Junho, que adaptou o Decreto-Regulamentar n.º 3/88 ao novo Estatuto do Pessoal Dirigente, entretanto aprovado pelo Decreto-Lei n.º 323/89, de 26 de Setembro.

<sup>21</sup> A sua actividade é apoiada e supervisionada pela Inspeção-Geral de Finanças e pelo IGIF (art.º 28.º, n.º 3, do Decreto-Regulamentar n.º 3/88).



Por sua vez, o administrador-delegado tem nestas matérias competências na fase preparatória das decisões do conselho de administração. Prepara os planos anuais e plurianuais do hospital, incluindo os respectivos orçamentos, que submete ao conselho de administração, assegura a regularidade da cobrança das receitas e o pagamento das despesas do hospital, dá balanço mensal à tesouraria, elabora relatórios que submete à aprovação do conselho de administração (art.º 10, n.º 2, al.ªs a), e), f) e h)) e dispõe ainda de competência específica para autorização das despesas a que alude o art.º 11.º do Decreto-Regulamentar.

## 1.4.4.2. CASO ESPECIAL: O HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Menção especial merece o Hospital de São Sebastião, criado pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro, cujo modelo inovador em termos de gestão viria a ser consagrado no Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho.

O Hospital é definido como "um estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com natureza empresarial" (art.º 1.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 151/98)<sup>22</sup>.

A tutela de natureza económica e financeira deve ser exercida conjuntamente pelos Ministros das Finanças e da Saúde, a quem compete, designadamente, aprovar os planos de actividade e financeiros de natureza plurianual e os planos de actividade e os orçamentos de exploração e de investimento anuais, bem como as respectivas actualizações, aprovar os documentos de prestação de contas, aprovar as tabelas de preços a cobrar nos casos previstos na lei e autorizar a contracção de empréstimos, precedendo parecer favorável da comissão de fiscalização.

Da concepção de hospital como empresa decorrem dois corolários, consagrados no Decreto-Lei n.º 151/98: em primeiro lugar, a contratação de bens e serviços passa a reger-se pelas normas de direito privado, assegurada que seja a observância das directivas comunitárias e do Acordo Sobre Mercados Públicos celebrado no âmbito da Organização Mundial do Comércio (art.º 40.º do já mencionado diploma); em segundo lugar, o pessoal do hospital fica sujeito, em regra, ao regime jurídico do contrato individual de trabalho<sup>23</sup> (art.º 43.º).

As especificidades em matéria de organização encontram-se vertidas nos art.ºs 4.º a 7.º do Decreto-Lei n.º 151/98, destacando-se o facto de a actividade do hospital ser desenvolvida com base em "contratos-programa por ele propostos e aprovados pela administração regional de saúde competente, através da Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, com respeito pelas linhas orientadoras definidas nos planos estratégicos da política de saúde de

<sup>22</sup> Sobre o enquadramento jurídico deste hospital veja-se o Parecer n.º 18/98 do Gabinete de Estudos do Tribunal de Contas, in *Colectânea de Pareceres*, 1997/1998, Lisboa, Tribunal de Contas, 1999, págs. 489-497, onde se conclui que ele é um instituto público e não uma empresa pública formal, estando, por isso, sujeito à jurisdição e aos poderes de controlo do Tribunal de Contas, previstos na alínea d) do n.º 1 do art.º 2.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

<sup>23</sup> De notar que, no caso de vir a cessar a atribuição do actual estatuto, é garantida ao pessoal com contrato individual de trabalho a integração no quadro de pessoal do hospital, na mesma categoria, vindo a aplicar-se-lhe o regime jurídico dos funcionários da Administração Pública à data vigente nos hospitais do SNS.

nível nacional e regional e em articulação com as instituições prestadoras de cuidados de saúde da área" (art.º 4.º) e, bem assim, a imperatividade da sua organização em centros de custo e de responsabilidade (art.º 6.º, n.º 1).

Relativamente à estrutura orgânica do hospital, registam-se algumas diferenças em face da acima delineada para os restantes hospitais. Assim, compreende os seguintes órgãos:

- Conselho Geral;
- Órgãos de administração:
  - *Conselho de Administração;*
  - *Director do Hospital;*
  - *Administrador-delegado;*
- Órgãos de Direcção Técnica:
  - *Director Clínico;*
  - *Enfermeiro-director;*
  - *Comissão de Fiscalização;*
- Órgãos de Apoio Técnico:
  - *Comissão de Ética;*
  - *Conselho Técnico;*
  - *Comissão Médica;*
  - *Comissão de Enfermagem;*
  - *Comissão de Avaliação de Qualidade;*
  - *Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar;*
  - *Comissão de Farmácia e Terapêutica.*

Pela sua maior incidência na área económico-financeira, cumpre referir, em síntese, algumas das competências previstas em relação ao Conselho Geral, Conselho de Administração e Administrador Delegado.

Assim, ao Conselho Geral compete apreciar as linhas gerais relativas à preparação dos planos de actividade e orçamentos, apreciar os planos de actividade e financeiros anuais e plurianuais, os respectivos relatórios e contas, apreciar as informações que tiver por necessárias ao acompanhamento da actividade do hospital e propor a realização de auditorias ou inspecções ao seu funcionamento.

Por sua vez, das competências do Conselho de Administração destacam-se as celebrações de contratos-programa, a aprovação dos planos de actividade, dos orçamentos anuais e plurianuais e dos documentos de prestação de contas e ainda a de acompanhar e avaliar sistematicamente a actividade desenvolvida pelo Hospital, responsabilizando os diferentes sectores pela utilização dos meios postos à sua disposição.



Finalmente, o Administrador-delegado dispõe, entre outras, de competências para realizar despesas previstas nos documentos programáticos aprovados e para assegurar a regularidade das cobranças.

## 1.4.5. OUTRAS INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

### 1.4.5.1. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA E INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA DO DR. GAMA PINTO

São expressamente integrados no SNS, o Instituto Português de Oncologia, cuja Lei Orgânica, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 273/92, de 3 de Dezembro, assim o determina (art.º 1.º) e o Instituto de Oftalmologia do Dr. Gama Pinto. Este último tem a sua Lei Orgânica vertida no Decreto-Lei n.º 360/93, de 14 de Outubro, determinando o art.º 1.º desta a integração do Instituto no SNS.

Relativamente a estes dois Institutos, deve referir-se que estariam, de qualquer modo, integrados no conceito de SNS da Lei de Bases da Saúde, uma vez que ambos são entidades prestadoras de cuidados de saúde (vejam-se os art.ºs 10.º, al.ª d), do Decreto-Lei n.º 273/92 e 2.º, al.ª f), do Decreto-Lei n.º 360/93).

Para determinados efeitos, designadamente estatísticos, poderá, aliás, considerar-se que estamos perante hospitais especializados.

### 1.4.5.2. SERVIÇO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA

O Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodpendência (SPTT) é outro dos serviços personalizados elencados no n.º 1 do art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 10/93, que o n.º 2 do mesmo artigo prevê que seja financiado por verbas do SNS. A Lei Orgânica deste serviço consta do Decreto-Lei n.º 43/94, de 17 de Fevereiro<sup>24</sup>, que o define como pessoa colectiva pública, dotada de autonomia administrativa, financeira e técnica sob tutela do Ministro da Saúde (art.º 1.º).

O SPTT "prossegue as suas atribuições nas áreas da prevenção do tratamento e da reinserção social dos toxicodpendentes" (art.º 2.º). Para tanto, dispunha, até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 67/95, de 8 de Abril, de unidades especializadas de atendimento e unidades hospitalares especializadas (art.º 21.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 43/94), estas últimas sendo,

<sup>24</sup> Sofreu as alterações decorrentes do Decreto-Lei n.º 67/95, de 8 de Abril. A Lei n.º 7/97, de 8 de Março, veio alargar a rede de serviços públicos para o tratamento e a reinserção de toxicodpendentes. De notar que esta Lei só entrou em vigor com a publicação da Lei do Orçamento do Estado para 1997 (art.º 12.º).



elas próprias, pessoas colectivas públicas, dotadas de autonomia administrativa, financeira e técnica (art.º 24.º do Decreto-Lei n.º 43/94)<sup>25</sup>.

O financiamento do serviço e das unidades hospitalares especializadas contava, entre outras fontes, com as "verbas do Orçamento do Estado afectas ao Serviço Nacional de Saúde", atribuídas por transferência pelo IGIF e com as "importâncias cobradas por serviços e cuidados prestados a entidades públicas e privadas." [art.º 33.º, n.º 1, al.ªs a) e c)].

O quadro legal alterou-se com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 67/95, de 8 de Abril. O serviço passou a dispor de outras unidades especializadas - centros de atendimento, unidades de desabilitação e comunidades terapêuticas (art.º 22.º), rede esta alargada pela Lei n.º 7/97, de 8 de Março, no sentido de integrar pelo menos:

- a) Uma unidade de atendimento de toxicodependentes por cada distrito;
- b) Unidades de desabilitação, próprias ou convencionadas, a funcionar preferencialmente junto de unidades de atendimento, na base de uma cama para 100 mil habitantes;
- c) Comunidades terapêuticas, próprias ou convencionadas, distribuídas por forma a cobrir adequadamente todo o território nacional e dimensionadas na base de uma cama para cada 10 mil habitantes.

Desta feita, não há atribuição de personalidade jurídica a quaisquer das unidades especializadas. Aliás, o art.º 8.º da Lei n.º 7/97 estabelece que a rede de serviços públicos por ela abarcados se integra no Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, sob tutela do Ministro da Saúde.

O art.º 9.º da Lei n.º 7/97 vem retomar a ideia de que o financiamento da rede de serviços é feito pela inscrição das respectivas verbas no Orçamento do Estado e consigna-lhes ainda 50 % dos bens declarados perdidos a favor do Estado, nos termos da al.ª b) do n.º 1 do art.º 39.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, diploma que revê a legislação de combate à droga.

Do exposto resulta que o serviço não só é financiado pelas verbas orçamentais afectas ao SNS, como, além disso, é uma entidade que parece poder incluir-se no conceito de SNS fornecido pela Lei n.º 48/90, uma vez que desde sempre tem tido como uma das suas atribuições a prestação de cuidados de saúde.

---

<sup>25</sup> Foram desde logo criadas as previstas no art.º 38.º do Decreto-Lei n.º 43/94.



### 1.4.5.3. CENTROS ESPECIALIZADOS

Integrados no SNS por força do art.º 16.º do Decreto-Lei n.º 10/93 são os centros especializados.

Incluem-se aqui os *Centros de Alcoologia* de Lisboa, Coimbra e Porto, os *Centros de Histocompatibilidade* do Norte, Centro e Sul e os *Centros Psiquiátricos*.

No que respeita aos Centros de Alcoologia, refere-se que foram criados pelo Decreto-Regulamentar n.º 41/88, de 21 de Novembro, gozando de autonomia técnica e administrativa, dependendo da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, com atribuições nas áreas da prevenção dos problemas ligados ao álcool, da coordenação das actividades no âmbito da alcoologia e do tratamento (art.ºs 3.º e 2.º do Decreto-Regulamentar). Os encargos com o funcionamento dos Centros eram suportados por verba a transferir pelo Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde (art.º 9.º).

O Decreto-Lei n.º 269/95, de 19 de Outubro, veio proceder à descentralização destes serviços, conferindo-lhes personalidade jurídica e autonomia administrativa e técnica (art.º 1.º n.º 1). Os centros têm atribuições na área da prevenção e tratamento das doenças ligadas ao consumo abusivo de álcool, da reabilitação e da coordenação de actividades de combate ao alcoolismo e ensino e investigação na área da alcoologia, articulando-se para o efeito com as ARS e outras entidades financiadas pelo SNS. Dispõe o art.º 15.º que os Centros são financiados por verbas do SNS, em consonância com o art.º 16.º do Decreto-Lei n.º 10/93, que expressamente aí os integra.

Os Centros de Histocompatibilidade foram criados pela Portaria n.º 110/83, de 21 de Fevereiro. Eram definidos como serviços personalizados<sup>26</sup> dotados de autonomia administrativa e financeira e independência científica (art.º 1.º, n.º 3), tendo-lhes sido atribuídas funções na área de programação e realização, nas respectivas zonas de influência, dos estudos de histocompatibilidade aplicada visando a transplantação de tecidos e órgãos (art.º 1.º, n.º 2). Dispunha o art.º 12.º dessa Portaria que os encargos resultantes do funcionamento dos centros fosse coberto pelos donativos, produtos de herança, legados ou doações que lhes fossem feitos e por quaisquer outras receitas ou subsídios legalmente atribuídos. O Decreto-Lei n.º 10/93 veio expressamente integrá-los no SNS.

### 1.4.5.4. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem a sua Lei Orgânica vertida no Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de Agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 326/91, de 31 de

<sup>26</sup> Institutos públicos, como, aliás, é afirmado no Despacho n.º 113/96, de 03/04/96, publicado no DR, II Série, de 03/05/96.

Agosto. A Lei Orgânica do Ministério da Saúde considera-o um serviço personalizado, que não é sequer financiado pelas verbas do SNS (art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 10/93). E isto muito embora caiba dentro das suas atribuições a prestação de cuidados de saúde, quando urgentes (vejam-se por exemplo, as al.ªs b) e c) do art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 234/81).

O INEM tem personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio, sendo financiado, em primeira linha, pela verba a que se refere a al.ª a) do n.º 1 do art.º 29.º do Decreto-Lei n.º 234/81, na versão resultante do Decreto-Lei n.º 171/87, de 20 de Abril, isto é, 1% dos prémios ou contribuições relativos a seguros, em caso de morte, do ramo "Vida" e respectivas coberturas complementares e a seguros dos ramos "Doenças", "Acidentes", "Veículos terrestres" e "Responsabilidade Civil" de veículos terrestres a motor, "cobrados no continente".

#### 1.4.6. OUTROS SERVIÇOS

##### 1.4.6.1. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, serviço personalizado na terminologia do art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 10/93, definido na respectiva Lei Orgânica, aprovada pelo Decreto-Lei 307/93, de 1 de Setembro, como pessoa colectiva pública dotada de autonomia técnica, administrativa e financeira, sob tutela do Ministro da Saúde (art.º 1.º), tem como atribuições "a promoção da investigação e divulgação científicas no sector da saúde e o desempenho de funções laboratoriais de saúde pública" (art.º 2.º, n.º 2). Este instituto não parece integrar-se, atentas as suas atribuições e competências, no conceito legal de SNS, mas tão só no sistema de saúde. É, porém, conforme determina o n.º 2 do art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 10/93, financiado por verbas do SNS.

##### 1.4.6.2. INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE

O Instituto Português do Sangue é também um serviço personalizado, igualmente financiado por verbas do SNS [n.º 2 do art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 10/93], regulado pelo Decreto-Lei n.º 294/90, de 21 de Setembro, que o dota de personalidade jurídica e património próprio, com autonomia técnica, administrativa e financeira (art.º 3.º daquele Decreto-Lei). Dadas as suas atribuições, valem aqui as considerações feitas a propósito do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge quanto à sua integração no conceito legal de sistema de saúde, mas não no SNS.



### **1.4.6.3. ESCOLAS SUPERIORES DE ENFERMAGEM E INSTITUTOS SUPERIORES DE TECNOLOGIA DA SAÚDE**

Não sendo prestadoras de cuidados de saúde, e não fazendo, por essa razão, parte do SNS tal como definido pela Lei de Bases da Saúde, as escolas e institutos dedicados à formação de profissionais de saúde e à investigação, desde que funcionem no âmbito do Ministério da Saúde, como é o caso das Escolas Superiores de Enfermagem e dos Institutos Superiores de Tecnologia da Saúde, são financiados pelo SNS, como decorre do n.º 2 do art.º 27.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

### **1.4.6.4. INSTITUTOS DE CLÍNICA GERAL<sup>27</sup>**

Os Institutos de Clínica Geral viram o seu Regulamento aprovado pela Portaria n.º 505/86<sup>28</sup>, de 9 de Setembro. Têm atribuições na área de formação profissional dos médicos da carreira de clínica geral e da realização de acções de investigação conexas com essa formação e funcionavam inicialmente na dependência da Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários (art.º 2.º do Regulamento), funcionando actualmente na dependência da Direcção-Geral da Saúde (art.º 34.º do Decreto-Lei n.º 345/93, de 1 de Outubro, que aprovou a Lei Orgânica desta Direcção-Geral). São apenas dotados de autonomia administrativa e científica, estando sujeitos "às regras orçamentais e de prestação de contas estabelecidos para organismos dotados de autonomia administrativa" (art.º 13.º do Regulamento). Não obstante, têm receitas próprias, entre as quais as comparticipações, dotações ou subsídios do SNS (art.º 13.º, n.º 2, alínea a) do Regulamento). Refere-se, a este propósito, que os Institutos se incluem nas entidades a que alude o n.º 2 do art.º 27.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, que prevê que as verbas destinadas ao seu funcionamento constituem encargos do SNS.

### **1.4.6.5. INSTITUTO DE GENÉTICA MÉDICA DR. JACINTO MAGALHÃES**

O Instituto de Genética Médica foi criado pelo Decreto-Lei n.º 431/80, de 1 de Outubro, que lhe conferiu personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, competindo-lhe a programação e a realização de estudos de genética médica, e tendo atribuições assistenciais, de investigação e de ensino (art.ºs 2.º e 3.º). O referido Decreto-Lei estatui que "os encargos resultantes do funcionamento do Instituto serão cobertos pelos donativos, produtos de heranças legados ou doações que lhe sejam feitos e por quaisquer outras receitas ou subsídios legalmente atribuídos" (art.º 11.º).

<sup>27</sup> Nos termos da Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril, no seu n.º 3.º, foram *extintos* os Institutos de Clínica Geral da Zona Norte, Zona Centro e Zona Sul, transitando para o Instituto da Qualidade em Saúde os respectivos centros de documentação, gabinetes de apoio áudio-visual e de informática, bem como as instalações por eles utilizadas.

<sup>28</sup> Revogada pela Portaria supra citada.

Atentas as atribuições do Instituto, parece ser-lhe aplicável o n.º 2 do art.º 27.º do Estatuto do SNS, podendo constituir encargos do SNS as verbas destinadas ao seu funcionamento.

#### **1.4.6.6. INSTITUTO NACIONAL DA FARMÁCIA E DO MEDICAMENTO**

O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) é igualmente incluído pelo Decreto-Lei n.º 10/93 no elenco dos serviços personalizados não financiados por verbas do SNS (art.º 6.º). Trata-se, nos termos do art.º 1.º do Decreto-Lei n.º 353/93, de 7 de Outubro, de uma pessoa colectiva pública dotada de autonomia administrativa e financeira, sob tutela do Ministro da Saúde, cujas atribuições não compreendem a prestação de cuidados de saúde (cfr. art.º 2.º), pelo que não cabe no conceito de SNS saído da Lei n.º 48/90.

O INFARMED é financiado, entre outras fontes, pelas dotações atribuídas no Orçamento do Estado (art.º 23.º)<sup>29</sup>.

#### **1.4.7. SÍNTESE CONCLUSIVA EM TERMOS DE ENQUADRAMENTO JURÍDICO FINANCEIRO**

Do que acima ficou dito, resulta que existe alguma indefinição ou imprecisão de conceitos legais relativos à integração no SNS ou ao financiamento de serviços autónomos por verbas afectas ao SNS.

Assim, não existem quaisquer dúvidas de que as Administrações Regionais de Saúde, os Hospitais, as Maternidades, os Centros Hospitalares, os Centros Psiquiátricos, os Centros de Alcoologia, os Centros de Histocompatibilidade, o Instituto Português de Oncologia e o Instituto de Oftalmologia do Dr. Gama Pinto integram o SNS e são destinatários das transferências feitas pelo IGIF das verbas do Orçamento do Estado afectas ao SNS.

O mesmo acontece com o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, com a particularidade, neste caso, de a lei prever expressamente - designadamente no art.º 6 do Decreto-Lei n.º 10/93 - que este serviço seja "financiado" pelo SNS, previsão que parece supérflua, se não desnecessária, uma vez que, por ser uma entidade prestadora de cuidados de saúde, seria sempre abrangida pelo conceito legal de SNS, sendo as suas despesas suportadas pelas verbas orçamentais afectas ao SNS.

Existem outras situações em que determinados serviços não podem considerar-se abrangidos pelo conceito de SNS constante da Lei de Bases da Saúde, sendo, não obstante, financiados, por via do IGIF, por verbas afectas ao SNS - aqui se incluem o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o Instituto Português do Sangue e até o próprio IGIF, bem como os Institutos de Clínica Geral, as Escolas Superiores de Enfermagem e os Institutos Superiores de Tecnologia da Saúde. O mesmo se pode dizer do Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães.

---

<sup>29</sup> Mas não as afectas ao SNS, como decorre do exposto.



Situação específica é a do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), entidade que presta cuidados de saúde, pelo que poderia incluir-se no conceito de SNS da Lei n.º 48/90 e, não obstante, não tem sido, tradicionalmente, financiada por verbas afectas ao SNS.

Já o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) não está abrangido pelo conceito legal de SNS nem é financiado por verbas afectas a este. O mesmo se diga dos Serviços Sociais do Ministério da Saúde (n.º 2 do art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 10/93, de 15 de Janeiro).

## **1.5. SISTEMA DE SAÚDE E GESTÃO DO SNS**

### **1.5.1. A ARTICULAÇÃO ENTRE UNIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE**

O melhor aproveitamento dos recursos existentes em matéria de prestação de cuidados de saúde impõe, por um lado, uma gestão articulada das diferentes unidades oficiais que prestem esses serviços, de forma a ultrapassar a sua tendência para um funcionamento atomístico, e, por outro, a integração, em termos de complementaridade e economicidade, das unidades do sector privado existentes. Esta associação conjunta do «público» e «privado», articulando-se e complementando-se na prestação de cuidados de saúde, nos termos definidos ao nível da política nacional de saúde definida pelo Governo, constitui, de acordo com a Lei de Bases da Saúde, e como já se referiu, o que se designa por *sistema de saúde*<sup>30</sup>.

Sendo as ARS as entidades responsáveis pela saúde das populações de uma dada área geográfica, coordenando a prestação de cuidados de saúde a todos os níveis e promovendo a adequação dos recursos disponíveis às necessidades, de acordo com a política superiormente definida, é a elas que cabe um papel de coordenação, dinamização e articulação das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde ao nível da região, intervindo, nomeadamente, na afectação dos recursos do sector da saúde, coordenando, orientando e avaliando o funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados integrados no SNS.

A actuação das ARS ao nível local desenvolve-se, como já se mencionou, através de sub-regiões de saúde, integradas por áreas de saúde, sendo a entidade vocacionada para actuar mais próximo das populações os *centros de saúde*, que, por sua vez, alargam o seu âmbito de actuação junto das populações criando extensões. Ora, o funcionamento dos centros de saúde tem estado regulamentado pelo Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, esperando-se que na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que define o

<sup>30</sup> É, aliás, inerente a qualquer sistema o ser constituído por um conjunto de elementos que estão associados e articulados entre si para o exercício de uma função, designando-se por rede a forma permanente e interactiva de articular e associar as partes componentes de um sistema. Sobre estas noções ligadas ao sistema de saúde veja-se Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Reflexão sobre a Saúde Recomendações, para uma Reforma Estrutural, Lisboa 1998, págs. 25 e seguintes. Sobre a componente informática dessa rede, veja-se SERRÃO, Daniel, “A Saúde numa Rede Informática” in Brotéria, Lisboa, vol. 146, n.º 4, Abril de 1998, págs. 443 – 454.

regime da sua criação, organização e funcionamento, lhes seja conferida maior autonomia, flexibilidade e capacidade de aderência aos objectivos de melhoria da saúde de forma integrada e articulada.

Por outro lado, no sentido da optimização dos serviços prestados e complementaridade técnica e assistencial entre cada centro de saúde e os demais serviços e instituições de saúde, previa-se na Lei a constituição de *grupos personalizados de centros de saúde* (art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15/1 e art.º 13.º do Estatuto do SNS ), dotados de personalidade jurídica, a criar por decreto-lei, o que não teve sequência<sup>31</sup>.

Os centros de saúde devem articular-se, por sua vez, com os hospitais para o que se encontra projectado, nos termos do Estatuto do SNS, que os hospitais e os grupos personalizados de centros de saúde agrupam-se em *unidades de saúde*<sup>32</sup>, cuja dimensão é decidida, caso a caso, por despacho do Ministro da Saúde. Tais unidades pretendem assegurar a continuidade da prestação de cuidados, respeitando as atribuições das instituições que as integram, numa óptica, pois, de complementaridade e eficaz articulação entre si com um único objectivo que seja a extensão dos cuidados de saúde de qualidade aos utentes do círculo populacional da área geográfica onde se inserem, tendo em consideração a especificidade das realidades locais.

É neste preciso sentido que se posiciona a orientação estratégica do sector para o quinquénio 1998 – 2002, apostando numa concepção de “sistema local de saúde/unidade funcional como um conjunto de recursos da saúde articulados e organizados segundo um critério geográfico populacional, implantado tanto nas zonas urbanas como nas rurais, desenhado a partir das necessidades definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, famílias e grupos sociais, com capacidade de coordenar os recursos disponíveis, facilitador da participação social e concorrendo para o desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde<sup>33</sup>”.

Em síntese, pretende-se a conjugação articulada e complementarizada do funcionamento das instituições, mobilizando esforços e recursos de forma adequada, dirigidos aos interesses de uma população (indivíduo ou grupo) num dado espaço territorial.

Concorrem para o efeito tanto os hospitais, detentores de potencial tecnológico para a prestação de cuidados diferenciados, e os centros de saúde, como entidades orientadas para

---

<sup>31</sup> Por força do art.º 59.º da Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, foi revogada a norma que previa precisamente, a criação dos grupos personalizados de centros de saúde (art.º 13.º), contida no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

<sup>32</sup> Todavia, de acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, o Governo reconheceu que, tendo em vista uma maior acessibilidade à prestação de cuidados, bem como a garantia da sua efectiva continuidade, técnica e social, o conceito de unidade funcional de saúde deve evoluir no sentido de serem criados mecanismos, de convergência de recursos, de participação activa e corresponsabilização de outros serviços e instituições públicos e privados. Em seu lugar, foram instituídos sistemas locais de saúde, constituídos por centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde (n.º 1, do art.º 2.º do citado diploma).

<sup>33</sup> In Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do Século” 1998-2002 – Orientações para 1998, Ministério da Saúde.



assegurar os cuidados essenciais de forma personalizada e continuada. Às ARS caberá, por seu turno, desenvolver instrumentos técnicos de administração que permitam articular, a esse nível, a política de recursos e o plano de investimentos com os objectivos estratégicos e os compromissos de produção de cuidados.

## 1.5.2. AS AGÊNCIAS DE ACOMPANHAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO

Institucionalizadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto, as agências de acompanhamento e contratualização encontram-se instaladas junto de cada administração regional de saúde, e têm como missão fundamental proceder a um processo negocial (contratualização) de atribuição de recursos às entidades prestadoras de cuidados, na base de critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efectividade, partindo da avaliação das necessidades e de cuidados de saúde<sup>34</sup>.

Para o efeito, as instituições elaboram o orçamento-programa, documento que estabelece o equilíbrio entre as necessidades em saúde, produção prevista e desenvolvimento dos serviços e utilização de recursos.

Cabe à respectiva Agência proceder ao acompanhamento da execução do orçamento-programa, bem como à avaliação sistemática da evolução do desempenho e resultados atingidos.

Este instrumento de natureza económico-financeiro vem permitir introduzir alterações no processo de financiamento do sistema, permitindo a afectação dos recursos em função da produção real, ou seja, promover uma clara separação entre as funções do Estado-financiador e do Estado-prestador.

Pretende-se, assim, estimular o desenvolvimento do desempenho das instituições, promovendo o apoio a projectos e iniciativas inovadoras, com vista ao fomento por um lado, da sua eficiência, mas exigindo-lhes responsabilidade na sua execução.

Concomitantemente pretende-se assim garantir mais eficiência ao sistema como um todo, através da obtenção de ganhos em saúde, maior equidade e efectividade.

Dada a sua criação relativamente recente não se dispõe de dados relevantes sobre esta experiência.

---

<sup>34</sup> Veja-se, neste âmbito, o programa especial de acesso aos cuidados de saúde criado pela Lei n.º 27/99, de 3 de Maio.



### 1.5.3. A GESTÃO HOSPITALAR

Os hospitais da rede oficial constituem, por excelência, as entidades prestadoras de cuidados diferenciados que, nos termos dos normativos vigentes<sup>35</sup>, se integram e articulam com as entidades coordenadoras das políticas de saúde no âmbito da região onde se inserem (as ARS), designadamente ao nível da organização, gestão de recursos humanos e financeiros, e avaliação da actividade desenvolvida.

Nesta qualidade, os hospitais devem constituir-se como unidades dinâmicas em termos de desempenho e gestão dos seus recursos, dotando-se dos instrumentos apropriados.

Não obstante o Estatuto de Gestão Hospitalar remontar a 1988 (ano da sua publicação)<sup>36</sup>, nele se institui como princípio, o funcionamento das unidades hospitalares segundo uma lógica «empresarial», dotando-as de estruturas organizativas que permitam a flexibilidade do seu funcionamento e gestão global. Para o efeito, nele se prevê, nomeadamente, a constituição de *centros de responsabilidade*, resultando do agrupamento de unidades homogéneas, pretendendo-se, deste modo, uma desconcentração da tomada de decisões e um maior grau de responsabilização na prossecução dos seus fins e atingimento das metas fixadas.

Pretende-se que os *centros de responsabilidade* sejam «unidades funcionais com objectivos próprios, integrados na estratégia e orgânica definidas para o hospital e orientadores da sua actividade, coordenados por uma equipa com poder de decisão sobre os meios necessários à realização desses objectivos, segundo regras estabelecidas. No entanto, subsiste a necessidade de criação dos instrumentos normativos que possibilitem a sua implementação, assim como a definição do seu enquadramento legal»<sup>37</sup>.

Por outro lado, a qualificação dos hospitais como estabelecimentos públicos de carácter social, e a exigência que se lhes impõe de um funcionamento célere e eficiente, parece não se conformar a uma moldura jurídica cujos contornos se ajustam a um universo de natureza meramente administrativa, que não a de um hospital.

Não obstante lhes ser reconhecida a necessidade de procurar um modelo organizacional de tipo empresarial, o seu estatuto jurídico atribui-lhes a natureza de serviços públicos dotados de personalidade jurídica, sujeitando-os, por consequência, aos normativos enformadores da realidade administrativa pública.

O reconhecimento desta “incompatibilidade” jurídico-formal conduziu, como se referiu atrás, à primeira experiência no âmbito do sector hospitalar público, ao ser atribuída a natureza de estabelecimento público com natureza empresarial a um hospital de rede oficial – o Hospital

---

<sup>35</sup> Decretos-Lei n.ºs 11/93, de 15 de Janeiro e 335/93, de 29 de Setembro, e Lei n.º 47/90, de 24 de Agosto.

<sup>36</sup> Decreto-Lei n.º 19/88, de 22 de Janeiro e Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro.

<sup>37</sup> Vd. Despacho n.º 12781/98, de 19/6 (Diário da República, II Série, n.º 169, de 24/7), que promoveu, por iniciativa ministerial, a constituição de uma equipa de projecto, para a preparação de um projecto de Decreto-Lei do quadro jurídico de referência para os Centros de Responsabilidade.



de S. Sebastião, de Santa Maria da Feira – com a aprovação do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho.

A este hospital se aplicam, também, subsidiariamente as normas aplicáveis às entidades que revistam natureza, forma e designação de empresa pública, não os sujeitando, pois, às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a forma de serviços personalizados ou de fundos públicos, colocando-o sob dupla tutela dos Ministros da Saúde e das Finanças.

Em moldes idênticos ao dos demais hospitais da rede oficial, o Hospital de S. Sebastião inserir-se-á nas linhas orientadoras da política de saúde, bem como na unidade de saúde respectiva, e verá a sua actividade e desempenho ser devidamente acompanhada pela competente Administração Regional de Saúde.

A avaliação do seu desempenho, assim como a aferição dos resultados por si obtidos como primeira “experiência” no sector oficial de serviços de saúde, em termos de capacidade de resposta adequada às necessidades do sistema de saúde, poderão conduzir à eleição deste modelo de gestão como modelo a institucionalizar.

#### 1.5.4. O RECURSO A ENTIDADES EXTERIORES ATRAVÉS DE CONTRATO DE GESTÃO, CONVENÇÃO E CONTRATO PROGRAMA.

A Lei de Bases da Saúde, ao permitir que a prestação de cuidados de saúde possa ser assegurada, para além do Estado, por outros entes públicos ou privados (com ou sem fins lucrativos), veio também garantir a possibilidade de o Estado celebrar acordos e convenções com entidades privadas para tal finalidade<sup>38</sup>.

Por seu turno, no Estatuto do SNS consagram-se as formas que pode revestir o recurso a terceiras entidades, mediante a celebração de acordos, convenções ou contratos, tendo em vista a prestação de cuidados de saúde, e, ainda, a celebração da contratos com outras entidades para a gestão das instituições de saúde públicas.

A entrega da gestão das instituições e serviços do SNS a outras entidades (públicas ou privadas) é feita mediante contrato de gestão, que deve ser precedido da realização de concurso público nos termos legais em vigor.<sup>39</sup>

Este tipo de contratos deverá assegurar que os interesses dos utentes sejam sempre salvaguardados, nomeadamente no que concerne ao acesso às prestações de saúde que a entidade contraente se obriga a prestar. Para o efeito, os contratos definirão expressamente, entre outros aspectos, quais as prestações de saúde que a instituição ou serviço deve garantir, a forma e os prazos de pagamento à entidade gestora para a sua exploração, obras a realizar e

<sup>38</sup> Veja-se também o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, onde se regulamenta o regime de celebração das convenções previstas na Lei de Bases da Saúde. No preâmbulo desse diploma refere-se que a sujeição a concurso público para a celebração de convenções era desadequada.

<sup>39</sup> Cf. art.º 29.º do Estatuto do SNS e Portaria n.º 704/94, de 29 de Julho, onde se definem o Programa de Concurso e Caderno de Encargos tipo para a celebração destes contratos.

manutenção do serviço de saúde, bem como as necessárias garantias para o Estado do cumprimento do contrato.

A primeira experiência deste tipo realizada em Portugal, teve lugar em 1994, quando da atribuição, por concurso público, da gestão do Hospital Dr. Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), à sociedade Hospital Amadora/Sintra – Sociedade Gestora, SA, empresa de capitais exclusivamente privados, pertencente ao agrupamento de empresas denominado «Império»<sup>40</sup>.

Constitui objecto do contrato de gestão do Hospital Amadora-Sintra a garantia da prestação continuada de cuidados de saúde globais, correspondentes ao exercício, em urgência, internamento e ambulatório, das valências nele mencionadas, incluindo o respectivo apoio das especialidades de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, assim como os necessários serviços de apoio geral. A sua actividade será desenvolvida tendo em vista a prestação de cuidados de saúde globais na óptica da integração deste na unidade de saúde da sua área de influência, nomeadamente através do relacionamento funcional com os centros de saúde e outras instituições de saúde.

Nos termos do mesmo contrato, a entidade gestora fica, igualmente, obrigada a garantir o acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Hospital a todos os utentes do SNS, nos mesmos termos dos demais estabelecimentos integrados no SNS, de acordo com a sua capacidade instalada, os quais serão prestados em regime de urgência e ambulatório aos utentes residentes na área de influência do hospital, podendo o mesmo também receber doentes em regime de medicina privada.

Ao Estado, por seu turno, compete a obrigação de proceder à retribuição devida no montante fixado contratualmente, em termos anuais, o qual beneficia de actualização de acordo com o disposto no caderno de encargos e Portaria n.º 704/94, de 29 de Julho.

O início da vigência do contrato de gestão privada do Hospital Amadora-Sintra teve lugar no ano de 1995, devendo ser ponderados os resultados obtidos, quer em termos de actividade desenvolvida, quer em termos da eficiência atingida por via desta opção de «gestão» de serviço público de saúde<sup>41</sup>.

A entrega da gestão de serviços de saúde pode, também ser feita parcialmente, isto é, apenas alguns serviços podem ser entregues à iniciativa privada, por assim se entender como entidades mais vocacionadas para este tipo de serviços, que, em muitos casos, não constituem serviços no âmbito da saúde, mas são parte integrante do funcionamento das unidades de saúde em termos de logística.

Trata-se, neste caso, do denominado *contracting out*, uma forma de procurar na iniciativa privada a prestação de serviços em áreas de interesse para o hospital, por forma a obter uma

---

<sup>40</sup> Constituído pelas empresas Companhia de Seguros Império, SA, ISU-Estabelecimentos de Saúde, SA, HLC-Engenharia e Gestão de Projectos, SA, GSI-Générale de Santé Internationale, Farmacoop - Cooperativa Nacional de Farmácias, CRL.

<sup>41</sup> Nos termos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, esta sociedade, como concessionária de uma serviço público, está sujeita aos poderes de controlo do Tribunal de Contas.



relação de custo-benefício com vantagem para a entidade concedente. Como exemplos cita-se

a celebração de contratos de prestação de serviços nas áreas de limpeza e manutenção, alimentação e segurança das instalações.

Nos termos da lei, pode ainda o Estado celebrar contratos-programa entre ARS e autarquias locais, misericórdias ou outras instituições particulares de solidariedade social, com vista a recuperar e a gerir instituições ou serviços prestadores de cuidados de saúde.

## 1.6. INDICADORES DA ACTIVIDADE DESENVOLVIDA PELO SISTEMA DE SAÚDE

### 1.6.1. CENTROS DE SAÚDE

Em Portugal existiam, em 1997, 386 centros de saúde, ou seja mais 4 (todos na região Norte) do que em 1996, sendo a sua distribuição geográfica por regiões a apresentada no *Quadro I*. Apenas cerca de 29 % dos centros de saúde dispunham de internamento, sendo porém essa percentagem muito mais elevada nos Açores, Alentejo e Algarve.

**QUADRO I – CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE**

1997

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA	N.º DE ESTABELECIMENTOS				PESSOAL AO SERVIÇO			N.º DE CONSULTAS <sup>(1)</sup> (EM MILHARES)
	CENTROS DE SAÚDE			EXTEN- SÕES	MÉDICOS	ENFERMEIROS	OUTROS	
	TOTAL	COM INTERNA- MENTO	SEM INTERNA- MENTO					
PORTUGAL	386	113	273	2076	7399	6711	13711	25985
CONTINENTE	358	97	261	1922	7177	6009	12637	25364
NORTE	123	27	96	516	2393	2168	3667	9260
CENTRO	86	28	58	604	1389	1253	2572	5140
LISBOA E VALE DO TEJO	86	10	76	460	2742	1839	4080	8687
ALENTEJO	47	23	24	274	402	493	1137	1508
ALGARVE	16	9	7	68	251	256	641	769
REG.AUTÓNOMA AÇORES	17	13	4	114	119	317	1012	370
REG.AUTÓNOMA MADEIRA	11	3	8	40	103	385	602	251

<sup>1</sup> No serviço ambulatorio.

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, 1997

Em termos evolutivos verifica-se que em 1975 havia 206 centros de saúde e 2874 extensões, pelo que nos últimos 20 anos os primeiros quase duplicaram enquanto que, como consequência disso mesmo, se regista uma redução do número de extensões. Importa, porém, ter em conta que até 1980, para feitos estatísticos, se incluem nas “extensões” dos centros de



saúde unidades médico-sociais, dispensários materno-infantis, dispensários anti-tuberculosos e outros postos de saúde, que vieram a ser integrados nos centros de saúde<sup>42</sup>.

O número médio de habitantes por centro de saúde, no País, era, em 1997 de 25766, mas com grandes assimetrias regionais: entre 10 998 no Alentejo e 38 566 na região de Lisboa e Vale do Tejo. Este indicador apresenta grande estabilidade nos últimos anos, depois de, entre 1975 e 1985, em consonância com o aumento do número de centros de saúde, ter descido de 45 183 no primeiro daqueles anos para 28 209 no último.

Os médicos representavam, em 1997, 26,5 % do total do pessoal empregue nos centros de saúde e os enfermeiros 24 %. O resto do pessoal – cerca de metade do total – era representado por pessoal administrativo e por outro pessoal (serviços gerais, auxiliar e outro). Isto significa que por cada médico existe praticamente um enfermeiro e um administrativo e ainda 0,8 de outro pessoal. Estes valores sofrem, porém, uma dispersão acentuada conforme a área geográfica. O número de médicos é mais elevado na região de Lisboa e Vale do Tejo; por sua vez, o pessoal administrativo e o outro pessoal assume maior peso no Alentejo, Algarve, Açores e Madeira.

Em 1997, realizaram-se em Portugal 25 985 315 consultas em ambulatório nos centros de saúde (+ 4,1 % do que no ano anterior), o que representa, em média, 2,6 consultas por habitante ( 2,5 em 1996 ).

Por médico, as consultas diárias nos centros de saúde foram, 16 em 1997, contra 15,2 em 1996. Existe também uma certa dispersão regional neste indicador, que apresenta o seu máximo na região Norte com 17,6 consultas diárias por médico e o mínimo na Madeira com 11,1 consultas.

Outros dados relevantes da actividade dos centros de saúde são representados pelo atendimento de 14521 doentes nos serviços de atendimento permanente e outros serviços com carácter de urgência.

## 1.6.2. HOSPITAIS

Em Portugal existiam, em 1997, 215 hospitais, sendo 148 hospitais gerais e 67 hospitais especializados, dos quais 4 são maternidades e 28 são hospitais psiquiátricos. Comparativamente com 1996 verifica-se que o aumento do número total de hospitais de 211 para 215 se deve ao aumento de hospitais especializados (de 62 para 67) já que o número de hospitais gerais diminuiu de uma unidade.

<sup>42</sup> Séries de longo prazo em termos de estatísticas da saúde, e que serão aqui seguidas como fonte, podem encontrar-se em A Situação Social em Portugal, 1960-1995, ob. cit., págs. 77-87.

No *Quadro II* faz-se a caracterização dos hospitais por regiões do País, distinguindo os hospitais oficiais e os hospitais particulares e dentro dos primeiros os que se encontram classificados como centrais (que são caracterizados pela existência de meios humanos e técnicos altamente diferenciados) e como distritais (que, em princípio, apenas possuem internamento em especialidades básicas, podendo ter, quando se justifique, especialidades intermédias e diferenciadas e só excepcionalmente altamente diferenciadas).

Na última década, o número total de hospitais aumentou de 232 em 1985 para os 307 de 1997, mas isso não teve grandes reflexos no número de camas ao dispôr da população que se mantem à roda das 40 por cada 10 000 habitantes.

Em termos de camas para internamento geral, importa distinguir a lotação oficial (mencionada no quadro II ) e a lotação praticada, que, em termos globais, é apenas de 38 818 camas, o que significa ser inferior em cerca de 11 % àquela lotação oficial.

## QUADRO II – CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

1997

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA	Total	N.º DE ESTABECIMENTOS				N.º DE CAMAS <sup>1)</sup> INTERNAMENTO GERAL		PESSOAL AO SERVIÇO	
		OFICIAIS			PARTICULARES	HOSPITAIS OFICIAIS	HOSPITAIS PARTICULARES	MÉDICOS	ENFERMEIROS
		TOTAL	CENTRAIS	DISTRITAIS					
PORTUGAL	215	123	38	74	92	34 580	9 025	18 985	29 875
CONTINENTE	199	119	37	71	80	32 981	7 218	18 164	28 371
NORTE	63	37	8	27	26	10 250	2 753	6 036	9 093
CENTRO	41	27	8	18	14	7 451	1 002	2 824	5 645
LISBOA E VALE DO TEJO	79	45	21	17	34	13 243	3 167	8 416	11 885
ALENTEJO	10	7	-	6	3	1 330	231	387	990
ALGARVE	6	3	-	3	3	707	65	501	758
REG.AUTÓNOMA AÇORES	8	3	-	3	5	699	773	275	599
REG.AUTÓNOMA MADEIRA	8	1	1	-	7	900	1034	546	905

<sup>1)</sup> Lotação oficial.

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, 1997

Em consequência, no total do País existem, em média, 3,9 camas de hospital para cada 1000 habitantes, rácio que apresenta uma acentuada dispersão regional: entre um máximo de 6,9 camas na Região Autónoma da Madeira e um mínimo de 2,2 no Algarve. Por outro lado, cumpre sublinhar o decréscimo registado por este indicador nos últimos 10 anos, já que



passou de cerca de 4 camas por 1000 habitantes em 1988 para as já referidas 3,9 camas em 1997.

O pessoal ao serviço nos hospitais totalizava, em 1997, 18 985 médicos e 29 875 enfermeiros, a que deve acrescer-se 60 996 unidades de outro pessoal, com destaque para técnicos de diagnóstico e terapêutica (12 118), pessoal técnico profissional e administrativo (10 176) e pessoal auxiliar (29 149).

Conforme se evidencia no *Quadro III*, em 1997 efectuaram-se em Portugal 1 167 064 internamentos (o que representa um acréscimo de 1,3 % em relação a 1996), sendo de registar que, no continente, o valor mais reduzido registado no Algarve com 26 mil internamentos representou ainda assim a maior subida em relação ao ano anterior : +14,6 %.

Em termos de mais largo prazo, verifica-se que, em relação a 1980, o número de internamentos mais que duplicou já que nesse ano foram de 476 mil.

Por cama, o número de internamentos nos hospitais passou de 29,4, em 1996, para 30,1, em 1997, registando-se também que o maior acréscimo neste indicador se verificou no Algarve. Em termos de dias de internamento, em 1997 atingiu-se o valor de 10 507 270, o que representa um decréscimo relativamente a 1996, em que se tinha alcançado 10 636 120 dias. A análise regional destes dados demonstra também aqui que o Algarve apresenta a maior variação positiva : +3,4 % que em 1996. Em consequência desta evolução, a demora média nos hospitais baixou, globalmente, de 9,4 dias, em 1996, para 9,2 dias, em 1997, mas com muito acentuada dispersão regional: na região norte, neste último ano, atingiu-se uma média de 8,2 dias de demora, enquanto que nas Regiões Autónomas se atingiram valores que são praticamente o dobro dos verificados no continente, com 15,3 e 17,7 nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, respectivamente.

A taxa de ocupação das camas nos hospitais portugueses foi, em 1997, de 74,2 %, por contraposição a 74,3 %, em 1996, verificando-se que a maior taxa de ocupação se situou no Algarve (79,2 %) e a menor no Alentejo (71,6%).



**QUADRO III – ACTIVIDADE DESENVOLVIDA PELOS HOSPITAIS**

**1997**

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA	INTERNAMENTOS			DOENTES SOCORRIDOS NAS URGÊNCIAS (EM MILHARES)		N.º DE CONSULTAS (EM MILHARES)	N.º DE OPERAÇÕES	
	NÚMERO DE INTERNADOS (EM MILHARES)	DIAS DE INTERNAMENTO (EM MILHARES)	DEMORA MÉDIA	HOSPITAIS OFICIAIS	HOSPITAIS PARTICULARES		GRANDE E MÉDIA CIRURGIA	PEQUENA CIRURGIA
PORTUGAL	1 167	10 507	9,2	6 677	281	7 554	452 729	182 772
CONTINENTE	1 114	9 629	8,8	6 432	264	7 143	437 932	174 131
NORTE	376	3 024	8,2	2 520	123	2 617	159 611	55 142
CENTRO	230	2 049	9,1	1 208	19	1 157	89 356	30 993
LISBOA E VALE DO TEJO	440	3 970	9,0	2 302	121	3 015	167 220	77 105
ALENTEJO	42	365	8,7	230	43	207	11 754	7 540
ALGARVE	26	222	8,5	173	2	146	9 991	3 351
REG.AUTÓNOMA AÇORES	25	382	15,3	119	-	136	6 557	2 750
REG.AUTÓNOMA MADEIRA	28	496	17,7	127	17	275	8 240	5 891

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, 1997

Nas urgências dos hospitais oficiais foram socorridas, em 1997, 6 677 mil pessoas, sendo o número dos que o foram nos hospitais particulares apenas 4 % do total. Isto significa que, em termos médios globais, existem quase 7 socorros na urgência por cada 10 pessoas residentes e 366 socorros/ano por cada médico ao serviço.

As consultas nos hospitais atingiram, em 1997, o número de 7,5 milhões, das quais 2 milhões são primeiras consultas, o que, em termos médios globais, ignorando que a mesma pessoa pode acumular mais do que uma primeira consulta, representa que quase 2 em cada 10 residentes foram pelo menos uma vez por ano a uma consulta externa de um hospital. Continuando a fazer uma análise genérica, pode dizer-se que, considerando 220 dias úteis por ano, se verificaram 34,3 mil consultas diárias no total dos hospitais portugueses, o que dá um rácio de 1,8 consultas/dia por médico ao serviço.

Quanto ao número de operações, tiveram lugar, nos hospitais portugueses, em 1997, 452 729 grandes e médias cirurgias e 182 772 pequenas cirurgias. Tendo em conta que existiam no País 701 salas de operação, dá uma média de 645 operações por sala em todo o ano de 1997.



## 1.6.3. COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS

A comparação internacional dos indicadores relevantes em termos de actividade assistencial dos estabelecimentos de saúde revela-se do maior interesse por permitir, de forma objectiva, traçar o quadro da situação portuguesa em termos comparados e desse modo tentar extrair conclusões quanto às tendências de evolução e medidas correctivas a tomar.

Têm-se presentes as limitações dum exercício deste tipo – por um lado, pronunciar-se apenas sobre realidades médias globais e, por outro, basear-se em realidades nacionais eventualmente não comparáveis e haver ainda insuficiências ao nível da cobertura e da comparabilidade das estatísticas – mas isso não deve constituir impedimento para que seja levado a cabo.

Assim, em termos de capacidade hospitalar e taxas de utilização (*Quadro IV*) verifica-se que as tendências gerais observadas em Portugal são as registadas na generalidade dos países da União Europeia, mas suscitam alguns comentários. O número de camas por 1000 habitantes desceu no período 1970-1996 de 6,3 para 4,1, tendência igual à observada na generalidade dos países europeus, mas com a particularidade, no nosso caso, de ter feito com que este rácio, no conjunto dos 15 países da União Europeia, só seja actualmente mais baixo em Espanha e na Irlanda. Por outro lado, a taxa média de ocupação das camas manteve-se estável no referido período, mas é mais baixa do que a registada, quer na União Europeia, quer na OCDE, o que não é sinónimo de eficiência na utilização de meios e, dada a existência de elevadas listas de espera, denota que, em muitos casos, serão outros os factores de estrangulamento. Índice de aumento de eficiência é o que se verifica quanto à duração média de estadia no hospital, que tem registado, em consonância com os padrões internacionais, uma acentuada diminuição, importando, porém, ver em que medida isso não significará no nosso caso carência de recursos em certas áreas da medicina ou zonas do país. A taxa de admissão da população cresceu quase para o dobro, que pode denunciar um melhor acesso a cuidados de saúde, mas é ainda muito baixa comparativamente com a média, quer da UE, quer da OCDE.

QUADRO IV - CAPACIDADE HOSPITALAR E TAXA DE UTILIZAÇÃO

	NÚMERO DE CAMAS POR 1 000 HABITANTES		TAXA MÉDIA DE OCUPAÇÃO DAS CAMAS (EM %)		DURAÇÃO MÉDIA DE ESTADIA NO HOSPITAL (EM DIAS)		TAXA DE ADMISSÃO DA POPULAÇÃO (EM %)	
	1970 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup>	1970 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup>	1970 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup>	1970 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup>
PORTUGAL	6,3	4,1	74,1	73,9	23,8	9,8	6,9	11,4
ALEMANHA	8,8	9,6	88,6	80,9	23,7	14,3	15,4	20,9
ÁUSTRIA	10,8	9,2	86,4	78,8	22,2	10,5	15,5	25,1
BÉLGICA	8,3	7,2	85,7	83,6	20,7	11,3	9,3	20,0
DINAMARCA	8,1	4,9	80,6	81,3	18,1	7,3	14,4	19,8
ESPAÑA	4,7	4,0	69,0	76,7	18,0	11,0	7,1	10,0
FINLÂNDIA	15,1	9,2	91,0	87,7	24,4	11,6	18,2	25,7
FRANÇA	9,2	8,7	83,2	81,1	18,3	11,2	7,4	22,7
GRÉCIA	6,2	5,0	76,0	69,4	15,0	8,2	10,5	15,0
IRLANDA	5,5	3,7	80,1	83,2	13,3	7,2	12,4	15,5
ITÁLIA	10,5	6,0	77,9	72,0	19,1	9,8	15,7	16,2
LUXEMBURGO	12,6	10,7	82,6	75,0	27,0	15,3	13,4	19,4
PAÍSES BAIXOS	11,4	11,2	90,9	88,7	38,2	32,5	10,0	11,1
REINO UNIDO	9,4	4,5	82,1	80,6	25,7	9,8	10,9	23,1
SUÉCIA	15,3	5,6	83,6	81,9	27,2	7,5	16,6	18,1
UE <sup>2</sup>	9,5	6,9	82,1	79,7	22,3	11,8	12,2	18,3
OCDE <sup>2</sup>	8,9	7,8	79,8	77,4	21,6	12,9	12,0	16,3

<sup>1</sup> Ou ano mais próximo para o qual os dados estejam disponíveis.

<sup>2</sup> Média não ponderada.

Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998.

Relativamente à utilização de recursos na saúde (*Quadro V*), a primeira constatação é a de que, em termos globais, a densidade de médicos por 1000 habitantes se situa próximo da média europeia, pelo que não haverá um excesso de médicos em Portugal. O problema estará, além de uma desigual distribuição geográfica ao longo do País, na percentagem de médicos especialistas nesse total, em que Portugal se situa claramente acima da média europeia e ainda mais da média da OCDE, estando os efectivos excedentários concentrados certamente nas zonas urbanas de mais elevados rendimentos. Por outro lado, no sector ambulatorio, o número de contactos com médicos por habitante e por ano situa-se em 3,2 em 1996, ou seja muito abaixo dos registados na generalidade dos países da União Europeia, sendo praticamente metade do número de contactos que existem em média quer na União Europeia quer na OCDE. Isso demonstra que as pessoas não recorrem ao médico com a mesma frequência da verificada noutros países, o que parece denotar que existe ainda falta de aproximação dos cuidados de saúde às populações, em especial nas zonas rurais e de mais baixos rendimentos, a que deve também associar-se a dificuldade que os centros de saúde tem tido em responder à procura dos serviços médicos de certas especialidades. Ao contrário, quer o número médio de prescrições por consulta com um médico, quer o número médio de prescrições por habitante é



muito mais elevado que o verificado nos outros países, o que tem contribuído, como se verá, para uma elevada despesa com medicamentos.

## QUADRO V – UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE

	SECTOR AMBULATORIO			
	DENSIDADE DE MÉDICOS <sup>1</sup>	PROPOÇÃO DE ESPECIALISTAS	CONTACTOS COM MÉDICOS POR HABITANTE E POR ANO	PRESCRIÇÕES POR HABITANTE
	1996 <sup>2</sup>	1996 <sup>2</sup>	1996 <sup>2</sup>	1996 <sup>2</sup>
PORTUGAL	3,0	68,6	3,2	19,8
ALEMANHA	3,4	62,6	6,4	13,5
ÁUSTRIA	2,8	54,4	6,3	17,2
BÉLGICA	3,4	46,9	8,0	10,4
DINAMARCA	2,9	-	5,3	7,4
ESPAÑA	4,2	-	6,2	26,5
FINLÂNDIA	2,9	56,3	4,3	6,3
FRANÇA	2,9	50,2	6,3	52,0
GRÉCIA	3,9	55,7	5,3	9,0
IRLANDA	2,1	-	6,6	13,5
ITÁLIA	5,5	-	11,0	21,1
LUXEMBURGO	2,2	64,4	-	14,5
PAÍSES BAIXOS	2,6	35,8	5,4	8,0
REINO UNIDO	1,6	-	5,9	9,3
SUÉCIA	3,1	71,1	2,9	6,4
UE <sup>3</sup>	3,1	56,6	5,9	15,7
OCDE <sup>3</sup>	2,8	53,0	6,5	15,8

<sup>1</sup> Por cada 1 000 habitantes.

<sup>2</sup> Ou ano mais próximo para o qual os dados estejam disponíveis.

<sup>3</sup> Média não ponderada.

Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998

## **1.7. CONCLUSÕES**

O SNS – que, nos termos constitucionais, é universal, geral e tendencialmente gratuito e deve ter uma gestão descentralizada e participada – tem por finalidade assegurar a protecção da saúde de todos os cidadãos, sendo constituído por três pilares principais: as administrações regionais de saúde (que integram as sub-regiões e os centros de saúde), os hospitais e as outras instituições oficiais prestadoras de cuidados de saúde. O sistema de saúde é, no entanto, um conceito mais amplo na medida em que além dessas instituições oficiais é constituído por todas as entidades, incluindo profissionais livres, que acordem com o SNS a prestação de cuidados de saúde.

Em termos financeiros ou orçamentais o SNS não figura actualmente no Orçamento do Estado com uma dotação global, antes se apresentando neste uma desagregação dos organismos que o integram e daqueles que embora não o integrando são, nos termos da lei, por ele financiados.

O funcionamento do sistema de saúde tem como elemento caracterizador a dispersão territorial das unidades directamente empenhadas na prossecução dos fins assistenciais para que foram concebidas, no sentido de fazer chegar às populações, onde quer que se situem, os cuidados a que, constitucionalmente, têm pleno direito. Tal facto implica uma cada vez maior descentralização das unidades prestadoras desses cuidados, aproximando-as tanto quanto possível das populações, inserindo-se, neste âmbito, a criação das regiões de saúde em 1990, como verdadeiros «braços» operacionais do sistema, responsáveis pela execução das políticas de saúde ao nível de cada região.

Em simultâneo, cresceu a preocupação de imprimir ao sistema ganhos de qualidade e eficiência, pois não só ao cidadão se reconhece o direito à acessibilidade aos cuidados de saúde como também à qualidade destes, que deve igualmente pautar-se por padrões de melhoria na relação de custo-benefício dos serviços prestados. Aliás, é nestes domínios que os indicadores da actividade desenvolvida pelo SNS e sua comparação internacional denunciam que continuam a subsistir problemas.

O modelo de gestão das unidades de saúde manteve-se, porém, inalterado, não obstante o acentuar da necessidade de prosseguir na esteira dos princípios de gestão empresarial. A este respeito, sem prejuízo das alterações legislativas e regulamentares que se mostrem necessárias, importa dar maior eficácia a mecanismos já previstos na lei e que parecem adequados às finalidades visadas, quer através da implementação de centros de responsabilidade, quer através da dinamização da contratualização (função agência), promovendo a articulação entre as entidades intervenientes na prestação de cuidados de saúde no âmbito dos sistemas locais de saúde. Também a via do recurso a entidades exteriores através de contrato de gestão, convenção e contrato-programa parece que deve ser melhor explorada, desde que, em cada situação específica, garanta maior economia, eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde, preservando ao mesmo tempo rigor e transparência orçamental e financeira.



## 2 – DESPESAS TOTAIS COM A SAÚDE E ESTADO DA SAÚDE

### 2.1. EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE

Nas duas últimas décadas o ritmo de aumento das despesas totais de saúde em Portugal foi mais rápido do que na generalidade dos outros países da OCDE, o que se pode explicar pelo desenvolvimento económico recente do nosso País, com reflexos numa melhoria considerável do estado de saúde da população portuguesa.

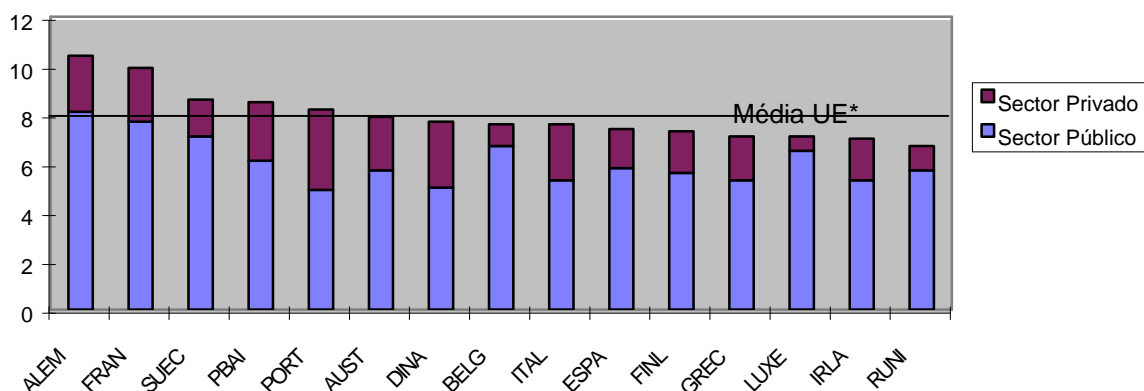
Assim, essas despesas representavam 4,1 % do PIB em 1974, passaram para 6,9 % em 1986 (data da adesão à então designada Comunidade Económica Europeia) e ascendiam a 8,2 % em 1997 (*Quadro VI e Gráfico 1*)

**QUADRO VI  
DESPESAS COM CUIDADOS DE SAÚDE  
EM % DO PIB**

PAÍSES	DESPESAS TOTAIS DE SAÚDE		DESPESAS PÚBLICAS DE SAÚDE		DESPESAS PRIVADAS DE SAÚDE		PART. DAS DESPESAS PÚBLICAS (EM % DAS DESPESAS TOTAIS)	
	1974	1997	1974	1997	1974	1997	1974	1997
PORTUGAL	4,1	8,2	2,6	4,9	1,5	3,3	62,7	60,0
ALEMANHA	8,0	10,4	6,3	8,1	1,7	2,3	78,2	77,4
BÉLGICA	4,7	7,6	3,9	6,7	0,8	0,9	82,5	87,6
DINAMARCA	7,1	7,7	5,8	5,0	1,3	2,7	81,2	65,0
ESPAÑA	4,6	7,4	3,4	5,8	1,2	1,6	72,5	78,7
FRANÇA	6,3	9,9	4,8	7,7	1,5	2,2	76,0	78,4
GRÉCIA	3,3	7,1	2,0	5,3	1,3	1,8	60,2	74,8
HOLANDA	7,1	7,0	5,6	5,3	1,5	1,7	80,0	75,0
ITÁLIA	5,9	7,6	5,3	5,3	0,6	2,3	88,5	69,9
LUXEMBURGO	3,8	7,1	-	6,5	-	0,6	-	91,8
PAÍSES BAIXOS	7,0	8,5	5,0	6,1	2,0	2,4	71,7	72,0
REINO UNIDO	5,3	6,7	4,7	5,7	0,6	1,0	89,7	84,5
ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	7,8	14,0	3,2	6,5	4,6	7,5	40,8	46,7
UNIÃO EUROPEIA <sup>1</sup>	5,7	7,9	4,6	6,1	1,1	1,8	76,8	76,5
OCDE <sup>1</sup>	5,6	7,8	4,3	5,8	1,3	2,0	72,2	74,7

<sup>1</sup> Média aritmética não ponderada.  
Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998

**Gráfico 1 - Despesas de saúde nos países da UE  
Em % do PIB, 1997**



\*Média aritmética não ponderada.  
Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998

O valor de 1997 ultrapassa já, portanto, quer a média dos países da OCDE (7,8 % do PIB) quer a média da União Europeia (7,9 % do PIB).

Por outro lado, o crescimento, em termos nominais, das despesas de saúde em Portugal ultrapassou largamente o ritmo de crescimento do PIB, embora com flutuações ao longo dos tempos: na década de 70 o excedente desse crescimento, em termos de taxa de crescimento anual média, em relação ao PIB, foi de 9,4 % (4,1 % na média da União Europeia e 3,8 % na média da OCDE), na década de 80 esse excedente passou para 1,5 % (0,6 % na União Europeia e 1,1% na OCDE) e na década de 90 voltou a subir, atingindo 3,6 % (1,2 % na União Europeia e 1,5 na OCDE).

No entanto, em proporção do total, as despesas privadas de saúde em Portugal são elevadas e superiores às de todos os países da OCDE, com excepção apenas da Coreia do Sul e dos Estados Unidos da América. Assim, as despesas privadas representam em Portugal 40 % do total das despesas de saúde contra 23,5 % na média da União Europeia e de 25,3 % na média da OCDE. Isto significa que, em termos de repartição entre o público e o privado, não se pode concluir que em Portugal o peso do sector público seja exagerado, sendo a questão outra – a do elevado peso em termos de PIB que representam as despesas totais e o seu ritmo de crescimento.

Não obstante esta conclusão, em termos de despesas de saúde por habitante (*Quadro VII*), verifica-se que, com a excepção da Grécia, ainda não foi atingido o nível de despesa *per capita* dos restantes países da União Europeia e isto apesar do pronunciado e constante crescimento das mesmas ao longo dos últimos 20 anos, que permitiu uma convergência também a este nível – em 1974, as despesas por habitante em Portugal eram apenas 26,3 % das despesas por habitante da Suécia (país que neste indicador apresentava, nesse ano, o valor mais elevado) enquanto que, em 1997, essas despesas são de 48,2 % do correspondente valor registado no Luxemburgo (país que, neste ano, apresenta o valor mais elevado).



**QUADRO VII**  
**DESPESAS TOTAIS DE SAÚDE POR HABITANTE**  
**(EM DÓLARES EUA NA BASE DA PARIDADE DOS PODERES DE COMPRA)**

PAÍSES	ANO	
	1974	1997
PORTUGAL	105	1125
ALEMANHA	316	2339
ÁUSTRIA	254	1793
BÉLGICA	229	1747
DINAMARCA	344	1848
ESPAÑA	162	1168
FINLÂNDIA	254	1447
FRANÇA	326	2103
GRÉCIA	87	974
HOLANDA	190	1324
ITÁLIA	259	1589
LUXEMBURGO	227	2340
PAÍSES BAIXOS	346	1825
REINO UNIDO	237	1347
SUÉCIA	399	1728

Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998

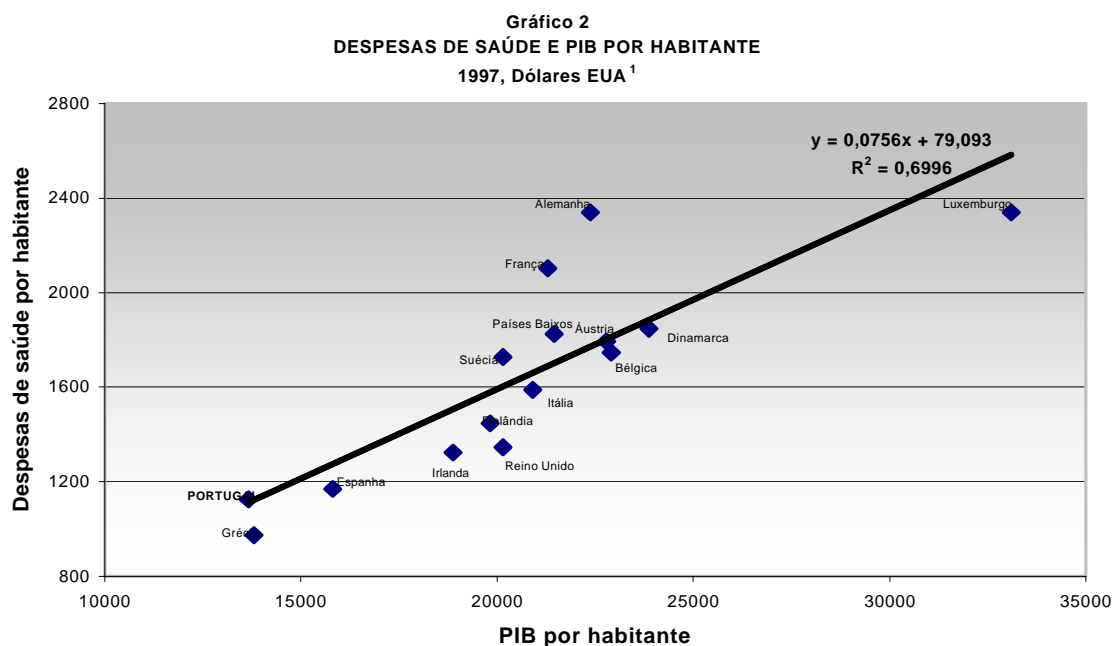
A evolução das despesas com a saúde em Portugal pode ser vista, assim, de várias perspectivas.

Por um lado, verifica-se um rápido crescimento das despesas totais com a saúde, em ritmo mais rápido que o do crescimento do PIB, que elevou o nível das mesmas para valores mais altos que os registados na média, quer da OCDE quer da União Europeia. Em consequência, ao atingirem 1125 dólares por habitante (na base da paridade dos poderes de compra) elas ultrapassam já, ainda que ligeiramente, o nível que, no *Quadro* europeu, seria “previsível” tendo em conta o PIB por habitante de Portugal (*Gráfico 2*).

Esse crescimento é, desse modo, explicável, em primeira linha, pelo próprio desenvolvimento económico do País e seus vários reflexos (designadamente o aumento do rendimento per *capita*, que motiva maior procura de cuidados de saúde, e, do lado da oferta, a abertura de novos hospitais e centros de saúde, donde deriva uma maior acessibilidade a esses cuidados). Mas também encontra explicação em factores mais gerais e não específicos da realidade portuguesa, como os seguintes:



- a evolução demográfica, traduzida num aumento da esperança de vida que determina um rápido envelhecimento da população (o número de pessoas com mais de 65 anos passou de 11,4% da população total em 1981 para 14,8 % em 1995) e, naturalmente, uma maior pressão sobre os cuidados de saúde (estima-se que as pessoas com mais de 60 anos consomem 4 vezes mais serviços de saúde que as restantes) – a OCDE calcula que as despesas de saúde em Portugal podem aumentar de cerca de 3 pontos do PIB até ao ano 2030 devido apenas ao envelhecimento da população<sup>43</sup>;



<sup>1</sup> Despesas totais de saúde e PIB por habitante convertidos em dólares dos EUA às taxas de câmbio baseadas na paridade dos poderes de compra  
Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998

- o desenvolvimento de novas tecnologias, que possibilitou progressos sensíveis por exemplo quanto a meios complementares de diagnóstico e de terapêutica;
- a evolução dos preços relativos dos cuidados de saúde em relação com o nível geral dos preços: entre 1991 e 1996 aqueles preços tiveram um aumento duas vezes mais rápido que este nível geral, o que ficou a dever-se à evolução do preço dos serviços médicos e paramédicos e ao preço do material terapêutico, sendo de referir que se a maior parte do preço dos cuidados de saúde é reduzida no contexto europeu, os honorários dos serviços privados assegurados por médicos generalistas, especialistas e dentistas era superior em 1993 em 30 % à média desses serviços na União Europeia.

<sup>43</sup> Cf. Études économiques de l'OCDE, Portugal – 1998, Paris, págs. 76 e 77.



O peso atingido pelas despesas totais com a saúde, que é globalmente muito significativo, está ainda desfasado dos padrões que se podem retirar da sua comparação com a média dos países da OCDE e da União Europeia em termos de repartição entre despesas públicas e despesas privadas. Por outro lado, dado que, conforme se verá a seguir, apesar dos progressos substanciais verificados, o estado de saúde da população portuguesa é ainda susceptível de ser melhorado de acordo com os padrões europeus, o crescimento das despesas de saúde é susceptível de ainda se fazer sentir no futuro, a menos que sejam obtidos ganhos de eficiência.

## 2.2. EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE

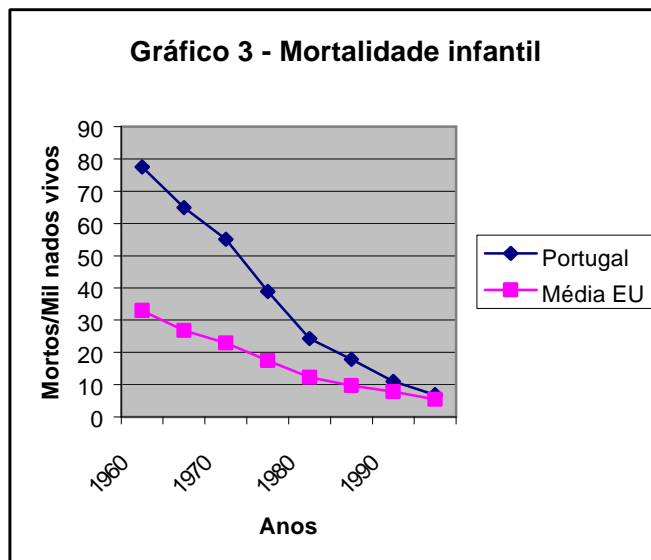
É sabido que o estado de saúde de uma população é uma realidade complexa, influenciada por múltiplos factores e difícil de medir. No entanto, na base dos indicadores objectivos que são normalmente usados para este efeito, é inquestionável que o estado de saúde dos portugueses melhorou consideravelmente nas últimas décadas.

Assim, a *taxa de mortalidade infantil* baixou de 77,5, em 1960, para 37,9, em 1974, e continuou a sua tendência descendente até atingir 6,9, em 1996, sendo os valores homólogos para a média da União Europeia, respectivamente, de 33, 18 e 5,4 e para a média da OCDE, respectivamente, de 37,6, 22,7 e 7,6 (*Gráfico 3*). Portugal é, no entanto, ressalvado o caso da Grécia com 7,3 %, o país que apresenta, em 1996, a taxa mais elevada de toda a União Europeia.

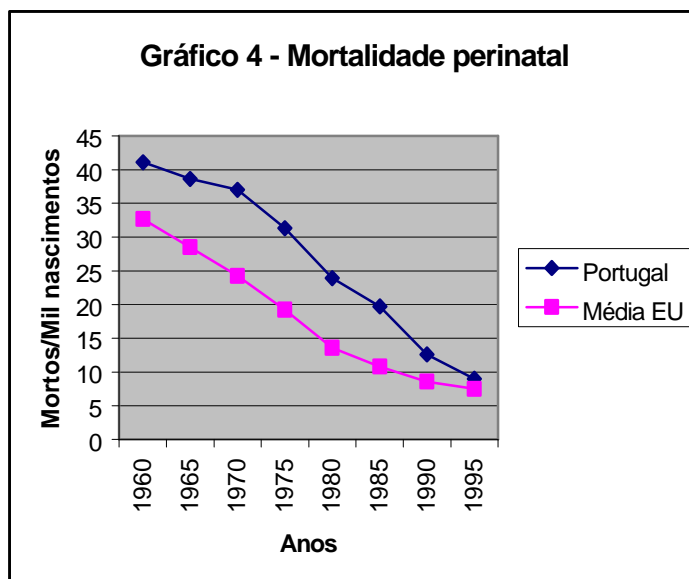
Por sua vez, a *taxa de mortalidade perinatal* era de 41,1, em 1960, passou para 32,2, em 1974, e desceu para 9, em 1995, (8,4 em 1996), o que ganha algum significado comparativamente com a média da União Europeia e da OCDE que apresenta, respectivamente, os valores de 32,7 e 30,64 em 1960, 20,2 e 20,1 em 1974 e 7,51 e 7,47 em 1995 (*Gráfico 4*). Contudo, neste indicador, Portugal, no *Quadro* da União Europeia, também só é ultrapassado pela Grécia.

Por seu lado, a *esperança de vida* conheceu também melhorias significativas:

- Para os *homens* à nascença passou de 61,7 anos em 1960 (67,7 na média da União Europeia e 66 na média da OCDE) para 71,2 anos em 1996 (73,9 na média da União Europeia e 73,3 na média da OCDE) e para os homens aos 40 anos passou, naquele período, de 31,9 para 34,6 (de 32,5 e 36,2 para 36,2 e 41,6 na média da União Europeia e da OCDE, respectivamente);
- Para as *mulheres* à nascença passou de 67,2 em 1960 (72,5 na média da União Europeia e 70,8 na média da OCDE) para 78,5 em 1996 (80,2 na média da União Europeia e 79,6 na média da OCDE) e para mulheres aos 40 anos passou, no mesmo período, de 36,2 para 40,2 (de 36,5 e 36,2 para 41,8 e 41,6 na média da União Europeia e da OCDE, respectivamente).



Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998



Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998



Finalmente, o número de anos de vida potencial perdidos (todas as causas, excepto suicídios, por cada 100 000 pessoas – homens: 0 – 69 anos) diminuiu de 23 044 em 1960 (12696 e 13263 na média da União Europeia e da OCDE, respectivamente), para 16 039 em 1974 (10 393 e 10 872 na média da União Europeia e da OCDE, respectivamente) e para 8 836 em 1994 (6389 e 7049 na média da União Europeia e da OCDE, respectivamente)<sup>44</sup>.

**QUADRO VIII**  
**O ESTADO DA SAÚDE – ALGUNS INDICADORES**

PAÍSES	ANOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS <sup>1</sup> (1994)	ESPERANÇA DE VIDA DOS HOMENS (ANOS) 1994		
		À NASCENÇA	Aos 40 ANOS	Aos 65 ANOS
PORTUGAL	8836	71,2	34,6	14,3
ALEMANHA	6697	73,6	35,5	14,9
BÉLGICA	-	74,3	36,4	15,3
DINAMARCA	-	72,8	-	14,2
ESPAÑA	7010	74,4	36,7	15,8
FRANÇA	6976	74,1	36,4	16,1
GRÉCIA	6189	75,1	37,4	16,1
ITÁLIA	-	74,9	-	15,7
PAÍSES BAIXOS	5168	74,7	35,8	14,4
REINO UNIDO	5669	74,4	-	14,7
ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	8519	72,7	35,9	15,7
UNIÃO EUROPEIA <sup>1</sup>	6389	73,9	36,2	15,2
OCDE	7049	73,3	36,1	15,2

<sup>1</sup> Todas as causas excepto suicídios-Anos/100 000 homens, 0-69.

<sup>2</sup> Média aritmética não ponderada.

Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998

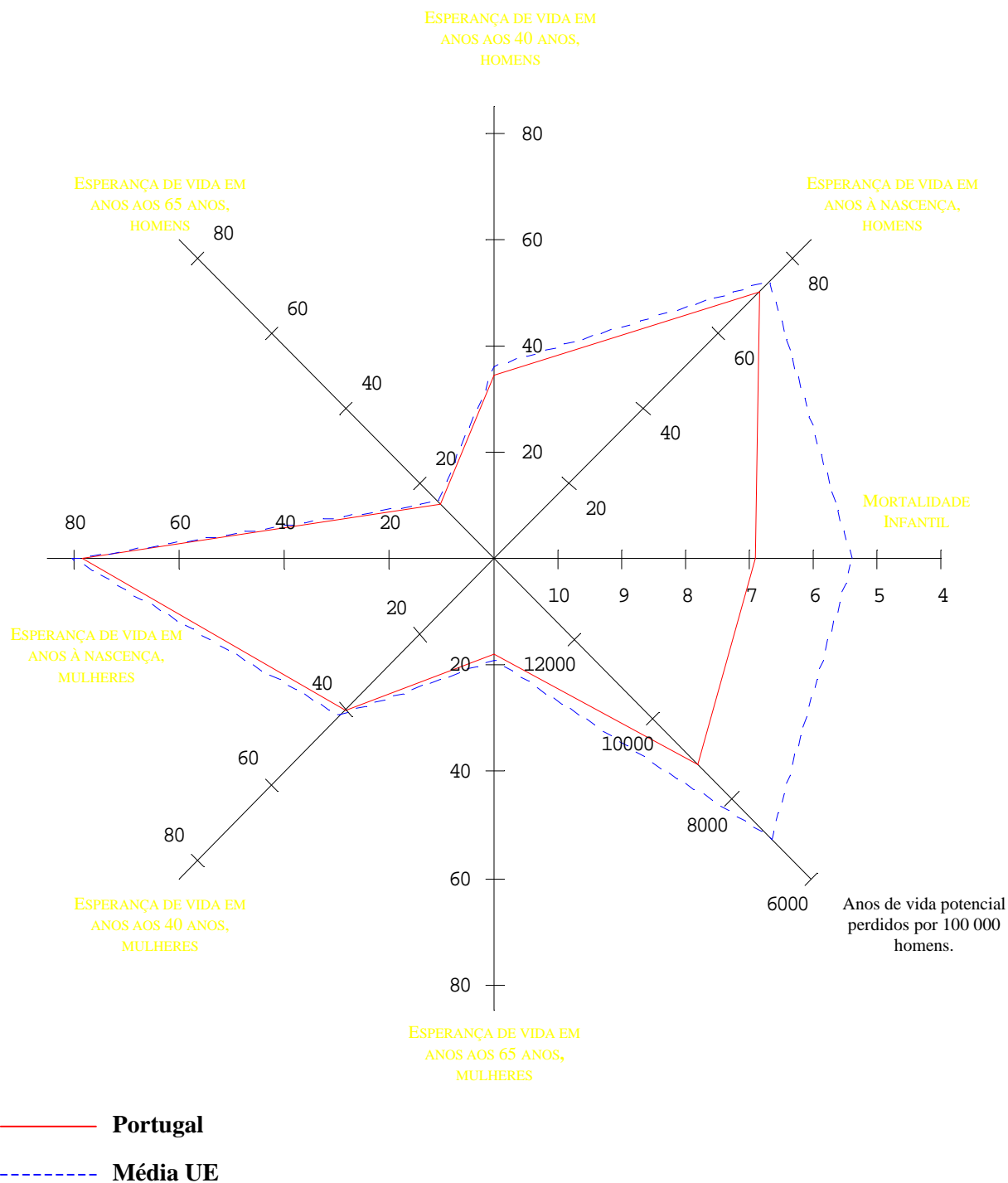
Apesar destes consideráveis progressos, qualquer que seja o indicador utilizado Portugal está ainda abaixo da média dos países da União Europeia e da OCDE, o que significa que existe ainda um caminho a percorrer no sentido da melhoria das condições de saúde dos portugueses<sup>45</sup>. Isso é particularmente visível nos indicadores relativos ao número de anos de vida potencialmente perdidos e mortalidade infantil (*Gráfico 5*). Como causas explicativas

<sup>44</sup> Deverá, no entanto, salientar-se a influência que têm neste indicador, no caso de Portugal, os acidentes rodoviários, em que o número de anos de vida potencialmente perdidos foram, em 1994 de 1 035, contra 647 na média da OCDE, sendo o nosso país o que apresenta o número mais elevado em toda a Europa.

<sup>45</sup> Veja-se também EUROPEAN COMMISSION, *The State of Health in the European Community*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1996.

são geralmente apresentados os índices de incidência de tumores malignos, acidentes cérebro-vasculares, cirrose do fígado e doenças pulmonares.

**GRÁFICO 5 - INDICADORES DE SAÚDE (1996<sup>1</sup>)**



<sup>1</sup> Excepto anos de vida potencial perdidos ( homens – todas as causas excepto suicídios ) que se reporta a 1994  
 Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998



Acresce que existem pronunciadas assimetrias regionais nos indicadores de saúde, explicadas não só pelas diferenças de rendimento e de instrução mas também pelas diferentes possibilidades de acesso a cuidados de saúde e também por uma desigual eficácia dos próprios serviços de saúde. Assim – *Quadro IX* - na região Norte a mortalidade infantil apresenta-se muito mais elevada do que na Região de Lisboa e Vale do Tejo e na média nacional, sendo ainda largamente ultrapassada pela verificada nas Regiões Autónomas. Por sua vez, fruto da concentração dos médicos nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Centro, a densidade de médicos por cada mil habitantes apresenta um défice acentuado em todas as outras regiões do País. Idênticas assimetrias, com excepção da Regiões Autónomas, se verificam no indicador do total de camas para internamento geral por cada mil habitantes.

## QUADRO IX

### DADOS REGIONAIS RELATIVOS À SAÚDE

	NORTE	CENTRO	LISBOA E VALE DO TEJO	ALENTEJO	ALGARVE	REGIÕES AUTÓNOMAS	TOTAL
<b>ESTADO DA SAÚDE EM 1997</b>							
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	7,1	5,6	5,8	5,2	6,0	8,8	6,4
DENSIDADE DE MÉDICOS <sup>1</sup>	2,6	3,0	4,1	1,4	2,1	1,5	3,1
CAMAS DE HOSPITAL PARA INTERNAMENTO GERAL <sup>1</sup>	3,7	4,9	4,9	3,0	2,2	6,8	4,4
NÚMERO DE HOSPITAIS <sup>2</sup>	63	41	79	10	6	16	215
<b>ESTABELECIMENTOS OFICIAIS DE SAÚDE POR REGIÃO –1997</b>							
<b>CENTROS DE SAÚDE:</b>							
NÚMERO	123	86	86	47	16	28	386
CAMAS	699	419	191	291	211	437	2248
<b>HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS:</b>							
NÚMERO	37	27	45	7	3	4	123
CAMAS <sup>3</sup>	10 250	7 451	13 243	1 330	707	1 599	34 580

<sup>1</sup> Total, oficiais e particulares, por 1000 pessoas

<sup>2</sup> Oficiais e particulares

<sup>3</sup> Para internamento geral – lotação oficial

Fonte: INE, *Estatísticas da Saúde*, 1997  
INE, *Estatísticas Demográficas*, 1997

Estas disparidades regionais são também assinaladas no estudo da OCDE sobre Portugal<sup>46</sup> publicado em 1998, aí se sublinhando que essas disparidades são, em geral, maiores que as disparidades entre os Estados membros da União Europeia, e mesmo as regiões portuguesas que se encontram numa situação mais favorável no plano de saúde, estão ainda longe de atingir o último dos países europeus. Acentua-se, ainda, que a grande diferenciação regional observada em Portugal, se deve, em parte, às diferenças existentes ao nível da densidade de médicos e do número de camas de hospital por cada mil pessoas. A região de Lisboa e Vale do Tejo caracteriza-se por um estado de saúde mais satisfatório, dado que dispõe de uma densidade de médicos e de número de camas de hospital por cada mil habitantes mais elevada.

<sup>46</sup> *Études économiques de l'OCDE, Portugal – 1998*, Paris, págs. 63 e segs

### 2.3. ESTRUTURA DAS DESPESAS DE SAÚDE

Analisando a estrutura das despesas de saúde em Portugal ( *Quadro X* ), verifica-se que são as *despesas hospitalares* com 3 % do PIB (2,8% de despesas públicas e 0,2% de despesas privadas) em 1995 contra 2,1% em 1990 e 1,7% em 1985, as que representam maior peso, ainda que inferior à média da OCDE (3,3% do PIB, em 1995 ). Aliás, as despesas públicas relativas ao sector hospitalar representam mais de metade das despesas públicas de saúde e são as que registam maior crescimento relativo na última década.

**QUADRO X**  
**ESTRUTURA DAS DESPESAS COM A SAÚDE**  
**PORTUGAL VS MÉDIA OCDE**  
**EM % DO PIB**

DESPESAS COM A SAÚDE	ANO		
	1985	1990	1995
<b>HOSPITAIS</b>	1,7	2,1	3,0
<b>PÚBLICOS</b>	1,4	1,9	2,8
<b>PRIVADOS</b>	0,3	0,2	0,2
<b>MÉDIA OCDE</b>	3,4	3,4	3,3
<b>CUIDADOS AMBULATÓRIOS <sup>1</sup></b>	1,7	1,5	2
<b>MÉDIA OCDE</b>	1,3	1,3	1,5
<b>PRODUTOS FARMACÊUTICOS</b>	1,6	1,6	2,1
<b>PÚBLICOS</b>	1,0	1,0	1,3
<b>PRIVADOS</b>	0,6	0,6	0,8
<b>MÉDIA OCDE</b>	0,9	1	1,2

<sup>1</sup> DESPESAS PÚBLICAS  
FONTE: ECO-SANTÉ OCDE, 1998

As *despesas de saúde com os produtos farmacêuticos* representam, comparativamente ao PIB, um nível de 2,1% em 1995 (1,3% de despesas públicas e 0,8% de despesas privadas), contra 1,6% em 1990 e 1985, situando-se a média da OCDE em 1,2% do PIB, em 1995, Portugal é, assim, o país da OCDE que maior soma de recursos afecta, em termos de PIB, a produtos farmacêuticos.



A terceira categoria de *despesas de saúde* são as *relativas a cuidados ambulatoriais* prestados em hospitais públicos, cujas despesas têm aumentado mais lentamente, representando 2,0% do PIB, em 1995, contra 1,5%, em 1990 e 1,7%, em 1985, apesar da média da OCDE ser inferior (1,5% do PIB, em 1995).

Desta análise resulta que as *despesas com produtos farmacêuticos* constituirão o maior problema, o que é comprovado pela sua evolução recente: de 1985 a 1990 mantiveram-se em 1,6% do PIB, para a partir deste ano terem um crescimento contínuo e regular de ano para ano que as fez subir para 2,2% em 1996, praticamente o dobro da média da União Europeia, onde este tipo de despesas conhece uma certa estabilização (*Quadro XI*), e isso apesar de a evolução do preço dos medicamentos ter acompanhado de perto a evolução do nível geral de preços. Além disso, em termos de despesas por habitante, em dólares dos EUA à taxa de câmbio baseada na paridade dos poderes de compra, em Portugal gastaram-se 282 dólares, em 1996, o que, significativamente, é muito superior à média da União Europeia.

## QUADRO XI

### DESPESAS EM PRODUTOS FARMACÊUTICOS

PAÍSES	EM % DO PIB		DESPESAS POR HABITANTE <sup>1</sup>	
	1990	1996	1990	1996
PORTUGAL	1,6	2,2	153	282
ALEMANHA	1,2	1,3	182	289
ÁUSTRIA	0,9	1,1	159	247
BÉLGICA	1,2	1,4	194	306
DINAMARCA	0,6	0,7	95	165
ESPAÑA	1,2	1,5	145	223
FINLÂNDIA	0,8	1,1	122	209
FRANÇA	1,5	1,6	256	337
GRÉCIA	1,3	1,8	119	236
HOLANDA	0,8	0,7	88	126
ITÁLIA	1,5	1,4	242	284
LUXEMBURGO	1,0	0,8	223	250
PAÍSES BAIXOS	0,8	0,9	127	193
REINO UNIDO	0,8	1,1	132	218
SUÉCIA	0,7	1,1	120	218
MÉDIA UE	1,1	1,2	157	239

<sup>1</sup> Em dólares dos EUA, com base na paridade dos poderes de compra.  
Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998



Por outro lado, cerca de 40 % das despesas totais com medicamentos são suportadas pelo SNS, para o que contribui o facto de a partir de meados de 1995 os medicamentos prescritos pelo sector privado (por médicos em consultório particular) passarem a ser comparticipados pelo SNS. No entanto, as despesas privadas com medicamentos em proporção do PIB são também muito significativas – em 1995, apenas os Estados Unidos da América (com 1 % do PIB) ultrapassam Portugal (com 0,8 %). Aliás, à mesma conclusão se chega analisando o inquérito aos orçamentos familiares – em 1994/95, 39 % das despesas com a saúde das famílias portuguesas era consumido por medicamentos, peso que se eleva para as idades superiores a 65 anos (nestas idades, os indivíduos só gastavam 52 % do seu orçamento com a saúde em medicamentos, enquanto que para os casais os gastos deste tipo representavam quase 55 % da sua despesa com a saúde)<sup>47</sup>.

## 2.4. CONCLUSÕES

O sistema de saúde português é claramente um sistema misto. Os dois sistemas (público e privado) apresentam características de complementaridade, isto porque os serviços públicos estão cada vez mais vocacionados para as urgências, enquanto os serviços privados são exclusivamente programados e eminentemente vocacionados para o trabalho ambulatorio. Por outro lado, a oferta de serviços de saúde de elevada complexidade e exigentes de alta tecnologia são deixados para o Estado, enquanto os privados apostam em cuidados de saúde de baixa complexidade e menos exigentes tecnologicamente.

As despesas de saúde em Portugal, que atingiram, em 1997, 8,2% do PIB, o que ultrapassa, quer a média da OCDE (7,8 %) quer a média da União Europeia (7,9 %), têm, nos últimos anos (1970/1996), crescido a um ritmo elevado, superior ao crescimento do próprio PIB. No entanto, o peso das despesas públicas no total das despesas totais de saúde era apenas de 60 % do total, o que comparativamente com outros países, não permite concluir que o peso do sector público seja exagerado. Por outro lado, em termos de despesa de saúde por habitante ainda nos situamos a um nível relativamente modesto, embora já ligeiramente acima do que em termos médios seria “previsível” em face do rendimento *per capita*.

Nestes termos, a questão está em saber se aos aumentos das despesas de saúde tem correspondido uma melhoria na mesma proporção do estado de saúde da população e se o País está em condições de continuar a registar os níveis de crescimento deste tipo de despesas que se tem verificado.

A este respeito, mau grado as melhorias muito significativas verificadas, nas últimas décadas, nos indicadores de saúde (mortalidade infantil, mortalidade perinatal, esperança de vida, número de anos de vida potencial perdidos), Portugal, qualquer que seja o indicador utilizado, está ainda abaixo das médias dos países da União Europeia e da OCDE, o que significa que existe ainda um esforço a fazer no sentido da melhoria das condições de saúde dos portugueses e da correcção das assimetrias regionais ainda muito pronunciadas que existem.

---

<sup>47</sup> INE, Inquérito aos orçamentos familiares, Resultados 1994/95, Lisboa, 1997.



Estes factos têm levado a que o sector da saúde seja particularmente visado nas recomendações dos organismos internacionais que têm analisado recentemente a situação da economia e das finanças públicas portuguesas.

Assim, a *OCDE* dedicou parte do seu relatório anual de 1998 sobre a economia portuguesa à situação do sistema de saúde tendo concluído que a evolução positiva registada nos indicadores de saúde é, ainda, insuficiente em termos relativos, pelo que o forte aumento das despesas com cuidados de saúde dever-se-ia traduzir por melhorias mais significativas e, mais uniformes no que se refere ao estado da saúde dos portugueses, formulando, em consequência, o juízo de que o “sistema de saúde em Portugal se caracteriza por uma relativa falta de eficiência”<sup>48</sup>.

Por sua vez, o *Fundo Monetário Internacional (FMI)*, no quadro da análise anual da economia portuguesa, enfatizou, em 1998, a necessidade prioritária de reforma do sistema de saúde dado que ele é, no nosso país, a fonte de pressão mais importante sobre a despesa pública e que tendo as despesas com a saúde crescido em Portugal mais rapidamente que nos outros países europeus, ultrapassando a média registada na União Europeia quanto ao peso dessas despesas no PIB, sem que tal seja acompanhado de ganhos proporcionais nos cuidados de saúde, isso reflecte a ineficiência do seu funcionamento<sup>49</sup>.

Por último, no âmbito da *União Europeia*, multiplicam-se as referências à necessidade de uma reforma estrutural no sector da saúde. Assim a “Recomendação da Comissão relativa às Grandes Orientações das Política Económicas dos Estados membros e da Comunidade”, elaborada em conformidade com o actual art.º 99.º, parágrafo 2 do Tratado que institui a Comunidade Europeia, salienta, no caso português, a necessidade de dedicar particular atenção, na execução orçamental, em especial às despesas de saúde, de modo a obter uma melhoria orçamental eficaz e durável<sup>50</sup>.

Verifica-se, deste modo, uma grande unanimidade sobre a relativa ineficiência do sistema de saúde e a prioridade da sua reforma.

Em termos de estrutura das despesas de saúde, não pode deixar de assinalar-se o crescimento muito acentuado da componente relativa a produtos farmacêuticos nos últimos anos, que as fez subir em 1996 para 2,2 % do PIB, o que é praticamente o dobro da média da União Europeia, realidade que se reflecte no nível das despesas por habitante, sendo o valor de 282 dólares em 1996 muito superior à média da União Europeia.

<sup>48</sup> *Études économiques de l'OCDE, Portugal – 1998*, pág. 65.

<sup>49</sup> Veja-se, por exemplo, a nota publicada pelo FMI sobre o resultado das consultas havidas em 1998 ao abrigo do art.º IV do seu “Agreement” in INTERNATIONAL MONETARY FUND, *Public Information Notice (PIN) n.º 98/82*, November 2, 1998.

<sup>50</sup> COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES, Bruxelles, le 30.03.1999, COM(1999) 143 final, pág. 38. No mesmo sentido genérico vejam-se as conclusões do Conselho ECOFIN, de 8 de Fevereiro de 1999, ao analisar o “Programa de Estabilidade de Portugal (1999-2002)”.

### **3 - FINANCIAMENTO E SITUAÇÃO ECONÓMICO - FINANCEIRA DO SNS**

#### **3.1. O ESFORÇO FINANCEIRO DO ESTADO**

Quando se perspectiva o esforço financeiro do Estado com o Sistema de Saúde, importa ter presente que ele não se reduz ao canalizado para o SNS, dado que é ao Estado que cabe o ónus de suportar os encargos, nos termos legais, com beneficiários de subsistemas de saúde públicos.

A análise que se levará a cabo neste capítulo tem, no entanto, como objectivo fundamental o sistema de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, critérios adoptados, necessidades financeiras do sistema e evolução da sua situação financeira ao longo dos últimos cinco anos. Complementarmente, dada a sua relevância financeira, destacar-se-á a problemática específica dos encargos com medicamentos e, dadas as suas implicações no plano legal e orçamental, a questão da regularização da dívida do SNS com recurso à dívida pública.

#### **3.2. O FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

O sistema de financiamento da saúde em Portugal caracteriza-se essencialmente por ser baseado no *imposto*, na medida em que o Orçamento do Estado constitui a principal fonte dos recursos financeiros do Serviço Nacional de Saúde, pois ao Estado compete, constitucionalmente, garantir os recursos necessários à prossecução dos fins que ele próprio se propôs realizar em matéria de saúde, com vista a permitir o acesso e a prestação de cuidados de saúde às populações.

Muitas críticas têm sido tecidas relativamente ao sistema de saúde, cujo deficiente funcionamento pode ser caracterizado pelos seguintes aspectos:

- Má repartição estratégica dos recursos, cuja concepção assenta essencialmente num modelo curativo e prescritor, e não preventivo;
- Incapacidade de racionalização dos gastos permitindo orientar os recursos para os grupos mais carentes;
- Ineficiências e desperdícios.

A complexidade e a delicadeza desta questão tem levado a diversas formas de reflexão, a nível nacional, no sentido de produzir um diagnóstico realista da situação, e tentar fornecer contributos para a busca de soluções que permitam uma reforma profunda do sistema de saúde português, socialmente adequada e sustentada financeiramente.



Vejam os em que bases têm sido definidos os critérios de financiamento dos Serviços de Saúde e a avaliação que se pode fazer em termos de necessidades financeiras do sistema.

### 3.2.1. CRITÉRIOS DE FINANCIAMENTO

Durante alguns anos predominou em Portugal o financiamento dos serviços de saúde numa base incremental, admitindo-se de forma algo arbitrária e pouco racional um acréscimo a considerar no orçamento da despesa do ano anterior, desprovida de aderência às reais necessidades dos serviços, e sem ter em consideração a produção estimada e, bem assim, a casuística da actividade hospitalar associada à tipologia da sua produção expressa pela proporção dos vários tipos de doentes tratados (índice de *case-mix*).

A partir da década de oitenta, iniciou-se a implementação do sistema de codificação de patologias, agrupando-as numa espécie de *pacote* de cuidados médicos essenciais por patologia, associando-os a um dado grupo de doentes em internamento, sistema que se designou por *GDH*<sup>51</sup>, ao qual foi atribuído um preço.

Pretendia-se, deste modo, associar de forma mais racional o financiamento ao tipo, variedade e complexidade dos cuidados médicos, e, bem assim, aos meios complementares de diagnóstico essenciais para o tratamento de uma dada patologia, aproximando, desta forma, o financiamento do tipo de produção hospitalar. Não obstante, e mesmo considerando a adequabilidade dos financiamentos das instituições de saúde em função das suas produções estimadas, os financiamentos nunca foram de acordo com tais estimativas, na medida em que sempre se pautaram pela insuficiência de meios, daí derivando as situações deficitárias que têm caracterizado o sistema de saúde.

*O financiamento com base nos GDH só se inicia, na prática, a partir de 1997, conforme salienta o IGIF nos seus comentários.*

A partir de 1996, introduz-se a figura da *contratualização*<sup>52</sup>, consistindo este modelo em os hospitais serem contratados para, prospectivamente, prestarem cuidados de determinado tipo a doentes com uma dada patologia. Definem-se, assim, tipo, quantidade e qualidade de cuidados a prestar e para cada *produto* contrata-se um preço<sup>53</sup>.

*Apesar de o IGIF nos seus comentários salientar que a contratualização está ainda longe da sua concretização, e que a mesma corresponde a uma nova perspectiva de encarar o financiamento dos serviços que se pretende incrementar no SNS, há que reconhecer, de facto, a existência, ainda que incipiente, de algumas experiências neste domínio.*

<sup>51</sup> *Grupos de Diagnóstico Homogéneo*, critério aplicável, apenas, ao internamento, estando previsto para o ambulatório a futura introdução dos *GDA*.

<sup>52</sup> Cfr. 1.5.2. do Cap. II.

<sup>53</sup> Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma Reforma Estrutural, Lisboa, 1998, págs. 152 e segs.

Os orçamentos dos hospitais passam, pois, a traduzir um volume de produção estimada, a qual representa um compromisso de nível de actividade esperada, tendo em conta o seu *case--mix*, recebendo, como contrapartida, o adequado financiamento por meio do recebimento do respectivo preço aplicável nas diferentes patologias tratadas. Constituem, deste modo, os *orçamentos - programa*.

A contratualização permite, assim, aproximar, tanto quanto possível, o financiamento da produção, introduzir maior nível de responsabilização dos entes envolvidos em todo o processo, e, bem assim, inverter a tradicional fórmula de pagamento retrospectivo, com base nas despesas, em favor de um modelo de pagamento prospectivo, com base nas necessidades, assente em clara separação da função de pagador-prestador.

Não obstante, o actual sistema de financiamento do Serviço Nacional de Saúde é um sistema misto, uma vez que prevê o pagamento de uma parte da produção hospitalar, a do internamento, utilizando os *GDM*, e, no que concerne ao ambulatório, utiliza o histórico, inflacionado, para a restante produção hospitalar – pagamento retrospectivo/pagamento ao acto<sup>54</sup>.

*Em razão da matéria exposta, registam-se os esclarecimentos prestados pelo IGIF acerca dos critérios de financiamento das IOS que têm vigorado desde 1997, os quais já tendem para a adopção de ajustamentos dos mesmos pela produção e aproximação sistemática às características regionais e demográficas, o que se verificou já para os orçamentos de 1999, com adopção do financiamento de base capitacional ajustado para cada região, e ajustamento pela carga da doença. Neste sentido, destacam o facto de esta metodologia poder implicar repercussões no controlo dos encargos e no seu crescimento sustentado.*

### 3.2.2. NECESSIDADES FINANCEIRAS DO SNS

As necessidades financeiras do SNS estão evidenciadas, no *Quadro XII* onde se estabelece, a comparação entre as previsões de encargos (orçamentos económicos) das instituições do SNS, e os recursos financeiros que lhes foram anualmente disponibilizados na sequência da aprovação do OE<sup>55</sup>, com incidência, também, na sua evolução ao longo do quadriénio 1994/1997.

---

<sup>54</sup> Maria do Céu Valente, *Perspectivas Futuras do Modelo de Financiamento*, 1998.

De referir que, actualmente, se encontram em vias de introdução os GDA (Grupos de Diagnóstico do Ambulatório), que permitirão a fixação de um critério de financiamento mais consentâneo com a prestação de cuidados em regime de ambulatório.

<sup>55</sup> Considerando nestes a dotação do Orçamento do Estado e receitas próprias das Instituições.



## QUADRO XII NECESSIDADES FINANCEIRAS DO SNS

(Em milhares de contos)

ANOS	Orçamento Económico (Encargos) (1)	ORÇAMENTO FINANCEIRO			A (3)/(1) %	B (2)/(4) %	Diferenças (4)-(1)
		Anos Anteriores (2)	Ano Corrente (3)	Total (4)			
1994	623 844	116 717	480 432	597 149	77	19.5	- 26 695
1995	684 690	119 416	515 952	635 368	75	18.8	- 49 322
D %95/94	8.8	2.3	7.4	6.4			
1996	798 087	140 539	570 406	710 945	71.5	19.7	- 87 142
D %96/95	16.6	17.6	10.5	11.9			
1997 <sup>56</sup>	879 111	139 551	614 372	753 923	70	18.5	-125 188
D %97/96	10	-0,7	7.7	6			

Fonte: Orçamentos económicos e financeiros das Instituições de Saúde (IGIF)

As conclusões possíveis de extrair da sua observação configuram os seguintes aspectos:

- Os valores contidos no quadro supra evidenciam um nítido desfasamento entre as necessidades financeiras anuais das instituições de saúde para fazer face aos seus compromissos e as dotações transferidas pelo Orçamento do Estado acrescidas de receitas próprias das Instituições.
- O grau de cobertura dos encargos anualmente previstos contrair quedou-se por valores na ordem dos 73%, evidenciando uma tendência decrescente, ou seja, uma gradual incapacidade (crescente) do OE de prover às necessidades financeiras do sistema, onde cerca de 20% do orçamento financeiro anual das Instituições foi destinado a cobrir os encargos contraídos em anos transactos, potenciando, desta forma, o aparecimento dos défices anuais que têm caracterizado o sistema de saúde.
- Em termos de crescimento ao longo do quadriénio, observa-se uma evolução bem mais acentuada no que concerne às necessidades financeiras do que nos financiamentos do Estado, na medida em que as diferenças de financiamento tendem a acentuar-se ao longo dos anos (destacando-se o ano de 1997<sup>57</sup>, com uma subida de 43%), indiciando, por um lado, o crescimento das despesas do sistema de saúde, e, por outro, uma cada vez maior insuficiência dos recursos necessários, traduzindo-se tal facto num sub – financiamento crónico do sistema.

<sup>56</sup> Os valores incluídos no quadro supra, para o ano de 1997, correspondem ao total dos orçamentos de 27 Instituições Oficiais de Saúde, as quais representam 19% do universo, e, em termos financeiros, cerca de 72% do orçamento financeiro total.

<sup>57</sup> Ainda que, conforme observação formulada, estejam apenas reflectidos dados referentes a um conjunto (significativo) de 27 instituições de saúde.

Porém, apesar de o Estado dotar insuficientemente o orçamento do SNS, este, no final de cada ano, em regra, beneficia da transferência de recursos adicionais, na sequência da aprovação do Orçamento suplementar, ainda assim, insuficiente.

A conclusão da existência sistemática de *sub-financiamento* do sistema de saúde, cuja estrutura financeira assenta quase exclusivamente do Orçamento do Estado, não obsta, porém, que se questione a eficiência do funcionamento global do sistema, na perspectiva de, também, aos serviços prestadores de cuidados ser imputável uma parte da responsabilidade no controlo e sustentação (possível) das despesas, e, bem assim, na busca de ganhos reais de eficiência.

### **3.3. SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

Seguidamente far-se-á uma análise em torno da situação económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde, tendo por base a agregação dos dados recolhidos das demonstrações financeiras das IOS remetidas ao Tribunal de Contas, nos anos de 1994 a 1996, e outros obtidos junto do IGIF<sup>58</sup> (1997 e 1998).

*De referir, porém, que, face ao comentário formulado pelo IGIF nas suas alegações, a não utilização de valores consolidados se deve ao facto de, ao nível dos documentos de prestação de contas das IOS remetidos ao TC, não ser possível identificar os fluxos internos do sistema, o que permitiria uma consolidação daquela informação financeira. Deverá, contudo, salientar-se que a anulação dos fluxos inter-instituições se, por um lado, provocaria alguma redução nos montantes obtidos por “agregação”, por outro lado, não se afigura que o sentido das conclusões deles extraídas fosse substancialmente alterado.*

#### **3.3.1. SITUAÇÃO FINANCEIRA**

Para a análise da situação financeira do Serviço Nacional de Saúde, atente-se ao *Quadro XIII* seguinte, referente aos anos de 1995 a 1998.

---

<sup>58</sup> De salientar, contudo, que o confronto a que se procedeu, relativamente a 1997, entre os valores cedidos pelo IGIF e os constantes das contas remetidas ao Tribunal de Contas referentes a um conjunto de IOS, naquele ano, permitiu concluir da sua não coincidência, facto que explica as disparidades verificadas numa mesma realidade, quando relatada por duas fontes distintas (IGIF e TC).



## QUADRO XIII

### SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (1995 A 1998)

(Em milhares de contos)

	1995	1996	D %	1997	D %	1998		D %
						a)	b)	
<b>Receita Cobrada</b>	704 789	788 034	12	822 562	4	622 483	836 806	2
<b>Despesa Total</b>	804 856	900 795	12	1 047 594	16	927 406	1 166 970	11
<b>Pagamentos</b>	692 002	765 565	11	802 789	5	652 852		
<b>Dívidas</b>	112 854	135 230	20	244 805	81	274 554		
<b>Défi ce Financeiro do SNS</b>	<b>100 067</b>	<b>112 761</b>	<b>13</b>	<b>225 032</b>	<b>100</b>	<b>304 923</b>	<b>330 164</b>	<b>47</b>

a) Valores reais até 30/9/98 (os valores relativos à ARS de Lisboa e Vale do Tejo foram estimados pelo IGIF)

b) Valores previsionais para o ano

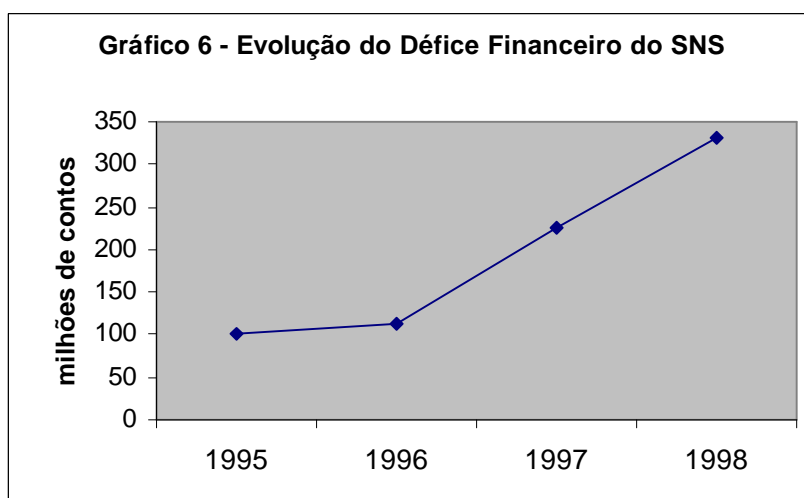
Fontes: Mapas de Fluxos Financeiros das IOS remetidos ao Tribunal de Contas (anos de 1995 e 1996)

Mapas de Situação Financeira de 1997 e 1998 (a 30/9) do IGIF

Da sua análise é possível constatar o seguinte:

- É notório o crescimento generalizado dos valores, quer da receita cobrada, quer da despesa total, facto que reflecte um acentuar do volume das despesas do sistema a um ritmo mais veloz do que as receitas, que, não obstante, evidenciam um crescimento bem mais lento.
- Os pagamentos, feitos na medida das disponibilidades de recursos do sistema, também apresentam um crescimento gradual, embora ligeiro, ficando, contudo, aquém das despesas totais, estando, pois, na base da formação das dívidas que, anualmente, são geradas no sistema, e cujo comportamento aponta para um agravamento consecutivo.
- Em consequência, as dívidas totais denotam uma tendência para um persistente agravamento, com especial incidência em 1997 (onde se registou um aumento de 81%), facto que os dados relativos a 1998 (3º trimestre) parecem comprovar. A estimativa para 1998, que aponta para um défi ce de 330 milhões de contos, significando um acréscimo de 47% face ao ano anterior, permite concluir estar-se na iminência de um substancial aumento da dívida para valores muito elevados e preocupantes.
- Os défi ces financeiros, em resultado das diferenças verificadas entre a receita cobrada e a despesa total, evidenciam valores com tendência crescente, que atingiu o seu máximo em 1997 – 100% de aumento – estimando-se, para o ano de 1998, que se situe à volta de 330 milhões de contos, assinalando, assim, um aumento de 47% face ao ano transacto. Atente-se, por conseguinte, à visualização gráfica do comportamento que se vem registando nos défi ces do SNS desde 1995:





Em conclusão, os números em apreço evidenciam a persistência da situação deficitária do sistema, em resultado de uma deficiência de natureza estrutural de incapacidade de contenção das despesas totais, e, bem assim, de sérias dificuldades por parte do Orçamento do Estado em sustentar o crescimento das despesas do SNS e assegurar a sua cobertura, a manter-se este como a sua principal fonte de financiamento.

### 3.3.2. DÍVIDAS

Na sequência do exposto, proceder-se-á, seguidamente, à análise em pormenor das dívidas a terceiros que têm caracterizado a estrutura financeira do sistema.

No *Quadro XIV* que se segue, apresentam-se as dívidas do SNS repartidas pelas instituições de saúde por elas responsáveis, bem como a sua evolução ao longo do quadriénio 1995-1998.

**QUADRO XIV**  
**DÍVIDAS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE (1995/1998)**

(Em milhares de contos)

INSTITUIÇÕES	1995		1996		1997		1998*		D % 95/96	D % 96/97	D % 96/98
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%			
<b>ARS</b>	58 352		74 196	55	135 146	55	**120 715	44	27	82	63
<b>HOSPITAIS</b>	52 238		56 903	42	102 524	42	142 876	52	9	80	151
Centrais	32 478		35 126	62	62 346	61	79 744	56	8	78	127
Distritais	18 004		19 657	34	36 372	35	57 768	40	9	85	194
Nível 1	1 756		2 120	4	3 806	4	5 364	4	21	80	153
<b>IPO e PSIQUIATRIA</b>	1 729		3 513	3	6 320	3	9 842	4	103	80	180
<b>OUTROS</b>	535		618		815		1 121		16	32	81
<b>TOTAL</b>	<b>112 854</b>		<b>135 230</b>	<b>100</b>	<b>244 805</b>	<b>100</b>	<b>274 554</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>81</b>	<b>103</b>

\* Até 30/09/98

\*\* Não inclui a ARS Lisboa e Vale do Tejo

Fontes: Mapas de Fluxos Financeiros das IOS remetidos ao Tribunal de Contas (anos de 1995 e 1996)

Mapas de Situação Financeira de 1997 e 1998 (a 30/9) do IGIF



É possível extrair as seguintes constatações:

- Mais de metade das dívidas do SNS são geradas pelas Administrações Regionais de Saúde, situação que se mantém inalterada ao longo do quadriénio em apreço.
- Quanto ao restante, é praticamente da responsabilidade dos hospitais, que por si asseguram quase tanto quanto as ARS, com um peso no quadriénio mais ou menos constante, sendo os hospitais centrais os que mais contribuem para a formação da dívida global.
- De uma forma geral, todas as instituições viram aumentar significativamente as suas dívidas no triénio 95/97, em especial no ano de 1997, com particular destaque para os hospitais que registaram agravamentos na ordem dos 80%, em especial os distritais, e, bem assim, as ARS, que assinalam igualmente um acentuado crescimento de 82%.
- Apesar de os dados relativos a 1998 serem reportados a Setembro, os valores que são apresentados indiciam um sério agravamento da situação, no quadriénio, se for tida, ainda, em consideração a previsão do défice que aponta para valores acima de 330 milhões de contos.

Caberá, agora, analisar quais as áreas de despesa originárias das dívidas do SNS, o que é possível verificar no quadro XV que se segue:

## QUADRO XV

### DÍVIDAS POR NATUREZA

(Em milhares de contos)

Natureza de Dívida	1994		1995		1996		1997		1998*		D	D	D
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	% 94/95	% 95/96	% 96/98
Produtos Farmacêuticos	35 888	20	24 450	22	28 557						- 32	17	
Mat. Consumo Clínico	14 404	8	9 248	8	10 023						- 36	8	
Outros Consumos	2 982	2	2 076	2	1 953						- 30	- 6	
<b>Total de Compras</b>	<b>53 274</b>	<b>30</b>	<b>35 774</b>	<b>32</b>	<b>40 533</b>	<b>30</b>	<b>74 697</b>	<b>30</b>	<b>67 865</b>	<b>26</b>	<b>- 33</b>	<b>13</b>	<b>84</b>
Imobilizações	4 118	2	2 916	3	2 849	2	10 503	4	6 161	2	- 29	- 2	262
Subcontratos e convenções	76 912	44	60 206	53	78 012	58	139 850	57	121 199	44	- 22	30	79
Fornecim. e Serv. Terceir.	8 199	5	6 015	5	6 297	5	8 711	4	8 576	3	- 27	5	38
Pessoal	2 187	1	1 813	2	2 176	1	2 535	2	3 697	1	- 17	20	17
Outros	1 933	1	1 655	1	466		1 686		676		- 14	-	262
<b>Sub-Total</b>	<b>146 622</b>	<b>83</b>	<b>108 379</b>	<b>96</b>	<b>130 333</b>		<b>237 982</b>		<b>208 173</b>		<b>- 26</b>	<b>20</b>	<b>83</b>
Dívidas anos anteriores	29 505	17	4 475	4	4 897	4	6 823	3	66 380	24	- 85	9	39
<b>TOTAL.</b>	<b>176 127</b>	<b>100</b>	<b>112 854</b>	<b>100</b>	<b>135 230</b>	<b>100</b>	<b>244 805</b>	<b>100</b>	<b>274 554</b>	<b>100</b>	<b>- 36</b>	<b>12</b>	<b>81</b>

\* Até 30/09/98 (Não inclui a dívida da ARS de Lisboa e Vale do Tejo)

Fonte: Mapas agregados das IOS das demonstrações remetidas ao Tribunal de Contas (1994 a 1996) IGIF (1997 e 1998)

São de fazer a este propósito os seguintes comentários:

- Do ponto de vista estrutural, são os encargos com o sector convencionado e farmacêutico os que maior peso detêm, significando, por si só, mais de metade dos valores em dívida, situação que evidencia sinais de persistência, com alguma tendência para um agravamento. Acrescem, ainda, as características deste tipo de encargos, onde se verifica a incapacidade de controlo por parte das instituições na produção destas despesas, e, bem assim, a dificuldade de contenção das mesmas dentro de limites toleráveis, devido ao facto de estas despesas terem origem, principalmente, nos actos médicos em regime de ambulatório, na sequência dos quais são prescritos, quer o uso de medicamentos adquiridos nas farmácias pelos utentes, quer de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, estes prestados em regime de convenção.
- Com um peso bastante significativo, os consumos são responsáveis por cerca de 30% das dívidas do SNS, de onde se destacam os encargos derivados com a aquisição de produtos farmacêuticos (medicamentos e outras especialidades farmacêuticas) e outro material clínico. Estas despesas são, na sua maioria, geradas na actividade hospitalar, em especial na área do internamento, a grande responsável pela maior parte destes consumos.
- Ainda que com pouca expressão, os fornecimentos de terceiros reflectem, entre outras, as dívidas das instituições pelo recurso aos serviços prestados no exterior, designadamente na área hospitalar, quando há lugar à procura da prestação de meios de diagnóstico e terapêutica no exterior, facto que, no quadro em apreço, denota uma tendência crescente.
- De assinalar a relativa inexpressividade das despesas com pessoal, cujo peso não vai além de 2% no total dos débitos, facto relacionado com a prioridade geralmente dada à satisfação daquele tipo de encargos, se se atender à circunstância de os mesmos assumirem um peso bastante significativo na estrutura dos hospitais e ARS, em especial os primeiros.
- As dívidas do SNS registaram, em 1995, um decréscimo generalizado (na ordem dos 36%) que se deveu à regularização extraordinária ocorrida naquele ano<sup>59</sup>, e que permitiu um saneamento dos passivos acumulados em anos transactos, facto que é bem visível na redução em cerca de 85% operada nos débitos de anos anteriores. Todavia, em 1996, apesar da regularização extraordinária de passivos acumulados que teve lugar naquele ano, até ao limite de 35 milhões de contos, as dívidas do SNS voltam a registar um crescimento de 20%, subindo, de novo, vertiginosamente em 1997, atingindo um aumento de mais de 80%, verificável em todas as rubricas de despesa, sem excepção.
- A responsabilidade por estes aumentos coube, em primeira linha, aos bens de consumo, aos encargos com o sector convencionado e farmacêutico e, em especial, às despesas com investimentos (com mais de 260%), destacando-se uma tendência para novamente

---

<sup>59</sup> Até ao limite de 82 milhões de contos, com recurso ao crédito público.



se caminhar no sentido de um avolumar de débitos transitados de anos anteriores, na medida em que estes atingem uma variação de mais 39%, em 1997.

- Não obstante os dados de 1998 se reportarem ao mês de Setembro, os mesmos apresentam um montante acumulado de débitos que superam em cerca de 12% os verificados no final de 1997, devido essencialmente à acumulação de dívidas transitadas, as quais atingiram, naquela data, uma dimensão cerca de nove vezes superior à de 1997, passando de 6,8 para 66,4 milhões de contos. Tal facto evidencia estar-se perante uma dívida de mais de 66 milhões de contos já vencida, e com, pelo menos, nove meses de atraso, situação bastante onerosa para o Estado, na medida em que pode estar sujeita ao vencimento de juros cujo valor lhe acresce, agravando, ainda mais, o montante em débito.

Posto que foi feita uma abordagem dos débitos do sistema na vertente da sua natureza e instituição geradora dos mesmos, caberá, agora, proceder a uma breve análise do ponto de vista da entidade credora do SNS. Para o efeito, atente-se ao *Quadro XVI* seguinte e aos comentários sobre ele tecidos.

## QUADRO XVI

### DÍVIDAS DO SNS POR CREDOR

(Em milhares de contos)

CREDOR	1994 c)		1995 c)		1996		1997		1998 *	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
<b>Estado:</b>							b)		b)	
<b>IOS</b>	34 102	19	10 918	10	11 024	8				
<b>Outros</b>	2 699	2	2 027	2	1 407	1				
<b>Fornecedores</b>	78 057	44	45 284	40	52 772	39				
<b>Convencionados</b>	57 972	33	28 623	25	32 564	24				
<b>Farmácias</b>	a)		22 228	20	34 356	25				
<b>Pessoal</b>	2 936	2	1 625	1	2 148	2				
<b>Outros</b>	1 570	1	1 734	2	959	1				
<b>TOTAL</b>	<b>177 336</b>	<b>100</b>	<b>112 439</b>	<b>100</b>	<b>135 230</b>	<b>100</b>	<b>244 805</b>		<b>274 554</b>	

\*Até 30/9/98 (Não inclui a dívida da ARS de Lisboa e Vale do Tejo)

a) Incluído em Convencionados

b) Valores não disponíveis

c) As dívidas de 1994 e 1995 referenciadas neste mapa não coincidem com as indicadas nos quadros anteriores por a fonte de recolha não ser a mesma. No acto de conferência desses valores foram pedidos esclarecimentos às IOS, não tendo sido possível torná-los coincidentes, pelo que, os valores referenciados são da exclusiva responsabilidade das instituições de saúde.

Fonte: Mapas agregados das IOS segundo dados por elas fornecidos ao TC (1994 a 1996)

IGIF (1997 e 1998)

Sobre estes valores justificam-se os seguintes comentários:

- Sem dúvida alguma, o maior volume de débitos do SNS concentra-se nas mãos dos fornecedores de bens de consumo e serviços, neles incluídos, também, muitos dos prestadores de serviços de natureza clínica (meios complementares de diagnóstico) e fornecedores de equipamentos e outros bens do imobilizado.
- Os prestadores privados de serviços ao SNS em regime de convenção bem como as farmácias, estas fornecedoras de toda a espécie de medicamentos e outros produtos

farmacêuticos por via do receituário médico prescrito aos utentes do SNS, constituem, no seu conjunto, a maior «fatia» dos credores do sistema, sendo, também, aqueles com os quais o Estado mais necessidade tem de negociar prazos razoáveis e convenientes para o pagamento dos débitos.

- O Estado e as suas instituições não possuem grande peso na estrutura de credores do sistema, mesmo no caso das dívidas entre as instituições do SNS, este último devido aos acertos feitos entre si, geralmente no final do ano.<sup>60</sup>
- Para além dos pesos relativos na estrutura de credores, a sua evolução é análoga à verificada nos próprios débitos no período em causa, na medida em que, se crescem as dívidas de dada natureza, será óbvio que no mesmo sentido aumente o peso dos respectivos credores.

Como áreas de despesa mais problemáticas do ponto de vista da sua contenção, os encargos com farmácias e convencionados constituem o «ponto fraco» do sistema, posto que o seu crescimento não mostra sinais de abrandar, dando origem a dívidas gradualmente mais elevadas. Em consequência, os atrasos de pagamento tornam-se substancialmente elevados, daí derivando custos adicionais para o Estado. A situação daqueles débitos à data de 30/11/98, é visualizada no *Quadro XVII* seguinte:

#### QUADRO XVII

##### DÍVIDAS A CONVENCIONADOS E FARMÁCIAS - PRAZOS DE PAGAMENTO

(Em milhares de contos)

ARS	1997 *					1998 *				
	Convencionados		Farmácia		Total	Convencionados		Farmácia		Total
	Dívida	PMP	Dívida	PMP		Dívida	PMP	Dívida	PMP	
Norte	9 182	7,2	14 945	6,9	24 127	8 176	6,3	34 590	11,3	42 766
Centro	3 973	5,6	14 098	7,2	18 077	3 623	5,2	26 652	10,4	30 275
Lisboa e Vale do Tejo	12 071	6,9	16 772	6,6	28 843	7 913	5,4	39 152	10,8	47 065
Alentejo	1 015	5,6	3 294	7,3	4 309	1 024	5,4	6 702	11,2	7 726
Algarve	876	7,2	2 131	7,4	3 007	844	6,5	3 274	9,3	4 118
<b>TOTAL</b>	<b>27 123</b>	<b>6,7</b>	<b>51 240</b>	<b>6,9</b>	<b>78 363</b>	<b>21 580</b>	<b>5,7</b>	<b>110 370</b>	<b>10,8</b>	<b>131 950</b>

\* Até 30/11

PMP em meses

Fonte: IGIF

Da análise deste quadro decorrem as observações seguintes:

- Visualiza-se claramente que no sector convencionado e farmacêutico, em Novembro de 1998, as dívidas são quase o dobro do montante verificado no mesmo período de 1997.
- Nos anos em apreço, as regiões de Lisboa e Norte, em conjunto, constituem as entidades que geraram maiores volumes de dívida, registando subidas elevadíssimas nos dois anos.

<sup>60</sup> Em termos consolidados esta parcela não terá expressão, posto que reflecte movimentos internos ao sistema.



- Os prazos médios de pagamento a farmácias, já de si longos em 1997 (à volta de 7 meses), agravaram-se substancialmente em 1998, pois situam-se já em torno dos onze meses, o que equivale a dizer que, ao mesmo tempo, estão a vencer-se juros, com óbvias consequências gravosas no volume de débitos, visto que, em todas as regiões de saúde aqueles prazos deslizaram fortemente, e afastaram-se do prazo contratualmente estabelecido – 70 dias. Neste domínio, são as regiões de saúde do Norte e Alentejo as que já ultrapassaram os onze meses de prazo, enquanto as restantes, se bem com valores inferiores, não evidenciam um cenário muito diferente.
- Quanto ao sector convencionado, tudo aponta para que se esteja a cumprir razoavelmente o prazo de pagamento negociado, que se situa em 6 meses.

### 3.3.3. CRÉDITOS

Os créditos do Serviço Nacional de Saúde têm origem na facturação produzida nas instituições, pelos serviços que prestam aos utentes beneficiários de subsistemas de saúde públicos ou privados. Na verdade, em relação aos restantes utentes do Serviço Nacional de Saúde, não há lugar à emissão de factura pelos montantes despendidos com a assistência a estes prestada, cabendo, por esse motivo, ao Orçamento do Estado ressarcir devidamente as instituições pelos respectivos encargos.

Neste sentido, e sendo a representatividade da facturação a terceiros como fonte de receitas do SNS limitada a valores não muito elevados, as instituições oficiais de saúde mantêm-se dependentes, quase exclusivamente, das dotações orçamentais, cujo peso relativo se situa em torno dos 90%. Atente-se, para o efeito, no *Quadro XVIII* seguinte, no qual se apresenta a estrutura das receitas totais do SNS e sua evolução na década de 90.

**QUADRO XVIII**  
**EVOLUÇÃO DAS RECEITAS TOTAIS DO SNS ENTRE 1990 E 1998**

(Em milhões de contos)

	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Saldo Ger. Anterior	2,8	0,8	3,9	0,9	0,6	0,1	0	0	0	0	1,8	0,3	2	0,3	4,1	0,6
Subs. Explor. OE	316	92,9	385	92,4	456,9	92,4	508,4	92,1	540,9	92,6	599,7	92,9	650,2	93,2	684,2	93,1
Receitas Próprias	21,5	6,3	27,9	6,7	37,2	7,5	43,9	7,9	43,5	7,4	43,7	6,8	45,5	7,1	46,6	6,3

Fonte: IGIF

É possível extrair as seguintes conclusões da análise deste quadro:

- É clara a dependência quase exclusiva do OE, com valores acima dos 90%, não indo as receitas próprias além dos 8%; verifica-se, por outro lado, uma estabilidade destes valores ao longo dos anos em apreço, o que reforça a ideia de se estar perante uma estrutura que tende a manter-se inalterada.
- Notório, também, o esforço desenvolvido pelo OE em termos de verbas atribuídas ao SNS, que tem vindo gradualmente a aumentar, apesar de o seu peso no conjunto das receitas registar variações no período em causa, mas dentro de uma tendência de crescimento.

No *Quadro XIX* seguinte pretende-se analisar os créditos das IOS na perspectiva da entidade geradora, ou seja, qual o peso relativo de cada grupo de instituições do SNS no cômputo do total de créditos do sistema, nos anos de 1995 a 1998, e as respectivas variações verificadas nesse intervalo de tempo.



## QUADRO XIX CRÉDITOS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE (1995/1998)

(Em milhares de contos)

INSTITUIÇÕES	1995		1996		1997		1998*		D % 95/96	D % 96/97	D % 96/98
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%			
ARS	6 213	10	11 397	16	2 164	3	1 699 a)	3	83	- 81	
HOSPITAIS	47 180	80	53 039	75	55 814	87	58 327	87	12	5	24
Centrais	31 289	66	34 987	66	36 535	65	37 381	64	12	4	19
Distritais	14 259	30	16 138	30	17 083	31	18 977	33	13	6	33
Nível 1	1 632	4	1 914	4	2 196	4	1 969	3	17	15	21
IPO e PSIQUIATRIA	3 901	7	5 224	7	4 625	7	4 718	7	34	- 11	21
OUTROS	1 633	3	1 308	2	1 614	3	1 940	3	- 20	23	19
<b>TOTAL</b>	<b>58 926</b>	<b>100</b>	<b>70 968</b>	<b>100</b>	<b>64 217</b>	<b>100</b>	<b>66 684</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>- 10</b>	<b>13</b>

a) Não inclui a ARS de Lisboa e Vale do Tejo

\* Até 30/09/98

Fontes: Mapas agregados das IOS segundo dados por elas fornecido ao TC (1994 a 1996) e IGIF (1997 e 1998).

É, em consequência, de anotar o seguinte:

- Os hospitais constituem o grupo que detém a maior proporção de créditos ao longo do quadriénio, com destaque para os hospitais centrais, responsáveis pela maioria dos créditos do sistema. Com efeito, são estas instituições as responsáveis pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, especialmente em regime de internamento, onde sopesam em variada escala os encargos associados às diferentes patologias, em regra de valor muitíssimo superior ao do ambulatório.
- Ao longo dos anos em apreço, os hospitais denunciam uma estabilidade relativa em termos estruturais, o mesmo não se verificando do ponto de vista evolutivo, na medida em que, entre 1995 e 1997, apresentam uma tendência decrescente, o que indicia uma melhoria na cobrança da facturação emitida, com a consequente redução do volume de débitos de terceiros.
- As Administrações Regionais de Saúde detêm um peso pouco expressivo nos créditos totais do SNS, o que se deverá ao facto de predominar nestas instituições a prestação de cuidados essenciais de saúde em regime de ambulatório, e, essencialmente, a cobrança das taxas moderadoras quando devidas pelos actos clínicos prestados nos respectivos Centros de Saúde.
- De assinalar a variação negativa registada entre 1996 e 1997 no total de créditos do SNS, em parte resultante do decréscimo verificado nas ARS, a qual se deve a melhorias nas cobranças no ano de 1997. Efectivamente, no *Quadro XXII* é visível que a um aumento da receita total contrapõe-se um aumento superior dos recebimentos, facto que se consubstancia numa efectiva redução dos créditos naquele ano.



Consecutivamente, no *Quadro XX* seguinte, poder-se-á analisar a estrutura de créditos e sua evolução na óptica das entidades devedoras nos anos de 1996 a 1998:

**QUADRO XX**  
**DÍVIDAS DE TERCEIROS ENTRE 1996 E 1998**

(Em milhões de contos)

	1996		1997		1998 <sup>*</sup>		D % 96/98
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
<b>ADSE</b>	17,5	35	23,6	36	22,2	33	27
<b>Forças Armadas e Militarizadas</b>	5,1	10	4,1	6	5	7	-
<b>SAMS</b>	3,4	7	5,4	8	5,8	9	50
<b>Seguradoras</b>	11,0	22	13,0	20	10,8	17	13
<b>Outros</b>	8,8	13	8,8	14	8	12	24
<b>Total Subsistemas</b>	<b>45,8</b>	<b>87</b>	<b>54,9</b>	<b>85</b>	<b>51,8</b>	<b>78</b>	<b>20</b>
<b>Outros Clientes</b>	6,8	13	9,3	15	14,9	22	47
<b>TOTAL DE CRÉDITOS</b>	<b>52,6</b>	<b>100</b>	<b>64,2</b>	<b>100</b>	<b>66,7</b>	<b>100</b>	<b>23</b>

\* Até 30/09/98 (Não inclui a dívida da ARS de Lisboa e Vale do Tejo)

Fonte: IGIF

Da análise destes valores resultam as seguintes observações:

- Sendo, indubitavelmente, a facturação a subsistemas a principal fonte de receitas provenientes de terceiros, dela se destaca, nos anos em apreço, a ADSE e as companhias de seguros, que detêm ambas mais de metade do valor dos créditos totais. Tal é devido ao facto de a ADSE consistir no subsistema público de saúde que maior número de cidadãos (funcionários do Estado) abrange, figurando, em segundo plano, as companhias seguradoras, responsáveis, por um lado, pela cobertura de despesas com os detentores de seguros de saúde, e, por outro, pela assunção das despesas com danos causados a terceiros, por acidentes, em modalidade de responsabilidade civil.
- Os débitos da ADSE apresentam, entre 1996 e 1997, um crescimento assinalável, que é, porém, superado pelo dos SAMS<sup>61</sup>, nos quais se verificou uma subida de 50%. Contudo, não obstante representarem uma proporção relativamente reduzida nos créditos do SNS, o crescimento das dívidas dos SAMS poderá constituir o resultado de divergências na aceitação do débito daqueles valores pela entidade competente, situação que parece manter-se, na medida em que, no terceiro trimestre de 1998, os valores em dívida por aquele subsistema ultrapassam já os de 1997.
- De assinalar, no entanto, a redução de 24% observada nos débitos provenientes dos subsistemas das forças armadas e militarizadas (ADME, ADMA, ADMFA, PSP, GNR), que poderá residir em melhorias na cobrança junto daquelas entidades.

<sup>61</sup> Serviços médico-sociais dos empregados do sector bancário e segurador.



- No cômputo geral dos créditos do SNS regista-se um crescimento anual que se deverá manter em 1998, uma vez que em Setembro daquele ano se atingiram valores superiores aos de 1997, salvo se se tiver entretanto efectuado uma cobrança de montante substancialmente elevado.

Com a finalidade de conjugar os créditos dos vários grupos de instituições oficiais de saúde com as entidades delas devedoras, elaborou-se o *Quadro XXI* seguinte, cuja análise permite confirmar as conclusões previamente tecidas.

## QUADRO XXI CRÉDITOS DO SNS POR INSTITUIÇÃO (1996/1998)

(Em milhares de contos)

	1996				1997				1998 *			
	ARS	Hosp.	Out.	Total	ARS	Hosp.	Out.	Total	ARS	Hosp.	Out.	Total
ADSE	1 360	14 819	1 335	17 514	1 402	20 195	2 005	23 602	890	19 574	1 748	22 212
Forças Armadas e Militarizadas	390	4 474	295	5 159	198	3 473	437	4 108	146	4 353	514	5 013
SAMS	111	2 786	505	3 402	168	4 479	744	5 391	72	4 815	953	5 840
Seguradoras	100	10 877	3	10 980	116	12 838	4	12 958	102	10 657	5	10 764
Outros	110	6 826	1875	8 811	92	6 473	2 251	8 816	76	7 302	620	7 998
<b>Total Subsistemas</b>	<b>2 071</b>	<b>39 782</b>	<b>4 013</b>	<b>45 866</b>	<b>1 976</b>	<b>47 458</b>	<b>5 441</b>	<b>54 875</b>	<b>1 286</b>	<b>46 701</b>	<b>3 840</b>	<b>51 827</b>
Outros Clientes	158	5 958	676	6 792	188	8 356	798	9 342	413	11 627	2 817	14 857
<b>Total de Créditos</b>	<b>2 229</b>	<b>45 740</b>	<b>4 689</b>	<b>52 658</b>	<b>2 164</b>	<b>55 814</b>	<b>6 239</b>	<b>64 217</b>	<b>1 699</b>	<b>58 328</b>	<b>6 657</b>	<b>66 684</b>

\* Até 30/09/98 (Não inclui a dívida da ARS de Lisboa e Vale do Tejo)  
Fonte: IGIF

Com efeito, é patente que os hospitais são sempre os maiores credores do SNS, tendo, por sua vez, os subsistemas como maiores devedores, de entre os quais se destacam a ADSE e as empresas seguradoras.

Em síntese, a expressividade da facturação emitida pelas instituições do SNS no total de receitas continua a manter-se por valores baixos, pese embora a tendência crescente que se vem registando. Tal é justificado pelo facto de o financiamento do sistema de saúde ser assegurado pelo Estado, reservando-se este o direito de ser reembolsado pelos serviços que presta, sempre que os utentes destinatários beneficiem de um subsistema de saúde, e, por conseguinte, exista uma terceira entidade responsável pelo seu pagamento. Nesta medida, justificar-se-á que todos os actos passíveis de facturação sejam dela objecto e, consequentemente, sejam envidados todos os esforços no sentido da sua boa cobrança, que, assim, proporcionará ao Estado recursos financeiros adicionais.

Os números anteriores permitem, pois, concluir que se assiste a um aumento gradual das receitas próprias, consentâneo com o crescimento da actividade global, não obstante algumas dificuldades de cobrança dos créditos sobre algumas entidades, designadamente os SAMS.

### 3.3.4. DÉFICES

O facto de as receitas serem inferiores às despesas totais está na base dos défices que têm caracterizado a situação financeira do Serviço Nacional de Saúde, facto que é bem visível no *Quadro XXII* que seguidamente se apresenta.

**QUADRO XXII**  
**DÉFICES DO SNS (1995/1998)**

(Em milhares de contos)

	1995	1996	D % 95/96	1997	D % 96/97	1998 *	D % 97/98
<b>Receita Cobrada (R)</b>	704 789	788 034	12	822 562	4	622 483	
<b>Receita a Cobrar (RC)</b>	58 926	70 968	20	64 217	- 10	66 684	
<b>Receita Total (RT)</b>	763 715	859 002	12	886 779	3	689 167	
<b>Despesa Paga (D)</b>	692 002	765 565	11	802 789	5	652 852	
<b>Despesa a Pagar (DP)</b>	112 854	135 230	20	244 805	81	274 554	
<b>Despesa Total (DT)</b>	804 856	900 795	12	1 047 594	16	927 406	
<b>Défice Financeiro (R-DT)</b>	100 067	112 761	13	225 032	100	304 923 a)	36
<b>Défice Económico (RT-DT)</b>	41 141	41 793	2	160 815	285	238 239	48
<b>R/DT (%)</b>	87.6	87.5		78.5		67	
<b>RT/DT (%)</b>	95	95		84.7		74.3	

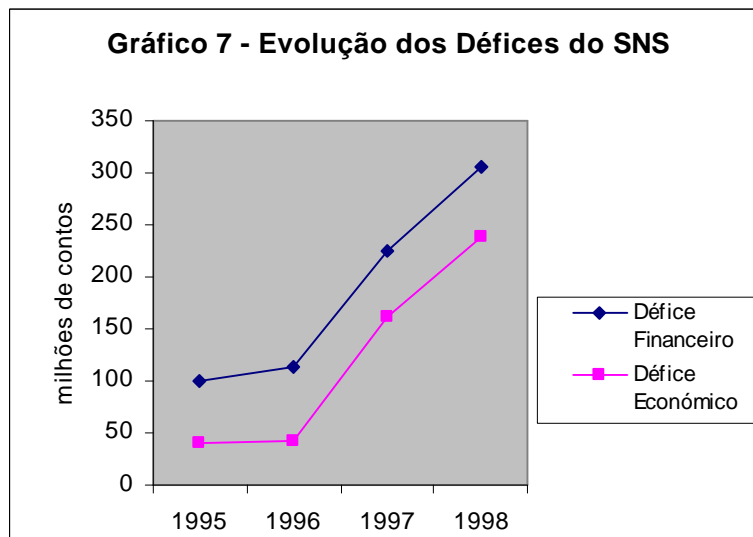
\* Até 30/09/98

a) Défice previsto para 1998: 330 164 milhões de contos (Fonte: IGIF)

Fonte: IGIF

É de sublinhar, em consequência, o seguinte:

- A diferença positiva da despesa global relativamente às receitas do SNS está na base dos défices, cuja tendência, nos quatro anos em apreço, vem sendo sistematicamente crescente, conforme se visualiza no *Gráfico* seguinte.



- Os défices financeiros, assumindo valores bastante significativos, consubstanciam a insuficiência das receitas (cobradas) do sistema adequadas à cobertura dos seus encargos. Com efeito, nem mesmo considerando também as receitas ainda por cobrar se perfazem as necessidades totais de recursos, mantendo-se, em consequência a situação deficitária.
- Os índices de cobertura das despesas totais do SNS cifram-se por valores aquém da unidade, apesar de se registar uma ligeira subida quando se consideram as receitas totais do sistema. No entanto, a redução verificada anualmente naquele índice, permite questionar a capacidade de recuperação do sistema, dado que a tendência é no sentido de um cada vez maior afastamento entre as necessidades e os recursos.
- Ainda que em termos previsionais, um défice financeiro estimado de 330,164 milhões de contos para 1998 significará um agravamento de 47% em relação ao ano anterior, corroborando assim as considerações sobre a incapacidade de sustentação financeira do SNS a curto prazo.

### 3.3.5. CONCLUSÕES

O Serviço Nacional de Saúde possui uma estrutura de financiamento que assenta, fundamentalmente, no Orçamento do Estado, porquanto as receitas geradas no sistema, para além do facto de terem uma expressão relativa de baixo valor, não conseguem suprir as necessidades de recursos, e, bem assim, colmatar as insuficiências do O E.

Deste modo, a tendência apresentada pelo índice de cobertura da despesa pela receita no sentido de, cada vez mais se afastar da unidade, é bem reveladora da manifesta insuficiência dos recursos de que o SNS dispõe, estando, por seu turno, na base da potenciação dos défices.

As dívidas do SNS têm origem, basicamente, nas despesas geradas pelos consumos hospitalares, e no receituário de medicamentos e meios complementares de diagnóstico prescritos aos utentes, sendo estes últimos dificilmente controláveis ou passíveis de contenção dentro de um limite. Alguns factores crê-se poderem influir de forma acentuada no aumento da despesa, citando-se, entre outros, a abertura de novas unidades de saúde, indutoras do aumento da procura de cuidados, novos medicamentos e novas patologias que requeiram medicação especial e, bem assim, a introdução de novas tecnologias no domínio da saúde.

À data de Novembro de 1998, o deslizamento, quer da dívida com farmácias e convencionados, onde são visíveis agravamentos bastante elevados, quer, ainda, dos prazos de pagamento a farmácias, os quais se afastam do prazo contratualmente estabelecido, potenciam o vencimento de juros e, por consequência, o avolumar da dívida global.

O quadro geral apresentado sobre as despesas do SNS revela que as mesmas evidenciam um crescimento gradual, cuja capacidade de sustentação pelo OE se questiona, apontando para que devam ser encontradas formas alternativas de financiamento, com garantia segura de manutenção do acesso, equidade e qualidade na prestação dos serviços aos cidadãos.

### **3.4. OS ENCARGOS COM MEDICAMENTOS AO NÍVEL DO SNS**

O encargo anual com medicamentos e outras especialidades farmacêuticas por parte do Estado, tem vindo, ao longo dos últimos anos, a assumir proporções cada vez mais elevadas, constituindo, por esse facto, uma área que merece uma atenção especial.

A utilização destes produtos tem lugar de relevo no domínio da saúde, como é óbvio, tanto nas áreas hospitalares do ambulatório e internamento, como nos Centros de Saúde, através da consulta externa.

Esta realidade deve ser vista, contudo, sob dois ângulos principais. Por um lado, ao nível da actividade hospitalar, os gastos com medicamentos têm origem, essencialmente, no internamento, onde os medicamentos são «consumidos» como um recurso utilizável na produção de um serviço: o tratamento do doente. Ainda no domínio hospitalar, a continuidade de cuidados, o regime de consulta externa e o socorro na urgência, determinam, na maior parte dos casos, a prescrição de especialidades farmacêuticas em receituário médico, que os doentes adquirem, por regra, junto das farmácias particulares<sup>62</sup>. Por outro lado, são também os centros de saúde, no âmbito da prestação de cuidados primários em regime ambulatório, o local onde tem origem o maior número de prescrições de medicamentos adquiridos pelos doentes, e comparticipados pelo Estado<sup>63</sup>.

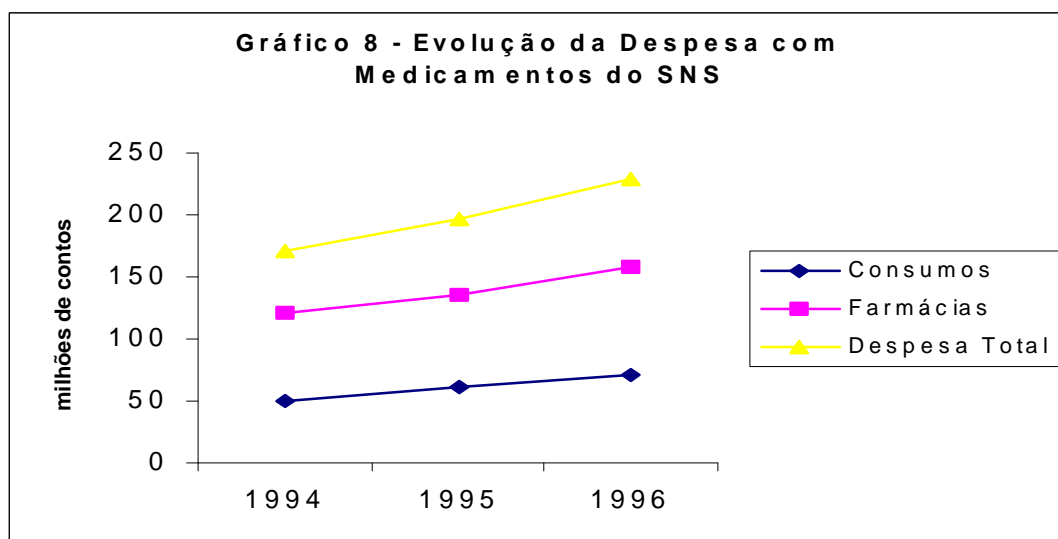
---

<sup>62</sup> Poderão, em determinadas circunstâncias, ser adquiridos produtos farmacêuticos nas farmácias hospitalares, dando origem, neste caso, à recuperação do respectivo valor, quer através de um terceiro pagador (vg. subsistema), quer directamente do próprio adquirente.

<sup>63</sup> Ou subsistema de saúde ou outro, quando for esse o caso.



O crescimento das despesas do SNS com medicamentos verificado ao longo dos últimos anos<sup>64</sup>, a par de um aumento generalizado das despesas globais de saúde, é fonte de grande preocupação ao nível financeiro. Com efeito (*Gráfico 8*), a despesa total com medicamentos do SNS cresceu de 171 milhões de contos, em 1994, para 229 milhões de contos, em 1996.



Fonte: Mapas agregados das IOS remetidos ao Tribunal de Contas

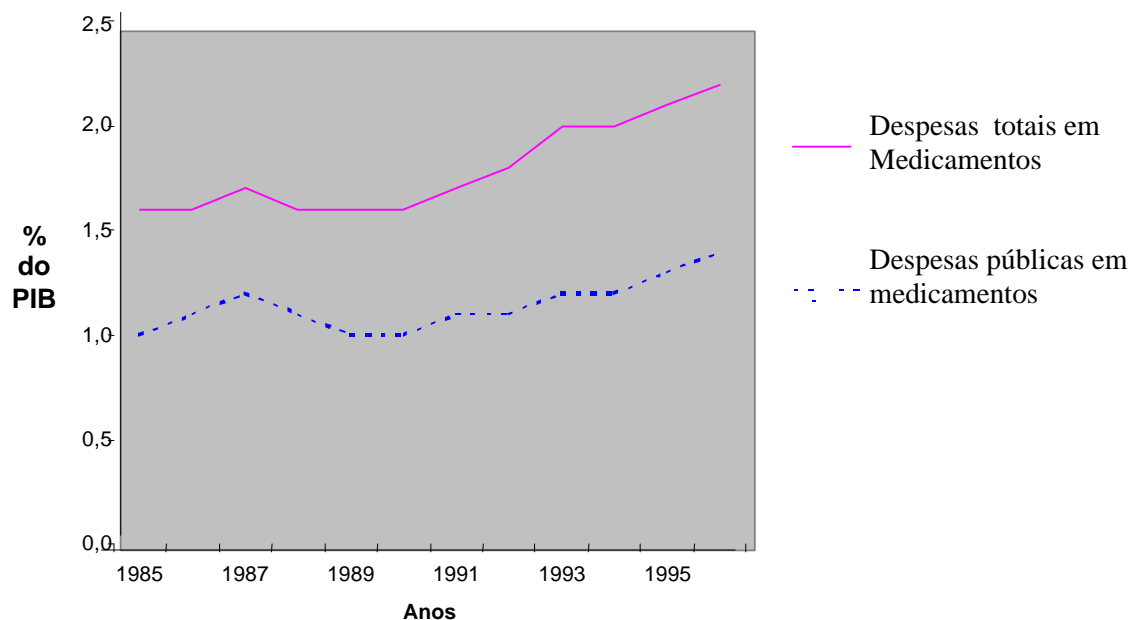
Por outro lado, como se viu atrás, (2.3, em especial Quadro XI), Portugal é o país da OCDE que mais recursos afecta, em termos de PIB, a produtos farmacêuticos (2,2%, em 1995, contra 1,2% na média da UE), situando-se as despesas por habitante num patamar comparável ao dos países mais ricos da Europa e em valor muito superior ao da média da UE. Além disso, Portugal é o país da União Europeia onde a percentagem da despesa pública com medicamentos na despesa pública de saúde é maior (27,2%, em 1996, contra 11,9%, na média da UE), o mesmo se verificando relativamente à quota-parte da despesa total com medicamentos na despesa total em saúde (26,3%, em 1996, contra 15,9%, na média da UE)<sup>65</sup>.

As despesas públicas com medicamentos em % do PIB embora com variações anuais tinham, em 1990, o mesmo nível de 1985, mas a partir daquele ano tiveram sempre uma tendência para o crescimento, atingindo 1,4% do PIB em 1996 (*Gráfico 9*). Isto significa que o peso da parte que cabe aos particulares também se alargou, mas tem-se mantido estabilizado nos últimos anos à roda dos 0,8% do PIB.

<sup>64</sup> Motivados, entre outros, por aumento da oferta de cuidados, envelhecimento da população e maior longevidade, desenvolvimento científico e tecnológico, e má utilização dos medicamentos por parte dos consumidores.

<sup>65</sup> Cf. Ministério da Saúde, Controlo dos gastos com medicamentos – Medidas adoptadas na Europa e em Portugal a nível nacional e regional, Lisboa, INFARMED, Maio de 1997.

**Gráfico 9 - Portugal: Despesa em medicamentos**



Fonte: Eco-Santé OCDE, 1998

A necessidade de controlar o consumo de medicamentos assume, assim, a maior importância, embora seja uma tarefa que é dificultada pelo facto de se estar num domínio em que, como já tem sido assinalado, “quem escolhe (prescreve) o produto não é quem paga; e quem paga (na sua maior quota – o Estado), paga sempre”<sup>66</sup>, sendo o prescriptor (o médico) condicionado por uma estratégia de *marketing* agressiva por parte da indústria farmacêutica. É, por isso, que se justifica e é necessária uma política do medicamento, consubstanciada na intervenção dos governos não só na produção e distribuição dos medicamentos, mas também no seu consumo, pois é hoje “convicção generalizada que nem todos os produtos farmacêuticos que consumimos correspondem a reais benefícios e também de que para o mesmo fim terapêutico é possível encontrarmos no mercado produtos com preços substancialmente diferentes”<sup>67</sup>. Esta política tem, assim, de ser integrada e basear-se nos três vectores determinantes para este efeito: a indústria farmacêutica, os prescritores e os distribuidores. Entre as medidas que têm sido indicadas, em Portugal e no estrangeiro, merece particular destaque não só o controlo dos preços e do tamanho das embalagens, como a fixação de limites à publicidade da indústria e a revisão das listas de medicamentos comparticipáveis pelo Estado e, bem assim, a introdução de medicamentos genéricos, equacionando-se a possibilidade de o medicamento prescrito pelo

<sup>66</sup> LEAL DE MATOS, João Carlos, *Contenção do Custo dos Medicamentos*, in *Brotéria*, Lisboa, vol. 148, nº 4, Abril de 1999, págs. 453-472.

<sup>67</sup> Conselho de Reflexão sobre a Saúde, *Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma Reforma Estrutural*, Lisboa, 1998, pág. 54.



médico ser substituído pelo farmacêutico por produto com o mesmo princípio activo mas mais barato ou genérico<sup>68</sup>.

Neste contexto, têm sido tomadas em Portugal algumas medidas, cujos efeitos ainda não são muito visíveis, de que se assinalam as seguintes<sup>69</sup>:

- *Acordos* com a indústria farmacêutica no sentido de conter dentro de intervalo razoável o crescimento do preço dos medicamentos.
- Intensificação e alargamento a todas as regiões de acções tendentes ao *controlo do receitaário*, com auditorias à prescrição, definição de linhas orientadoras de prescrição, comparações entre práticas de prescrição nacionais e regionais (se bem que esporadicamente tenham sido desenvolvidas algumas destas acções, a sua implementação plena carece da existência de um sistema de informação adequado na área dos medicamentos em todas as regiões de saúde).
- Promoção da divulgação, entre os médicos, do uso de *genéricos* e sua prescrição aos doentes.
- Implementação do *cartão do utente*, contendo todos os dados necessários à completa identificação dos utentes, sua situação económica e social, e, bem assim, possibilidade de maior controlo sobre situações clínicas especiais que, em muitos casos, determinam a necessidade de medicação própria com atribuição de medicamentos gratuitos ou de comparticipação especial<sup>70</sup>.

<sup>68</sup> Não sendo este um fenómeno exclusivo do sistema de saúde português, também outros países do espaço europeu se debatem com crescimentos exponenciais das suas despesas de saúde, qualquer que seja o modelo assistencial neles vigente, tendo, em alguns casos, adoptado medidas para a contenção de gastos com medicamentos. Assim, por exemplo, no caso do Reino Unido, onde vigora o *National Health Service (NHS)*, a concessão de maior autonomia aos hospitais com atribuição de um orçamento pelo qual são inteiramente responsáveis pela sua gestão (*Fundholders*), motiva os médicos gestores a procurar maiores economias recorrendo à negociação ou prescrevendo genéricos, a fim de obter ganhos que poderão reinvestir na própria unidade hospitalar. Outras medidas consistiram em impor à indústria farmacêutica um limite para despesas de publicidade e promoção, a venda livre de alguns produtos farmacêuticos, incentivo da prescrição de genéricos e medicamentos de preço mais baixo. Na Alemanha, onde predomina o sistema de seguro de saúde, a reforma de 1989 fez introduzir o sistema do *preço de referência* para os medicamentos, mas foi em 1992 que foram instaurados *pacotes financeiros* fixando um montante de reembolso de produtos farmacêuticos que não deveria ser excedido, sob pena de sanção aos médicos prescritores. Em França, teve lugar a introdução das *références médicales opposables (RMO)* - consistindo em recomendações de boa prática médica visando os actos e as prescrições efectuadas pelos médicos - a assinatura de um acordo-quadro Estado-indústria e a fixação de objectivos contrapondo-se ao aumento de despesas, e, ainda, em 1993, a introdução do *cartão de saúde*, cujo objectivo, entre outros, consistiu em evitar prescrições supérfluas ao doente.

Nestes três exemplos, os resultados variam: na Alemanha, a introdução dos preços de referência provocou uma inflexão nas despesas, bem como em França as RMO e acordo-quadro, registando-se, no Reino Unido, uma subida razoável nas despesas entre 1980 e 1995 (*Le contrôle des dépenses en médicaments en Allemagne, en France et au Royaume-Uni*, por Thérèse Lecompte, Valérie Paris, in *Problèmes Économiques*, Janeiro de 1999).

<sup>69</sup> Ministério da Saúde, *Controlo dos Gastos com Medicamentos – Medidas Adoptadas na Europa e em Portugal, a nível Nacional e Regional*, Lisboa, INFARMED, Maio de 1997.

<sup>70</sup> Caso dos doentes com patologias que beneficiam, nos termos da lei, de medicamentos cedidos gratuitamente.



- Divulgação de *campanhas junto dos consumidores* sobre o adequado uso de medicamentos, visando, entre outros aspectos, a maior racionalidade na sua utilização, a fim de evitar o seu uso incorrecto e desperdícios daí decorrentes.
- Utilização do *Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos*, o qual pretende incentivar uma prescrição de medicamentos mais racional, com menor custo e eficácia garantida.
- Introdução e divulgação do uso do *Formulário Europeu do Ambulatório*<sup>71</sup>, cujo objectivo fundamental se centrou na melhoria das práticas de prescrição a nível do ambulatório, visando corrigir a utilização inadequada de fármacos e o uso de produtos indevidamente caros, ainda que com alternativas disponíveis mais eficazes.
- Alterações ao *sistema de comparticipação* do Estado no preço dos medicamentos adquiridos em farmácias por beneficiários do SNS e ADSE, com o fim de conferir um maior rigor na fixação dos pressupostos que levam à comparticipação do Estado nos medicamentos.<sup>72</sup>
- Acções de *sensibilização* junto da classe médica no sentido de maior racionalidade na prescrição, de modo a evitar desperdícios de recursos e encarecimento dos tratamentos.

Para a contenção, em níveis sustentáveis, da despesa pública com a saúde, a área do medicamento é prioritária e justifica, por isso, que estes esforços sejam intensificados e aprofundados.

---

<sup>71</sup> 1ª edição, Junho de 1998.

<sup>72</sup> Atente-se às alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 305/98, de 7 de Outubro, ao Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, que estabeleceu o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e ADSE. No dizer do seu preâmbulo, aquele decreto-lei teve por objectivo *a clarificação dos critérios de exclusão da comparticipação, o que supõe uma maior exigência na definição das regras de comparticipação objectiva entre medicamentos*. Ainda no mesmo texto, *prevê-se, também, a eventual exclusão de medicamentos que apresentam uma reduzida eficácia terapêutica comprovada por estudos fármaco-epidemiológicos, de medicamentos que apresentam um preço de venda ao público excessivo comparativamente com outros similares e com as mesmas indicações terapêuticas, e, ainda, de medicamentos não sujeitos a receita médica para os quais não sejam reconhecidas razões de saúde pública que justifiquem a sua comparticipação*.



## **3.5. REGULARIZAÇÃO DE DÍVIDAS COM RECURSO À DÍVIDA PÚBLICA**

### **3.5.1. REGULARIZAÇÃO EXTRAORDINÁRIA EM 1999**

A acumulação de dívidas anualmente verificada nas instituições do SNS constitui a consequência natural de um crescimento sistemático e descontrolado das suas despesas globais, por um lado, e o desajustamento das dotações orçamentais face às necessidades financeiras, por outro.

Nos pontos anteriores ficou demonstrado que, não obstante o crescente esforço financeiro do Estado na cobertura das despesas globais do sistema, não foram encontrados quaisquer meios de controlo da despesa global, e, bem assim, de sustentação do crescimento da mesma, que, deste modo vem assumindo proporções alarmantes.

Nos anos de 1995 e 1996, a regularização extraordinária de passivos acumulados das instituições de saúde, com recurso ao crédito público, como forma de prover os meios necessários à sua cobertura, teve como objectivo fundamental permitir uma gestão orçamental sem o peso dominante das dívidas acumuladas, o que, como se viu, não foi conseguido. A evidência dos números e a análise sobre eles efectuada demonstram claramente que, após 1996, a dívida manteve a sua trajectória ascendente, registando níveis de crescimento quase exponenciais, onde a capacidade de suporte e sustentação do Estado se revelou deveras insuficiente, apresentando um nítido desfasamento, cada vez maior, entre os encargos e os recursos.

O insucesso daquelas medidas traduziu-se, também, numa situação de claro descontrolo, visível na incapacidade de sustentar o crescimento dos encargos e, conseqüentemente, de travagem das dívidas a terceiros, onde se destacam na linha da frente as farmácias e todo o sector convencionado, bem como fornecedores de bens e serviços.

No termo do terceiro trimestre de 1998, o montante global da dívida exigível do Serviço Nacional de Saúde aos sectores farmacêutico e convencionado atingia já a soma de cerca de 124,3 milhões de contos, número que, relativamente ao ano de 1997 (que apresentava um valor em dívida de 58,5 milhões de contos), representa um acréscimo muitíssimo acentuado, na ordem dos 113 %<sup>73</sup>, incluindo aquela dívida juros no valor de 523,8 milhares de contos a farmácias privadas.

O cenário que acaba de se relatar deve ter sido determinante para que uma nova iniciativa se tenha tomado no ano de 1999, no sentido de, uma vez mais, o Estado assumir os passivos acumulados das instituições integradas no SNS, desta vez até ao montante de 159 milhões de

<sup>73</sup> Conforme informação cedida pelo IGIF, a 30 de Novembro de 1998, a dívida ascendia a 244,5 milhões de contos, sendo 155,9 ao sector farmacêutico e 88,6 a convencionados, constituindo acréscimos de 8,7 e 9,7%, respectivamente, em relação ao mês anterior.

contos<sup>74</sup>, em moldes idênticos aos já utilizados no passado recente (até ao limite de 82 milhões de contos em 1995 e 35 milhões em 1996). Com efeito, estabelece-se na Lei, que o financiamento da regularização daquelas responsabilidades se processará por via do *aumento do endividamento líquido global directo*<sup>75</sup>, o que se traduz novamente no recurso à dívida pública para cobertura daqueles passivos<sup>76</sup>.

Nos termos do despacho conjunto n.º 124/99, dos Ministros das Finanças e da Saúde, de 18 de Janeiro, a verba será transferida pela Direcção-Geral do Tesouro e destinar-se-á à *regularização das dívidas ainda por liquidar a fornecedores externos*<sup>77</sup> que em 31 de Dezembro de 1998 tenham mais de 90 dias de atraso, mas sempre com o limite e com referência aos montantes que se encontravam em dívida em 31 de Dezembro de 1997.

De acordo com os dados insertos nos *Quadros XIV e XV*, a dívida acumulada nas instituições do Serviço Nacional de Saúde no final do mês de Setembro de 1998, totalizava 274,554 milhões de contos, (na qual não se encontra incluída a dívida respeitante à ARS de Lisboa e Vale do Tejo) registando uma significativa antiguidade da ordem dos 8,7 meses, uma parte da qual, de cerca de 66,38 milhões de contos, proveniente de anos transactos e consequentemente, já vencida.

Nestes termos, poder-se-á inferir que o recurso, novamente, à dívida pública para cobertura de encargos assumidos pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde (despesa corrente do Estado), configura uma operação que permite transformar dívida administrativa em dívida financeira, com a consequente desorçamentação, na medida em que, se por um lado aqueles encargos já foram assumidos sem cobertura orçamental, com óbvia violação do art.º 105º da Constituição da República e dos art.ºs 3º, nº1, e 18.º da Lei do Enquadramento do Orçamento do Estado (Lei 6/91, de 20 de Fevereiro) manter-se-á a sua fuga ao orçamento, por força da sua transformação em dívida financeira, por outro<sup>78</sup>.

---

<sup>74</sup> Medida prevista no art.º 64.º da Lei n.º 87-B/98, de 31 de Dezembro, que aprovou o Orçamento do Estado para 1999, em cujo articulado, na sua alínea b), é concedida autorização ao Governo para *regularizar responsabilidades decorrentes de situações do passado assumidas pelos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira integrados no Serviço Nacional de Saúde, até ao limite de 159 milhões de contos*.

<sup>75</sup> Tal é o articulado do art.º 74.º da Lei que aprovou o Orçamento do Estado para 1999, quando vem conceder ao Governo autorização para aumentar o endividamento líquido global directo, para além das necessidades de financiamento do Orçamento do Estado previstas no art.º 73.º.

<sup>76</sup> Atente-se, para o efeito, à Resolução do Conselho de Ministros n.º 9-A/99, de 23 de Fevereiro, na qual é concedida autorização ao Instituto de Gestão do Crédito Público para a emissão de dívida pública (obrigações do Tesouro) destinada, designadamente, à *assunção de passivos ou regularização de responsabilidades* previstas na Lei do Orçamento do Estado para 1999, designadamente as do art.º 74.º, entre as quais se encontra a assunção, pelo Tesouro, dos débitos acumulados das instituições integradas no SNS.

<sup>77</sup> Sendo textualmente *excluídas* deste processo as dívidas referentes a despesas com o pessoal e interinstituições do SNS e de outros serviços do Estado (al. b) do citado despacho).

<sup>78</sup> Neste sentido se tem firmado a posição do Tribunal de Contas, em sede do Parecer da Conta Geral do Estado, que tem repetidamente sublinhado a ilegalidade do pagamento de dívidas assumidas com recurso ao crédito público, utilizando o mecanismo das operações de tesouraria, em clara violação do art.º 18.º da LEOE. Cite-se, a propósito, o teor da conclusão inserta no citado Parecer relativo ao ano de 1996, onde tal posição não deixa qualquer dúvida quando se conclui, *como o Tribunal tem vindo a afirmar repetidamente, os pagamentos por operações de tesouraria são ilegais, por violação do art.º 108.º da CRP (actual art.º 105.º) e do art.º 18.º da Lei do Enquadramento do Orçamento do Estado, deles resultando sub-avaliação do défice orçamental efectivo no montante respectivo* (in **Parecer da Conta Geral do Estado 1996**, Tribunal de Contas, vol. I, pág. 33 e 34).



*A Direcção-Geral do Tesouro, nos seus comentários, no exercício do contraditório, aduz que «foram respeitados os princípios consignados no art.º 18.º da LEOE», afirmação com a qual se não concorda, tendo em consideração os motivos expostos anteriormente. Neste sentido, também a reforma orçamental<sup>79</sup> que se aproxima aponta para a imposição de limites à realização das despesas, não se conformando a situações de excesso de dotações do orçamento, as quais constituirão clara violação de lei. Assim, não se concorda com a conclusão formulada pela DGT, no sentido de que «o procedimento adoptado na realização dos pagamentos em questão está de acordo com os princípios legais aplicáveis» pelo facto “afirmam, de estar legalmente autorizada a sua cobertura financeira com a emissão de dívida pública e a respectiva rubrica de operações de tesouraria encontrava-se devidamente aprovacionada com o produto dessa emissão”.*

Em suma, estamos perante despesas do Estado que, numa dimensão assaz vultuosa, nunca tiveram, nem terão, qualquer expressão orçamental, facto que permite configurar uma operação deste género como uma *fuga ao orçamento*, com óbvias consequências ao nível do apuramento real do défice público, e, bem assim, revestindo a natureza de uma operação *ilegal*, que conduz a uma *sub-avaliação do défice orçamental*.

*Sobre a questão em apreço, a DGT refere expressamente nos comentários formulados que «a dívida pública emitida teve necessariamente de ser contabilizada em adequada rubrica de operações de tesouraria e que os pagamentos em causa, dada a sua cobertura financeira, tiveram de ser processados através dessa rubrica». Não obstante ser a própria Direcção-Geral a reconhecer o recurso ao crédito público para pagamento de dívidas do SNS por operações de tesouraria e, concomitantemente, por via extra-orçamental, consideram, assim, que «tal procedimento não obsta a que se verifique um impacto sobre as despesas e, conseqüentemente, sobre o défice, traduzido num aumento das despesas dos anos posteriores, em resultado do pagamento do serviço da dívida pública emitida». No entanto, não pode deixar de salientar-se que só terão impactos sobre o défice os juros pagos (encargos da dívida) e não a totalidade da dívida, a qual se vencerá ao longo dos anos em que a mesma vigorar.*

---

Veja-se, igualmente, o Parecer sobre a Conta Geral do Estado de 1997, onde se refere a necessidade de inscrição das dotações para fazer face a estes encargos, nos mapas orçamentais a que alude o art.º 12, nº1 da Lei n.º 6/91, de 20 de Fevereiro (in **Parecer da Conta Geral do Estado de 1997**, Tribunal de Contas, vol. II, pág.s 427 e seguintes).

<sup>79</sup> Atente-se, ainda, ao conteúdo da Proposta de Lei sobre a Reforma do Enquadramento do Orçamento do Estado, onde, no seu artigo 41.º mais uma vez se impõe o respeito pelo princípio da tipificação quantitativa e qualitativa da despesa:

- «1. As dotações constantes do orçamento das despesas constituem o limite máximo a utilizar na realização destas.*
- 2...Sem prejuízo do disposto nos artigos 42.º a 49.º, nenhuma despesa pode ser autorizada ou paga sem que, cumulativamente:*
  - a) O facto gerador da obrigação de despesa respeitante às normas legais aplicáveis;*
  - b) A despesa em causa disponha de inscrição orçamental, tenha cabimento na correspondente dotação, esteja adequadamente classificada e obedeça ao princípio da execução do orçamento por duodécimos, salvas, nesta última matéria, as excepções previstas na lei;*
  - c) A despesa em causa seja pertinente e satisfaça o princípio da economia, eficiência e eficácia.*
- 3.... ...».*

Por conseguinte, para além das consequentes implicações ao nível do volume do endividamento, também os encargos daí decorrentes representarão para as gerações vindouras, um peso que terão de suportar sem que por via da efectuação de tais despesas tenham colhido ou venham a obter quaisquer benefícios futuros.

### 3.5.2. RELEVAÇÃO DO DÉFICE E POCP

No domínio da gestão, as exigências actuais em termos de informação contabilística, bem como a necessidade de relevar de forma adequada a situação económico-financeira e patrimonial dos serviços e organismos da Administração Pública, não se compadecem com a manutenção apenas de um sistema contabilístico de base unigráfica, tão somente evidenciador dos fluxos de tesouraria .

A recente aprovação do *Plano Oficial de Contabilidade Pública* irá permitir que passe a ser possível uma evidenciação mais completa da execução orçamental das instituições a ele sujeitas, designadamente numa perspectiva de caixa e de compromissos, bem como o conhecimento rigoroso da sua situação patrimonial.

Como bem refere o preâmbulo do citado Decreto-Lei, o POCP *deverá permitir que a obtenção expedita dos elementos indispensáveis ao cálculo dos agregados relevantes da contabilidade nacional, particularmente dos que respeitam às contas nacionais das administrações públicas e que são particularmente importantes para aferição do cumprimento dos compromissos assumidos no quadro do Tratado instituindo a União Europeia*. O sistema contabilístico ora em vigor, vem oferecer, entre outras, todas as possibilidades de apuramento e evidenciação das dívidas de natureza administrativa, por forma a que as mesmas possam relevar para efeitos do cálculo rigoroso do défice público que deverá ser transmitido às entidades competentes de Bruxelas<sup>80</sup>.

Ainda que as instituições de saúde dispusessem desde há muito de um Plano Oficial de Contabilidade próprio, baseado no POC, e por conseguinte, de instrumentos capazes de proporcionar a informação de natureza económica e financeira necessária à completa apreciação da sua situação patrimonial, o sistema contabilístico de base unigráfica, vigente para a maioria das instituições públicas, e, bem assim, o regime de base em que se fundamenta a elaboração das contas públicas, não permitia um adequado entrosamento e articulação de ambos os sistemas, nem a correcta relevação dos défices (designadamente das Instituições de Saúde) nas contas do Estado. É, pois, no dizer do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 232/97, de 3 de Setembro, um dos principais objectivos do POCP *a criação de condições para a*

---

<sup>80</sup> Atente-se, para o efeito, ao comentário produzido pela Direcção-Geral do Orçamento em sede de contraditório quando da apreciação do relato de auditoria da 1ª fase (Relatório n.º 4/97 – 2.ª S), quando, a propósito da não relevação da dívida administrativa global do SNS (entendendo-se esta como a dívida das instituições de saúde), sublinham que *as condições para que o OE e a Conta Geral do Estado possam ser apresentadas numa base de accrual's só estarão reunidas quando todo o universo de serviços e Serviços e Fundos Autónomos dispuser de uma contabilidade patrimonial*. Ora, o POCP vem justamente ao encontro da necessidade de um maior e mais completo sistema de informação para a gestão, proporcionando um instrumento capaz de produzir a informação apropriada, que precisamente se baseia no regime do *acrécimo*, seguindo o mesmo princípio vigente no Sistema Europeu de Contas (SEC), logo permitindo apurar os valores correctos e precisos dos défices orçamentais.



*integração dos diferentes aspectos – contabilidade orçamental, patrimonial e analítica – numa contabilidade pública moderna, que constitua um instrumento fundamental de apoio à gestão das entidades públicas.*

### **3.6. CONCLUSÕES**

O esforço financeiro do Estado com a saúde dos portugueses não se limita apenas à manutenção do Serviço Nacional de Saúde, mas sustenta, igualmente, os encargos com os subsistemas de saúde públicos.

O Serviço Nacional de Saúde evidencia uma estrutura financeira que se tem caracterizado por elevados montantes de despesa, superiores aos da receita, com tendência para um agravamento sistemático, tendo como consequência défices elevados e, também estes, de valor crescente.

A responsabilidade na geração dos encargos globais do SNS provem, essencialmente, dos hospitais e ARS (Centros de Saúde), incidindo basicamente nas áreas dos consumos hospitalares (sobretudo produtos farmacêuticos e material clínico) e receituário clínico de medicamentos e prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Nestes últimos domina a particularidade de serem de difícil (se não impossível) controlo, daí a sua insustentabilidade, impondo-se que os poderes públicos adoptem medidas que visem travar o aumento daquelas despesas, ou, pelo menos, gerir de forma sustentada o seu crescimento.

Diversas medidas têm vindo a ser implementadas visando a contenção dos gastos do Estado com medicamentos, por ser esta uma área de despesa fortemente crítica e de crescimento acentuado, com implicações sérias ao nível dos encargos financeiros, à semelhança do que, em outros países, também vem acontecendo.

Predominam, no actual sistema, as dívidas a terceiros, as quais, nos últimos anos, mostram uma forte tendência no prosseguimento da sua trajectória ascendente, e algum deslizamento nos prazos de pagamento exigíveis, facto a que não será alheia a decisão política de proceder, em 1999, a uma nova regularização extraordinária de passivos acumulados das instituições do SNS, com recurso à dívida pública até ao limite de 159 milhões de contos (art.º 64.º da Lei n.º 87-B/98, de 31 de Dezembro). Pese embora as implicações que esta medida tenha ao nível da dimensão do défice orçamental em consequência do recurso ao crédito público para pagamento de despesa corrente do Estado, acresce, ainda, a ilegalidade que este procedimento envolve, posição que vem sendo assumida pelo Tribunal de Contas em sede do Parecer sobre a Conta Geral do Estado, considerando-o uma violação do disposto no art.º 105º da Constituição da República e no art.º 18.º da Lei n.º 6/91, de 20 de Fevereiro e que de novo se reitera.

Sendo os défices do SNS uma consequência de ordem estrutural, e tendo em consideração que a liquidação extraordinária de dívidas acumuladas com recurso ao crédito público, nos anos de 1995 e 1996, não sustentaram o crescimento das dívidas entretanto geradas, situando-se o défice previsto, para 1998, em 330,164 milhões de contos, tudo aponta para que o processo a

ser levado a cabo, em 1999, se venha a saldar por resultado idêntico, se não forem tomadas medidas no sentido de uma reforma estrutural do sistema de saúde, designadamente, no que se refere ao seu financiamento.

A criação do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES)<sup>81</sup> vem justamente na senda de tais preocupações, tendo consubstanciado o seu esforço na produção de um documento<sup>82</sup> no qual é elaborado um diagnóstico de situação, concluindo pela formulação de recomendações que sublinham a urgente necessidade de reformar estruturalmente o sistema.

Em termos de *objectivos estruturais*, atente-se à síntese de propostas<sup>83</sup> apresentadas naquele documento pelo CRES, onde se refere que:

- *O financiamento das despesas públicas de saúde, de base essencialmente solidária, deve ser processado por um **Instituto Público Autónomo**, que administra um Fundo Nacional para a Saúde, com base num Seguro Público Obrigatório.*
- *O Governo deverá **retirar-se**, progressivamente, da intervenção directa nas estruturas prestadoras de cuidados de saúde, reservando-se, cada vez mais, para as áreas de **planificação, modelação, regulação e avaliação** do sistema de saúde português, nas suas vertentes pública e privada.*
- *Todo o sistema de saúde português será informatizado e constituído em **rede nacional – Intranet** – que ligará entre si todos os intervenientes no sistema: Instituto Financiador, todos os tipos de prestadores e os utilizadores, pelas suas estruturas de integração.*

Do ponto de vista *operacional*, o mesmo documento sugere, designadamente, que *é necessário definir uma política de financiamento para a saúde que contribua para tornar mais eficiente a gestão dos recursos, devendo a intervenção centrar-se na forma como os recursos são recolhidos e posteriormente distribuídos, mais do que na criação de fontes adicionais ou alternativas de financiamento. Acrescenta, ainda, que devem ser criadas condições de transparência que propiciem uma concorrência efectiva entre prestadores públicos e privados face a um financiamento público da saúde, designadamente no que diz respeito à prestação de cuidados secundários ou de natureza hospitalar.*

---

<sup>81</sup> Por Resolução do Conselho de Ministros n.º 13/96, de 24 de Janeiro.

<sup>82</sup> Conselho de Reflexão sobre a Saúde - **Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma reforma estrutural**, Lisboa 1998,

<sup>83</sup> Cfr. “*site*” do Ministério da Saúde, CRES.



## 4 - ACORDOS E CONVENÇÕES

### 4.1. ENQUADRAMENTO LEGAL DA CELEBRAÇÃO DE ACORDOS E CONVENÇÕES

Estatuía a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, ser o SNS constituído pela “rede de órgãos e serviços de saúde ... que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população”, sendo que, no entanto, “enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso será assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excepcionalmente, mediante reembolso directo dos utentes”.

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde em vigor, por seu lado, afirma serem os “cuidados de saúde prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”. Daí deriva, como se referiu atrás, o conceito de sistema de saúde, mais amplo que o do SNS, sistema “constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades”; a rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange, pois, “os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos”. O Ministério da Saúde e as ARS ficam autorizadas a contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS sempre que tal se afigure vantajoso, nos termos do disposto no n.º 3 da Base XII da referida Lei.

O Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, prevê, no seu art.º 37º, que a articulação do SNS com as actividades particulares de saúde se faça das seguintes formas:

- a) reserva de quotas para o exercício de actividades particulares no planeamento da cobertura do território pelo SNS;
- b) possibilidade de os médicos do SNS com actividade liberal assistirem os doentes privados nos estabelecimentos oficiais, nos termos de diploma próprio;
- c) possibilidade de as ARS celebrarem contratos ou convenções com médicos não pertencentes ao SNS ou com pessoas colectivas privadas para a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes.

O n.º 2 do artigo referido proíbe a celebração pelo SNS de contratos ou convenções com pessoas colectivas privadas que sejam titulares de casas de saúde, clínicas, laboratórios farmacêuticos e unidades de diagnóstico, tratamento e reabilitação em que qualquer profissional de saúde do SNS detenha, directa ou indirectamente, por si mesmo ou



conjuntamente com o cônjuge, ascendentes ou descendentes, participação superior a 10% no respectivo capital ou exerça funções de gerência ou direcção. De igual forma, não podem as instituições e serviços do SNS celebrar contratos com sociedades em que um seu funcionário exerça funções de gerência ou direcção ou detenha, directa ou indirectamente, por si mesmo ou conjuntamente com o cônjuge, ascendentes ou descendentes, participação superior a 10% no respectivo capital (n.º 5 do art.º 37º).

Dispunha o n.º 4 daquele mesmo artigo que os contratos ou convenções deviam ser precedidos de concurso público. Tal exigência viria, no entanto, a ser considerada “desadequada a um sector tão particular e sensível como o da saúde” pelo preâmbulo do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, que, recentemente, veio regular o regime de celebração das convenções previstas na Lei n.º 48/90, antes referida.

Tendo em conta estas novas exigências do Estatuto do SNS em matéria de relações contratuais entre o SNS e o sector privado, o art.º 7.º do Decreto-Lei que aprova o Estatuto mantém em vigor apenas até 31 de Dezembro de 1996 os contratos existentes e relativos a exames laboratoriais, exames de imagem e fisiologia, hemodiálise, endoscopia e medicina física e de reabilitação não conformes com as exigências supra-apontadas. Mantém ainda em vigor, nas condições que vigoravam em 14 de Fevereiro de 1993, as convenções celebradas com as instituições particulares de solidariedade social e associações mutualistas, bem como, nas áreas de transplante, imagem e TAC, com a Cruz Vermelha Portuguesa. O Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de Maio, vem prorrogar o prazo de vigência destes contratos e convenções por mais um ano, podendo as ARS durante esse período “*acordar a prestação de cuidados com entidades privadas, nos termos das convenções em vigor.*” Convém reter que o prazo de vigência das convenções terminaria, de acordo com o regime legal apontado, em 31 de Dezembro de 1997.

Porém, o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, veio regulamentar o regime de celebração de convenções de forma diferente da inicialmente prevista. Tendo por âmbito material de aplicação as convenções celebradas entre o Ministério da Saúde ou as administrações regionais de saúde e as pessoas privadas, singulares ou colectivas, que visem a contratação da prestação de cuidados de saúde destinados aos utentes do SNS, veio estabelecer que as convenções em vigor em 31/12/97 se mantêm válidas até ao termo do prazo de 180 dias após a entrada em vigor deste diploma, devendo, durante aquele período, ser adaptadas ao novo regime (art.º 14º, n.º 1). As convenções em que não se verifique a existência das incompatibilidades previstas no art.º 9.º do diploma, devem, findo o seu período de vigência, ser objecto de novo processo de adesão (art.º 14º, n.º 2).

Nos diplomas que se acabam de enumerar nada se dispõe, porém, quanto ao sistema de pagamento a entidades privadas que deste modo se articulem com o SNS na prestação de cuidados de saúde.



## 4.2. SISTEMA DE PAGAMENTO A CONVENCIONADOS

Quer na vigência da Lei n.º 56/79, quer na vigência da Lei n.º 48/90<sup>84</sup>, foram celebrados vários instrumentos contratuais com várias entidades privadas.

Em regra, os prestadores de serviços abrangidos pelas convenções apresentavam às ARS requisitantes a facturação em dívida nos primeiros 10 dias úteis do mês seguinte àquele a que respeitava. As ARS dispunham, nos termos dos acordos celebrados, de prazos de 45 ou 50 dias após a apresentação das facturas para proceder ao seu pagamento. De referir que só no contrato de adesão com os centros de diálise existe uma cláusula sobre o pagamento de juros de mora, segundo a qual a taxa a aplicar será a taxa de desconto do Banco de Portugal, acrescida de 1% a partir do prazo de 75 dias contados da data de apresentação das facturas<sup>85</sup>.

O sistema de pagamento instituído pelos instrumentos contratuais acima mencionados sofreu a sua primeira grande alteração com a celebração do Protocolo entre a Associação Portuguesa dos Médicos Patologistas (APOMEPA), o IGIF, em representação do Ministério da Saúde e o Banco CISF. Tal Protocolo viria certamente a estar na origem do Sistema de Pagamento a Convencionados (SPC), cujas cláusulas gerais foram aprovadas pelo Despacho n.º 6 322/97, de 25 de Julho, do Secretário de Estado da Saúde, que adiante se abordará.

No ano de 1996 foi celebrado entre o IGIF, em representação do Ministério da Saúde (leia-se, do Estado), a APOMEPA e o Banco CISF um protocolo cujo conteúdo diferia em muito dos contratos que até aí vinham vigorando com as entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde a beneficiários do SNS. No âmbito destes contratos, o Ministério da Saúde obrigava-se a compartilhar os cuidados de saúde prestados pelas entidades convencionadas de acordo com tabelas constantes dos próprios contratos e objecto de revisão anual durante a vigência dos mesmos. Apresentada a facturação pelas entidades convencionadas às ARS, dispunham, estas, de um prazo contratual para proceder ao respectivo pagamento<sup>86</sup>.

Nos termos do preâmbulo ao Protocolo, a necessidade de celebração do mesmo é justificada da seguinte forma:

- a) as dificuldades de tesouraria de alguns fundos autónomos do SNS têm conduzido a atrasos nos pagamentos a entidades convencionadas, entre os quais os médicos patologistas clínicos;

<sup>84</sup> Verificou-se que na SRSS da ARS de Lisboa e Vale do Tejo existiam ainda acordos com entidades privadas, com o seu período de vigência prorrogado ao abrigo do Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de Maio.

<sup>85</sup> De acordo com a respectiva cláusula contratual, o prazo para pagamento das facturas é de 45 dias após a apresentação das mesmas. Há, assim, um hiato entre o prazo de vencimento da dívida e o momento a partir do qual se inicia a contagem dos juros de mora contratualmente fixados.

<sup>86</sup> Tal prazo era, nas “propostas de contrato” a que se teve acesso, em regra, de 45 ou 50 dias após a apresentação das facturas. De notar que a apresentação deveria ocorrer, em regra, nos dez primeiros dias úteis do mês imediato àquele a que as facturas respeitavam.

- b) esta situação tem provocado dificuldades de relacionamento entre as instituições pagadoras do SNS e os prestadores dos serviços, com prejuízos para os utentes;
- c) importa regularizar as relações financeiras entre o SNS e os patologistas clínicos, estabelecendo um relacionamento financeiro dotado de regularidade e certeza por via da repartição do esforço financeiro entre o SNS e os patologistas clínicos.

Com este enquadramento, foi celebrado em 26 de Julho de 1996 o Protocolo, mediante o qual cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS) contrata com o Banco CISF a autorização de um descoberto bancário destinado à mobilização do valor das facturas emitidas pelos patologistas clínicos associados da APOMEPA.

As ARS dispõem de seis meses, após a emissão de cada factura, para pagar ao banco o seu valor, sendo que, no termo deste prazo, o banco se considera irrevogavelmente autorizado a debitar tal valor na conta aberta em nome das ARS. O valor debitado pelo banco nestas condições vence juros de mora até ao limite da taxa Lisbor a 3 meses, acrescido de um *spread* de 0,125%.

O Protocolo, remetido ao Tribunal para efeitos de fiscalização prévia, foi devolvido, por se ter decidido em sessão diária de visto que o mesmo não estava sujeito a visto (Processo n.º 47 706/96).

Protocolo idêntico foi celebrado pelo IGIF, em representação do Ministério da Saúde, com o Banco CISF e a Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde (FNS), em representação dos filiados nas associações suas federadas e das entidades convencionadas directamente filiadas, constantes do anexo ao protocolo<sup>87</sup>, em 19 de Dezembro de 1996. Mediante este instrumento, cada uma das ARS, a FNS e as entidades convencionadas suas filiadas abriam conta no Banco CISF, “contratando com este os instrumentos financeiros que por mútuo consenso se revelam adequados, como a conta corrente, a cessão de créditos ou o factoring, destinados à mobilização do valor das facturas emitidas por aquelas entidades relativamente aos serviços prestados”.

O sistema de pagamento criado pelo Protocolo funciona, em termos muito sucintos, da forma seguinte: as facturas mensais são remetidas à ARS, em quadruplicado, por cada uma das entidades convencionadas, até ao dia 10 do mês seguinte àquele a que respeitam. Dois duplicados carimbados com o comprovativo da recepção são remetidos pelas ARS às entidades convencionadas.

Por seu lado, a FNS envia à ARS respectiva, até ao dia 15, uma listagem global da facturação mensal das entidades convencionadas.

O Banco CISF credita na conta de cada entidade convencionada, a partir do dia 10 do mês seguinte ao da recepção da facturação, enviada pelas ARS ao Banco CISF, o montante líquido resultante da cessão de créditos feita pelos convencionados ao banco.

---

<sup>87</sup> São filiadas na FNS, entre outras entidades, e como decorre do Anexo I a este Protocolo, a Associação Nacional de Centros de Diálise, a Associação Nacional de Unidades de Diagnóstico por Imagem, a Associação Nacional dos Médicos de Neurofisiologia Clínica, a Associação Nacional dos Médicos Fisiatras, a Associação Portuguesa dos Médicos Patologistas, a Associação Nacional dos Médicos de Endoscopia Digestiva, a Clínica de Otorrinolaringologia Dr. Victor Correia da Silva, Ld.ª e o Dr. António Paes Cardoso.



As ARS devem pagar ao CISF o valor global das facturas cedidas no prazo de 6 meses após a respectiva emissão. Caso não procedam a este pagamento, o CISF pode debitar o montante em causa na conta da ARS inadimplente e juros de mora à taxa Lisbor a 3 meses, acrescida de um *spread* de 0,125%, contando-se tais juros desde a data do início da mora e operando-se o respectivo débito trimestralmente.

O Protocolo com a APOMEPA foi denunciado com efeitos a partir de 26 de Julho de 1998 e o Protocolo com a FNS com efeitos a 19 de Dezembro de 1998. Em sua substituição, passará a aplicar-se, o Sistema de Pagamento a Convencionados (SPC), aprovado por Despacho n.º 6 323/97, do Secretário de Estado da Saúde.

Este sistema, instituído pelo mesmo despacho que criou o Sistema de Pagamento a Farmácias (SPF), tem cláusulas em tudo semelhantes, à excepção dos prazos. O SPC “regula o pagamento, através das instituições bancárias, da facturação emitida pelas entidades convencionadas, relativa às prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde”. Cada ARS abre uma conta num banco indicado pelas entidades convencionadas aderentes e que tenha, ele próprio, aderido ao SPC.

Em termos gerais, a factura mensal dos convencionados é remetida mensalmente às ARS, até ao dia 10 do mês seguinte à data da factura. As ARS devolvem aos convencionados dois duplicados da factura mensal, devidamente carimbados com o comprovativo da recepção. Os convencionados cedem os seus créditos sobre as ARS aos bancos aderentes ao SPC por si indicados. O banco, por sua vez, fica irrevogavelmente autorizado a debitar na conta das ARS o valor global da facturação aceite passados seis meses a contar da data da respectiva emissão. A mora das ARS no pagamento destas dívidas importa que o banco fique igualmente autorizado a debitar, trimestralmente, na conta da ARS, juros de mora à taxa Lisbor a 3 meses, acrescida de um *spread* de 0,125%. As ARS ficam obrigadas a pagar ao banco o saldo em dívida das contas de que sejam titulares num prazo máximo de 12 meses.

#### **4.3. SISTEMA DE PAGAMENTO A FARMÁCIAS**

No que respeita ao fornecimento de medicamentos pelas farmácias aos beneficiários do SNS, verifica-se a existência de um Acordo com a Associação Nacional de Farmácias (ANF), celebrado em 24 de Outubro de 1988, publicado no DR, II Série, n.º 282, de 7 de Dezembro de 1988, revisto em 1 de Julho de 1992, conforme aviso publicado no DR, II Série, n.º 178, de 4 de Agosto de 1992, cuja vigência viria a ser prorrogada até 31 de Dezembro de 1996 por acordo celebrado em 18 de Junho de 1996 e publicado no DR, II Série, n.º 149, de 29 de Junho de 1996. Finalmente, foi objecto de alterações constantes do acordo celebrado em 27/12/96 e publicadas no DR, II Série, n.º 18, de 22 de Janeiro de 1997.

Basicamente, o esquema de funcionamento inicialmente estabelecido era o seguinte: as farmácias associadas da ANF asseguravam o fornecimento de medicamentos e produtos

dietéticos<sup>88</sup> aos utentes do SNS. O valor da comparticipação devida pelo utente era pago por este à farmácia no acto da dispensa do medicamento. Mensalmente, as farmácias remetiam às ARS a factura global relativa ao mês anterior, acompanhada das respectivas receitas. Após conferência e rectificações, a ANF apresentava a cada ARS, até ao dia 5 de cada mês, uma factura global dos fornecimentos efectuados pelas farmácias suas associadas no penúltimo mês, ocorrendo o pagamento da referida factura até ao dia 10 do mês da sua apresentação (art.º 17.º do Acordo).

Em 22 de Janeiro de 1997, foram publicadas na II Série do DR as alterações ao acordo. Mantiveram-se os procedimentos, à excepção do prazo de pagamento à ANF, que foi alargado para 70 dias, no período entre 1 de Janeiro de 1997 e 31 de Dezembro de 1999, e comprometendo-se o Ministério da Saúde a pagar todos os meses, a partir de Fevereiro de 1997, o valor integral do mês de facturação que for devido. O atraso no pagamento implica o pagamento de juros de mora, que serão aqueles que forem debitados à ANF pela banca comercial, sendo a sua facturação acompanhada da respectiva nota de débito bancária. De notar que as ARS não podem influenciar a ANF na escolha dos bancos junto dos quais se financia para pagar às suas associadas, estando assim obrigadas a pagar as taxas de juro apresentadas pelos bancos livremente escolhidos pela ANF.

A partir de 1 de Janeiro de 2000 voltará a aplicar-se o prazo inicialmente em vigor, de 40 dias.

Em 21 de Agosto de 1997, alguns meses depois da celebração do mais recente acordo com a ANF, viria a ser publicado, na II Série do DR, o Despacho n.º 6 322/97, do Secretário de Estado da Saúde, que aprovou as cláusulas gerais do Sistema de Pagamento a Farmácias (SPF), cuja génese se encontra no Protocolo celebrado entre o IGIF, o Banco CISF e algumas farmácias em 12 de Fevereiro de 1997.

Este Protocolo veio instituir um regime mediante o qual a ARS da área das farmácias aderentes e “as farmácias abrem uma conta cada uma no Banco CISF ou em qualquer outra instituição do Grupo Comercial Português/Banco Português do Atlântico, contratando com este os instrumentos financeiros que por mútuo consenso se revelem adequados, como a conta corrente, a cessão de créditos ou o factoring, destinados à mobilização do valor das facturas emitidas por aquelas farmácias relativamente ao fornecimento de medicamentos aos beneficiários do SNS”.

Em traços gerais, o sistema é o seguinte: as farmácias remetem à ARS, em quadruplicado, facturações mensais, até ao dia 10 do mês seguinte àquele a que respeitam, devendo a ARS devolver dois exemplares devidamente carimbados à farmácia. Destes, um é entregue no Banco escolhido até ao dia 15 do mês seguinte àquele a que respeita a facturação. Com a entrega desta factura no Banco dá-se a cessão do respectivo crédito sobre o Estado, sendo o cedente a farmácia e o cessionário o Banco. A partir do dia 20, o Banco credita na conta da farmácia o valor da facturação respeitante ao mês anterior.

---

<sup>88</sup> O acordo aplica-se aos medicamentos “registados na Direcção-Geral de Assuntos Farmacêuticos e comparticipados pelo SNS na percentagem constante da respectiva embalagem”, aos medicamentos manipulados, nos termos da legislação em vigor, e aos produtos dietéticos designados pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, todos devidamente prescritos em receituário normalizado.



As ARS pagam ao Banco as facturas objecto de cessão até 70 dias após a sua emissão, obrigando-se a, no prazo máximo de 12 meses, liquidar ao banco os saldos devedores de que são titulares. Nos termos do aditamento ao Protocolo, as ARS pagam ao Banco, uma vez expirados os 70 dias após a emissão das facturas cedidas, uma taxa correspondente à taxa Lisbor a 90 dias, em vigor no último dia útil anterior ao início de cada período de contagem de juros, acrescida de um *spread* de 0,125%. Após o decurso de 12 meses, as ARS entram em mora acrescentando à taxa de remuneração do empréstimo a taxa de 2%.

O Sistema de Pagamento a Farmácias (SPF) delineado pelo Despacho n.º 6 322/97, do Secretário de Estado da Saúde supra-identificado, contém algumas alterações ao Protocolo, entre as quais avulta a possibilidade de escolha pelas farmácias aderentes dos bancos junto dos quais as ARS abrem as “contas SPF”. De notar que tanto os bancos quanto as farmácias aderem ao SPF mediante um “contrato de adesão”, cujo modelo se encontra anexo ao Despacho.

Outra das alterações introduzidas pelo SPF refere-se aos prazos consagrados para a cessão de créditos das farmácias aos bancos, alargado em 5 dias.

Os bancos podem debitar nas contas das ARS os valores dos créditos cedidos passados 70 dias da emissão das facturas que os titulam. Caso as ARS não paguem a dívida durante estes 70 dias, os bancos ficam irrevogavelmente autorizados a debitar trimestralmente nas contas das ARS devedoras juros de mora à taxa Lisbor a três meses acrescida de um *spread* de 0,125%. As ARS obrigam-se a pagar ao banco o saldo devedor das contas de que sejam titulares no prazo máximo de 12 meses.

#### **4.4. CONSEQUÊNCIAS LEGAIS, FINANCEIRAS, ORÇAMENTAIS E NO ENVIDAMENTO PÚBLICO DOS SISTEMAS INSTITUÍDOS**

Os sistemas instituídos para pagamento a convencionados e farmácias acabados de descrever, quer os que se encontram em vigor quer os que foram sendo acordados ao longo do tempo, inserem cláusulas que prevêm o pagamento de juros e a intervenção, directa ou indirecta, de instituições de crédito.

Na génese do sistema está a insuficiência das dotações orçamentais destinadas a cobrir os correspondentes encargos, que são assumidos sem essa cobertura prévia, situação estrutural que se vem repetindo ao longo dos sucessivos exercícios, conduzindo a uma permanente situação de mora perante as entidades fornecedoras, que estas tentam resolver desta maneira, o que acarreta ou pode acarretar para o SNS o pagamento de juros.

Estes juros na medida em que resultam de uma permanente situação de endividamento por parte das ARS, podem configurar-se como juros remuneratórios desse endividamento e não meramente moratórios.

As entidades devedoras são neste caso as ARS, cujo regime financeiro se encontra genericamente definido nos art.ºs 16.º e 23.º do Estatuto do SNS, regulamentado nos art.ºs 24.º

e seguintes do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro. Do confronto destas normas com o disposto nos art.ºs 43.º e segs do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho, regime da administração financeira do Estado, pode concluir-se que as ARS são, para efeitos financeiros, institutos públicos que revestem a forma de serviços personalizados do Estado, submetendo-se a este diploma em tudo o que não estiver especialmente regulado. Por outro lado, no elenco das receitas das ARS, a que alude o n.º 1 do art.º 24.º do seu Regulamento, não se encontra o produto resultante da contração de empréstimos de qualquer natureza, ficando portanto sujeitas ao regime geral resultante do disposto no art.º 48.º do referido Decreto-Lei n.º 155/92, disto decorrendo que só podem recorrer ao crédito dentro dos limites e condições fixadas pela Assembleia da República, precedendo sempre autorização do Ministro das Finanças.

Ora, derivará do sistema instituído o recurso ao crédito e, sendo caso disso, terão as ARS possibilidade legal de o fazer ?

Esta questão, repete-se, é indissociável da problemática mais geral da situação económico-financeira do SNS e tem óbvias implicações em termos legais, não podendo o Tribunal, por isso mesmo, deixar de a equacionar neste relatório.

Nos casos em que, nos termos dos acordos celebrados, as ARS assumem perante uma instituição de crédito a obrigação de lhe pagar as dívidas por fornecimentos ao SNS e correspondentes a cessões de crédito<sup>89</sup> que os fornecedores entretanto lhe fizeram como forma de antecipar o respectivo pagamento, montante que as ARS assumem liquidar acrescido de juros nos casos em que é ultrapassado determinado prazo, está-se sem dúvida perante uma operação de crédito dessa instituição à ARS, sujeita à disciplina que regula as operações de crédito público.<sup>90</sup>

Já no caso do acordo com a Associação Nacional de Farmácias (ANF) a questão pode ser controvertida já que as ARS não contraem directamente qualquer operação de crédito junto da Banca pois, juridicamente, quem celebra um contrato de empréstimo junto da banca é a ANF, só a esta podendo as entidades mutuantes exigir o cumprimento das obrigações decorrentes do empréstimo, pois ela é a única e verdadeira mutuária. Isso poderá levar a concluir que do acordo não resulta o recurso a formas de crédito “mas tão só que, em caso de atraso haverá lugar ao pagamento de juros de mora”.<sup>91</sup> Não se acompanha esta posição pois considera-se que esta situação consubstancia um sistema de pagamento que envolve o recurso a operações de crédito e não a simples previsão de pagamento de juros de mora em caso de atraso no

---

<sup>89</sup> Além da cessão de créditos estão previstas ou foram utilizadas no passado as figuras de descoberto bancário, abertura de crédito em conta-corrente e *factoring*, que são operações de crédito. Cf., por exemplo, PATRÍCIO, José Simões, Direito do Crédito, Lisboa, Lex, 1994; CORDEIRO, António Menezes, Da Cessão Financeira (Factoring), Lisboa, Lex, 1994; e PIRES, José Maria, Direito Bancário, 2.º vol., Lisboa, Rei dos Livros, 1995.

<sup>90</sup> Neste exacto sentido PAZ FERREIRA, Eduardo, *Sistema de pagamento de dívidas das Administrações Regionais de Saúde às farmácias*, in Revista do Tribunal de Contas, Lisboa, n.º 28, Julho-Dezembro de 1997, págs. 44-50.

<sup>91</sup> É a opinião, neste caso, de PAZ FERREIRA, Eduardo, ob.cit., págs. 43-44.



pagamento dos valores em dívida, assumindo as ARS o pagamento de juros sobre o capital emprestado pela banca à ANF. É que, do ponto de vista substancial, as ARS estabelecem com a ANF, por via contratual, um sistema de pagamentos às farmácias, cujo resultado financeiro é em tudo idêntico ao que resultaria da contratação directa das ARS com uma entidade financeira – os juros, na hipótese de o Estado se atrasar no pagamento dos montantes em dívida são, nos termos do próprio acordo, “exclusivamente aqueles que forem debitados à ANF pela banca comercial e a sua facturação será acompanhada da respectiva nota de débito bancário”<sup>92</sup>. A única diferença é apenas a de quem tem o poder de exigir o cumprimento das obrigações assumidas pelas ARS não é directamente um banco mas a ANF. No entanto, para as ARS, enquanto entidades devedoras, este factor é, tanto do ponto de vista jurídico como financeiro, perfeitamente irrelevante - contrariamente ao que sucede com a pessoa do devedor, que não é indiferente ao credor, a pessoa do credor é quase irrelevante para o devedor. Donde, este tipo de acordos conduz ao recurso ao crédito por via indirecta por parte das ARS, contrariando as referidas regras de direito público<sup>93</sup>.

Resulta, assim, que entidades do SNS – as ARS – têm vindo a pagar ou assumiram o compromisso de pagar juros provenientes de crédito contraído, por via directa ou indirecta, junto de instituições de crédito, juros que têm, em consequência, natureza remuneratória, sem que haja uma autorização expressa para este efeito por parte do Ministro das Finanças e fora dos limites e condições fixados pela Assembleia da República nos termos legais aplicáveis.

A expressão financeira do problema poderá ser vista no quadro seguinte:

## QUADRO XXIII

### MONTANTES DE JUROS SUPOSTOS PELAS REGIÕES DE SAÚDE

(Em contos)

REGIÃO DE SAÚDE	1996		1997		1998	
	Pago	Em dívida	Pago	Em dívida	Pago	Em dívida
Norte	400 574	194 271	2 734	558 465	1 693 140	363 816
Centro	980 261	—	112 430	351 032	812 625	508 851
Lisboa e Vale do Tejo	256 663	—	66 832	—	1 740 659	361 769
Alentejo	71 155	112 450	117 445	93 059	212 706	135 888
Algarve	45 374	—	37 335	33 765	108 399	43 878

Fonte: IGF

<sup>92</sup> Acresce que relativamente aos juros cobrados pela ANF às ARS, o sistema, processando os juros em termos globais, não permite efectuar um controlo efectivo que estabeleça designadamente uma ligação específica entre juro pago e facturação em dívida a cada farmácia. Os elementos que a ANF disponibiliza baseiam-se em documentação bancária em que apenas é possível confirmar os valores dos juros pagos pela ANF naquele período a cada banco, sendo a taxa aplicável às ARS uma média ponderada das taxas dos diversos bancos junto dos quais aquela associação se endivida e dado que os empréstimos são feitos a nível nacional à ANF não se sabe em que medida o mesmo diz respeito a uma dada farmácia e a uma dada ARS. Por outro lado, existem problemas de controlo que podem dar origem a pagamentos indevidos, com todas as consequências em termos de ilícito financeiro, se for pago pelas ARS à ANF um juro por um capital que se venha a reconhecer que não estava em dívida por incorrecção da facturação que o suporta.

<sup>93</sup> Neste sentido veja-se Parecer n° 6/99-GE do Gabinete de Estudos do Tribunal de Contas.



Verifica-se um crescimento muito acentuado dos juros suportados<sup>94</sup>, aliás em consonância com o agravamento da situação financeira do SNS constatado em outros pontos do presente relatório, designadamente o revelado no *Quadro XVII* em que se verifica que a dívida a farmácias mais do que duplicou de 1997 para 1998 (passou de 51 milhões de contos em 31 de Dezembro de 1997 para 110 milhões de contos em 30 de Novembro de 1998) e o prazo médio de pagamento alargou-se de cerca de 7 meses em finais de 1997 para cerca de 11 meses em 1998.

Estes juros derivam essencialmente da crónica situação deficitária do SNS, de que resulta o pagamento num exercício de despesas que deviam ter sido pagas pelo orçamento anterior para além do dispêndio financeiro com o pagamento de juros a taxas contratadas, directa ou indirectamente, junto de instituições de crédito, sem qualquer controlo prévio, no caso da ANF, quanto à sua razoabilidade pelas ARS.

Trata-se de situações que são ilegais (o recurso ao crédito só o não será se estiver cumprido o disposto no art.º 48.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Junho) e susceptíveis de integrar os ilícitos financeiros previstos nas alíneas b) e f) do n.º 1 do art.º 65.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, provenientes de uma situação estrutural que se denuncia mais uma vez e de que o Tribunal não pode deixar de tirar as necessárias consequências caso se mantenha.

*Ouvido no exercício do princípio do contraditório, o IGIF transcreve a nota de 24 de Outubro de 1997 elaborado pelos serviços jurídicos desse Instituto onde, após se descrever o sistema de pagamento a farmácias (Despacho n.º 6 322/97, de 25/07/97) e o sistema de pagamento a convencionados (Despacho n.º 6 323/97, de 25/07/97), se conclui que os protocolos celebrados «configuram cessões de crédito em que o Banco assume o crédito com um prazo de pagamento de 6 meses, findo o qual as ARS se constituem em mora» regulando “apenas os efeitos da mora resultante do incumprimento contratual (prazo de pagamento) com o benefício financeiro de não pagar a taxa de juro legal, mas apenas a taxa nele prevista. Assim, através desses protocolos;*

- a) alargam-se os prazos de pagamento de 60 para 180 dias, no caso das entidades convencionadas e de 40 para 70 dias, no caso das farmácias;*
- b) na eventualidade de incumprimento do prazo contratual, estabelece-se uma taxa de juro inferior à legal.*

*Em aditamento, o IGIF salienta ainda que:*

- a) os protocolos em questão não prevêm qualquer situação de endividamento por parte das ARS; ao invés, limitam-se a alargar o prazo de pagamento existente à data da sua publicação de 50 dias para 180 dias (entidade convencionadas) e de 40 dias para 70 dias (farmácias);*

---

<sup>94</sup> O IGIF, nos seus comentários, refere que, em alguns casos, estes juros não resultam dos protocolos e outros acordos celebrados pois dizem respeito a “juros moratórios pagos na sequência de sentenças dos Tribunais Administrativos, em que foi autora a Associação Nacional de Farmácias contra as Administrações Regionais de Saúde”. Mais se refere que “de acordo com as decisões judiciais referidas, a existência de um prazo de pagamento determina obrigatoriamente o pagamento de juros moratórios, doutrina que vale para as convenções do Serviço Nacional de Saúde”. Daí conclui o IGIF “não se poder considerar que o não pagamento nos prazos fixados contratualmente possa constituir uma operação de endividamento”.



- b) *os Protocolos configuram negócios jurídicos de cessão de créditos, ao abrigo do art.º 577.º do Código Civil, na medida em que credor (farmácia ou entidade convencionada) transfere o seu crédito sobre o devedor (ARS) para terceiro (Banco); assim sendo, verifica-se apenas a substituição do credor originário por outra pessoa, mantendo-se inalterados os restantes elementos da relação obrigacional, incluindo o direito a juros de mora;*
- c) *apenas haverá lugar ao pagamento de juros no caso de incumprimento dos prazos contratuais de pagamento; os juros a pagar têm, assim, a natureza de juros moratórios (vd. art.º 806.º do Código Civil) e não de juros remuneratórios; acontece que, no caso concreto, com a cessão de créditos se procedeu à estipulação de um juro moratório mais baixo que o legal, o que é permitido pelo n.º 2 daquela disposição legal, com as inerentes vantagens para o interesse público;*
- d) *a taxa de tais juros seria a Lisbor acrescida de um spread de 0,125% (actualmente cerca de 3,5%) muito inferior à taxa legal (15% de 1980 a 1995, 10% até Abril de 1999 e 7% desde então);*

*Mais se informa que o Protocolo celebrado com a APOMEPA foi:*

- a) *a despacho de autorização de Sua Excelência o Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças, pelo que se encontra preenchido o requisito do art.º 48.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho;*
- b) *foi previamente submetido a visto do Tribunal de Contas que decidiu não estar o mesmo sujeito a visto, pressupondo tal decisão que o contrato em causa não gerava despesa, pelo que parecia ser entendimento do Tribunal que os juros não tinham natureza remuneratória mas moratória.*

*Finalmente, refere-se que o facto de em nenhum dos referidos Protocolos se referir a disposição legal ao abrigo da qual são celebrados “deve-se, certamente, à circunstância daqueles Protocolos apenas regularem de novo prazos de pagamento e não qualquer matéria substantiva”. Mas adianta-se que as disposições legais não citadas que permitem a celebração de tais convenções são a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde) – Base XII, n.ºs 1 e 3 e o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde) art.º 37.º, n.º 1, alínea c) e 2.*

***O Instituto de Gestão de Crédito Público (IGCP), ouvido sobre o teor deste ponto informa não lhe caber “pronunciar-se sobre a matéria em causa” uma vez que não vê “qualquer referência, no relatório, ao Instituto de Gestão de Crédito Público em relação às situações que aí são enumeradas».***

Em primeiro lugar, cumpre sublinhar que o IGIF só de passagem se refere à situação mais importante – a do acordo com a ANF, parecendo que muito do alegado, designadamente em termos de natureza da operação e taxas de juro, não lhe é aplicável.

Em todo o caso, considera-se que o IGIF não tem razão e são de manter, no essencial, as qualificações feitas anteriormente sobre a ilegalidade da situação relatada.

É que nesta matéria o que é verdadeiramente relevante é a realidade subjacente e não as configurações ou as designações que formalmente a enquadrem.

Assim, importa ter em conta que não se está perante casos de pontual incumprimento de obrigações contratuais geradoras de juros de mora, surgidas em resultado de compromissos cobertos por adequada dotação orçamental, mas perante uma situação estrutural de endividamento permanente e crescente, com recurso, directo ou indirecto, a crédito bancário.

Ora, como salienta SOUSA FRANCO, a noção de crédito público tem de partir da ideia geral de crédito e “este corresponde, em termos amplos, à existência de uma situação em que se verifica dilação temporal entre duas prestações que deveriam ser, em princípio, simultâneas, derivando daí um benefício para um dos sujeitos da operação”<sup>95</sup>.

E, sugestivamente para a situação em análise, PAZ FERREIRA refere, ao caracterizar o crédito público, que se está perante uma “operação de crédito quando o Estado beneficia de uma transmissão de meios de liquidez por parte de outros sujeitos económicos, obrigando-se, em contrapartida, a proceder mais tarde à sua devolução e à remuneração do capital recebido”<sup>96</sup>.

No caso em apreço é isso que se passa: as ARS beneficiam de uma transmissão de liquidez por parte de outros sujeitos económicos – os bancos e outras instituições de crédito intervenientes, obrigando-se, em contrapartida, a pagar o capital em dívida acrescido de uma taxa de juro, que tem, dada a natureza comercial das actividades desenvolvidas por aquelas entidades, uma função remuneratória desse capital. Aliás, mesmo nos casos em que se verificaram cessões de crédito a instituições bancárias, importa salientar que não constitui finalidade dos bancos adquirir crédito através da realização de cessões de crédito com vista à obtenção de juros moratórios resultantes do incumprimento temporário dos devedores do cedente desse crédito; os bancos aceitam que lhes cedam crédito com vista à obtenção de uma remuneração pela utilização dos capitais que mobilizam para essa finalidade, pelo que não é defensável que os acordos e protocolos em causa não conduzam a uma situação de endividamento público com a consequente assunção de encargos resultantes da remuneração dos capitais antecipados pelas entidades financeiras em causa.

Estando-se, assim, perante crédito público às ARS é aplicável o art.º 48.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Junho, que é bem claro no sentido de que “os organismos autónomos podem contrair empréstimos dentro dos limites e nas condições fixadas pela Assembleia da República”, devendo o recurso ao crédito ser “sempre submetido a autorização prévia do Ministro das Finanças”. Aliás, o IGIF, nas suas delegações, acaba por afirmar que um dos protocolos – o celebrado com a APOMEPA – foi “submetido a despacho de autorização de Sua Excelência o Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças, pelo que se encontra preenchido o requisito do art.º 48.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho”, assim se reconhecendo, na prática, a aplicação desse dispositivo à situação em causa<sup>97</sup>.

---

<sup>95</sup> SOUSA FRANCO, A.L., Finanças Públicas e Direito Financeiro, vol. II, 4.ª ed. – 5.ª reimp., Coimbra, Almedina, 1997, pág. 80 e segs.

<sup>96</sup> PAZ FERREIRA, Eduardo, Da Dívida Pública e das Garantias dos Credores do Estado, Coimbra, Almedina, 1995, pág. 158.

<sup>97</sup> Quanto ao facto de o mesmo Protocolo ter sido submetido a visto do Tribunal de Contas tendo sido devolvido por não estar sujeito a visto, importa ter em conta que foi alegado pelos serviços promotores do visto que dele não resultavam encargos para o Estado, não se tendo o Tribunal pronunciado sobre a natureza dos juros em causa.



A situação não pode desligar-se, por outro lado, da falta de recursos suficientes para fazer face às despesas que dão origem à dívida e consequente desorçamentação da despesa. Acresce ainda que, em muitos casos, por força do mecanismo de regularização da dívida do SNS com recurso à dívida pública, através de operações de tesouraria (veja-se acima ponto 3.5), estas despesas são pagas num primeiro momento com recurso ao crédito bancário e depois o crédito bancário é ele próprio pago por recurso directo à dívida pública.

O Tribunal considera esta situação ferida de ilegalidade e pondo em causa a transparência e integralidade das contas públicas e a economia e eficiência dos gastos públicos.

## 4.5. CONCLUSÕES

Concretizando o sistema de saúde, que é constituído não só pelo SNS mas também por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas que acordem com as ARS a prestação de cuidados de saúde, têm sido celebrados acordos e convenções com estas entidades.

Não está estabelecido, porém, na lei o sistema de pagamento às mesmas, que resulta, assim, dos acordos e convenções celebrados, estando presentemente em vigor o sistema de pagamento a convencionados, aprovado pelo Despacho n.º 6323/97 do Secretário de Estado da Saúde, que não invoca para o efeito qualquer disposição legal.

No tocante a medicamentos, o regime de comparticipação do SNS está definido no Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, em nenhum diploma se encontrando definido o sistema a adoptar no pagamento das comparticipações devidas às farmácias.

Para o efeito, vigora presentemente o sistema de pagamento a farmácias estabelecido pelo Despacho n.º 6322/97, do Secretário de Estado da Saúde, bem como um Acordo entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional de Farmácias, não se invocando em qualquer deles a disposição legal ao abrigo da qual são celebrados.

Os sistemas instituídos para pagamento a convencionados e farmácias inserem cláusulas que prevêm o pagamento de juros e a intervenção, directa ou indirecta, de instituições de crédito, estando na sua génese a insuficiência de meios financeiros para cobrir os correspondentes encargos, situação estrutural que se vem repetindo ao longo dos sucessivos exercícios, conduzindo a uma permanente situação de endividamento das ARS perante as entidades fornecedoras, que estas tentam resolver através de crédito contraído junto de instituições de crédito, o que acarreta ou pode acarretar para o SNS o pagamento dos juros correspondentes, que têm uma natureza remuneratória desse crédito.

Dado que as entidades devedoras são as ARS, o recurso ao crédito só poderá ocorrer nas condições enumeradas no art.º 48.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Junho.

## CAPÍTULO III

### 1- AS INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE SAÚDE AUDITADAS

Nos termos previstos no Plano Global de Auditoria (PGA), aprovado pelo Tribunal de Contas (Resolução n.º 6/96 – 2.ª Secção) em Plenário da 2.ª Secção de 96/02/08, a 2.ª Fase da Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde, decorreu junto de 7 Instituições Oficiais de Saúde (IOS), tendo sido seleccionadas<sup>98</sup> as seguintes:

#### Sub-Regiões de Saúde

- Lisboa (SRSL)
- Setúbal (SRSS)

#### Hospitais Centrais

- Hospital de S. José (HSJ)
- Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

#### Hospitais Distritais

- Hospital Garcia da Orta – Almada (HGO)
- Hospital de S. Bernardo – Setúbal (HSB)
- Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro (HNSR)

Na presente fase, os objectivos a atingir, de acordo com o n.º II.3 do PGA, consistiram na avaliação e análise do funcionamento das IOS onde teve lugar o desenvolvimento da acção, tendo em vista os seguintes aspectos:

- Sistemas de controlo interno nas áreas de:
  - Aprovisionamento – Compras e Gestão de Stocks
  - Facturação de fornecedores de bens e serviços
  - Facturação a terceiros – utentes, subsistemas e outros
  - Farmácia
  - Gestão de doentes
  - Prestações Directas<sup>99</sup> - Convencionados e Farmácias
  - Expediente/Tesouraria/Contabilidade
  - Gabinete do Utente/Livro de Reclamações/Caixa de Opiniões e Sugestões

---

<sup>98</sup> A selecção foi efectuada de acordo com parâmetros definidos, designadamente, expressão em termos percentuais dos orçamentos das IOS no Orçamento do SNS em 1995, e peso relativo dos débitos e créditos das IOS nos seus respectivos orçamentos financeiros em 31 de Dezembro de 1995.

<sup>99</sup> Esta área é exclusiva das Administrações Regionais de Saúde e das respectivas Sub-Regiões.



- Organização contabilística e procedimentos adoptados.
- Grau de eficiência na utilização de recursos, em particular na área de consumos.
- Análise dos indicadores de movimentos assistencial e da qualidade dos serviços prestados.

Com vista à avaliação dos sistemas de controlo interno instituídos nas áreas seleccionadas em cada uma das Instituições Oficiais de Saúde auditadas, efectuou-se um exaustivo levantamento de circuitos, tendo por finalidade atingir os objectivos propostos em III 3 A) e B) do Plano Global de Auditoria do SNS (2.ª fase) aprovado em Plenário da 2.ª Secção (acta n.º 26/97, de 10 de Julho), pelo que, neste capítulo, far-se-á uma síntese dos resultados das auditorias realizadas junto dos Hospitais e Sub-Regiões de Saúde, consubstanciadas nas conclusões das observações de auditoria produzidas nos respectivos relatórios.

Refere-se, ainda, que as conclusões que constam dos relatórios das auditorias realizadas são já o resultado das observações de auditoria formuladas e submetidas a contraditório, junto dos respectivos responsáveis das várias instituições.

## **2 – ORGANIZAÇÃO, PLANEAMENTO E CONTROLO**

### **2.1. ORGANIZAÇÃO GERAL**

#### **2.1.1. HOSPITAIS**

A estrutura orgânica dos Hospitais auditados obedece às linhas gerais constantes da Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21/01), encontrando-se os Serviços agrupados em Áreas de Administração Hospitalar, dotadas, cada uma delas, de um administrador hospitalar que desenvolve a sua actividade junto dos serviços competentes, na aplicação de técnicas de gestão.

Do exposto excepciona-se o HSB, cuja estrutura organizacional não se enquadra no modelo exigido pelo art.º 9.º do Decreto-Lei n.º 19/88, porquanto as áreas adstritas aos administradores hospitalares caracterizam-se pela total ausência de homogeneidade em função das áreas operativas. Tal situação resulta da dificuldade em recrutar e manter administradores hospitalares neste organismo (elevada rotação), assim como da escassez de pessoal técnico nas áreas administrativas, encontrando-se, por esse motivo, desenhada por forma a aglutinar serviços não homogêneos sob uma mesma área de responsabilidade atribuída a um administrador hospitalar, em função da sua experiência e conhecimento.

Verificou-se que todos os Hospitais se encontravam integrados em unidades de saúde, englobando os Centros de Saúde da área respectiva, visando uma articulação funcional entre serviços de saúde, segundo critérios de complementaridade técnica e de continuidade de cuidados, disponibilizando uma oferta de cuidados, de acordo com as necessidades da população.

No entanto, apesar da existência de articulação entre aquelas entidades, em muitas situações o primeiro contacto com os cuidados de saúde é efectivado através dos Serviços de Urgência de cada Hospital.

Em relação à área de Organização e Planeamento no âmbito global das instituições, constatou-se que, regra geral, não têm sido criados “órgãos” especialmente vocacionadas para esta área, cabendo ao órgão de gestão suprir a falta referida, excepção feita aos HUC. Todavia, a actividade deste órgão é reduzida, dada a escassez de meios humanos, não conseguindo, por conseguinte, dar uma informação atempada à gestão, tendo em conta a informação necessária às operações de planeamento, avaliação e controlo.



Em todos os Hospitais verificou-se não existir a figura de auditor, órgão de fiscalização previsto no n.º 1 do art.º 2 e art.º 28.º do Decreto - Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro, bem como, com excepção do HSJ, o Regulamento Interno nos termos do art.º 35.º daquele diploma.

Observou-se, no entanto, a aplicação do n.º 3 do art.º 5.º do Decreto-Regulamentar, que prevê a existência de actas das reuniões do Conselho de Administração, devidamente aprovadas.

## 2.1.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Analisada a estrutura orgânica das SRSS e SRSL, e tendo como base documental as respectivas normas de serviço existentes, constatou-se que os seus organogramas obedecem ao modelo estabelecido no n.º 2 do art.º 21.º do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro, excepção feita à SRSS ao nível da Secção de Arquivo, uma vez que a mesma está na dependência da Divisão de Apoio Técnico (DAT), e não da Repartição Administrativa.

## 2.2. PLANEAMENTO E CONTROLO

Apesar da existência de normas que obrigam à elaboração dos planos e relatórios anuais - a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/87, de 8 de Julho, o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, (para os hospitais), e mais recentemente o Decreto-Lei n.º 183/96, de 27 de Setembro - e de tal prática estar já institucionalizada num largo número de serviços, a sua generalização ainda não é satisfatória, reflectindo não só o não cumprimento da lei, como também a existência de deficientes práticas de gestão.

### 2.2.1. HOSPITAIS

Relativamente aos Hospitais auditados, verificou-se, em alguns anos, a inexistência de planos e relatórios de actividades, o que inviabiliza o conhecimento das estratégias e dos objectivos devidamente quantificados por cada uma das instituições e, conseqüentemente, o seu grau de concretização.

No que se refere ao HNSR foi verificado que, muito embora o então órgão de gestão do Hospital tenha elaborado os planos de actividades de 1994 e 1995 em cumprimento dos imperativos legais, não elaborou o relatório anual de actividades para esses anos, conforme estabelecia a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/87, de 8 de Julho e n.º 2 do art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro.

Para 1996 foram elaborados o plano e relatório de actividades. Contudo, em Abril de 1996, dá-se a cessação de funções, por iniciativa ministerial, da maioria dos membros do Conselho de Administração (CA) que haviam elaborado o respectivo plano, entendendo o novo órgão de



gestão não ser de atender às grandes linhas de actuação consubstanciadas no plano de actividades desse ano, pelo que, apesar de ter sido elaborado o referido relatório de actividades, o mesmo não reflectiu o grau de realização dos programas estabelecidos no plano de actividades.

Relativamente a 1997, o plano elaborado propôs já a adopção de várias medidas com o objectivo de ultrapassar as dificuldades sentidas no Hospital. No entanto, à data da conclusão da auditoria (Novembro de 1997), o relatório desse ano ainda não se encontrava elaborado, não estando, por isso, avaliados os resultados das acções definidas no plano de actividades por forma a serem apurados os desvios face aos resultados atingidos.

Relativamente ao HSB, verificou-se que o órgão de gestão apresentou os planos de actividades de 1994 a 1997. Todavia, da sua análise constatou-se que o modelo do plano para 1997 não se enquadra no n.º 2 do art.º 1.º e n.º 1 do art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 183/96, de 27 de Setembro, justificando os responsáveis tal dever-se ao facto da publicação tardia do diploma (27/9), não sendo por isso possível adequá-lo ao modelo exigido. Este plano não apresenta a data em que foi aprovado pelo Conselho de Administração, desconhecendo-se se o plano de actividades foi efectuado até ao final do mês de Dezembro do ano anterior.

Quanto aos HUC, no período de 1994 a 1997<sup>100</sup>, não procederam à elaboração, quer dos planos, quer dos respectivos relatórios de actividades.

Igualmente, o HGO não elaborou, até 1997, planos e relatórios de actividades, não dando assim cumprimento aos imperativos legais e de gestão, tendo sido somente elaborado para 1998 o primeiro plano de acção.

Quanto ao HSJ, verificou-se que não elaborou o plano de actividades de 1994 a 1997, tendo, no entanto, elaborado os respectivos relatórios de actividades relativos ao mesmo período (1994 a 1997), assim como o plano para o ano de 1998.

## 2.2.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Constatou-se que a Sub-Região de Saúde de Setúbal não elaborou os planos de actividades referentes aos anos de 1995 e 1996, mas sim os relativos aos anos de 1997 e de 1998, apesar de os mesmos não referirem as datas em que foram aprovados pelo Coordenador da Sub-Região. Para 1997 e 1998, os planos de actividades encontram-se elaborados segundo a estratégia de saúde regional definida pela ARSLVT para 1997<sup>101</sup> e para 1998<sup>102</sup>, de acordo com a estratégia definida pelo Ministério da Saúde para o período de 1998-2002.

---

<sup>100</sup> No decorrer da auditoria apenas foi facultado o relatório e contas de 1995 e 1996, elaborados pelos Serviços Financeiros e não pelo órgão de gestão; diferentemente de um relatório de actividades, tratava-se de um relatório e contas de cariz meramente financeiro, não perspectivando os objectivos de gestão a desenvolver anualmente e a apreciação do grau de realização alcançado em cada um dos períodos em apreço.

<sup>101</sup> O documento “Estratégia de Saúde Regional” estabelece as principais áreas de acção da ARSLVT e dos seus objectivos estratégicos, e procurou “proporcionar uma base de trabalho para um debate e consultas preparatórias de uma Estratégia Regional de Saúde para 1997-2001”.

<sup>102</sup> Documento “Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do Século – 1998-2002”.



Relativamente aos relatórios de actividades, verificou-se a sua não elaboração em 1995, e o de 1997 não foi cedido por não estar ainda concluído no término da auditoria (Abril/98).

Na Sub-Região de Saúde de Lisboa não foram elaborados planos e relatórios de actividades até 1997, ano em que tomou posse o actual coordenador. Apesar dos esforços desenvolvidos no sentido de implementar tal prática, nomeadamente através de solicitação escrita, nesse sentido, a todos os directores de serviços, apenas alguns sectores da Instituição elaboraram os respectivos planos e relatórios de actividades. Verificou-se, assim, que a Sub-Região não elaborou um plano de acção global propriamente dito, uma vez que não existe um departamento que centralize todos os planos sectoriais. Assim, a sua actividade rege-se pelos documentos referidos que estabeleceram as estratégias da saúde para 1996/1997 e, mais recentemente, para 1998/2002.

## **2.3. OUTROS INSTRUMENTOS PARA A GESTÃO**

### **2.3.1. ORGÃOS DE APOIO TÉCNICO - COMISSÕES**

#### **2.3.1.1. HOSPITAIS**

Para além das comissões previstas no Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro (médica, de enfermagem e farmácia e terapêutica), verificou-se que os Hospitais auditados têm constituído outras comissões, designadamente, de ética, de humanização e qualidade dos serviços prestados, de antibióticos, de nutrição, como órgãos de apoio técnico aos departamentos e serviços prestadores da actividade assistencial e fonte de informação para a gestão.

Relativamente às comissões previstas na al.<sup>a</sup> c) do art.º 1.º do Decreto Regulamentar n.º 3/88, constatou-se que as mesmas se encontravam constituídas em todos os Hospitais auditados.

Em relação às restantes comissões existentes nos Hospitais como órgão de apoio técnico aos departamentos e serviços do hospital, sejam elas quer de índole assistencial quer técnico-administrativa, verificou-se que as comissões constituídas funcionam regularmente; no entanto, através dos documentos constantes nas suas pastas de trabalho, não foi possível, em algumas delas, avaliar o trabalho desenvolvido sobre as matérias que são da sua competência, no âmbito do apoio que prestam ao órgão de gestão, quer por sua iniciativa ou a pedido daquele órgão.

Entende-se que quer os planos /relatórios anuais das Comissões, quer os trabalhos por estas desenvolvidos, deveriam também ser reflectidos nos planos/relatórios anuais dos Hospitais, o que não vem sendo efectuado. Torna-se indispensável que a actividade das comissões seja acompanhada pelo órgão de gestão, o que só poderá acontecer se estas procederem à elaboração atempada de actas, planos e relatórios de actividades sectoriais.



## 2.3.1.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Nos termos do disposto no n.º 1 do Despacho n.º 2/95, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, II Série, n.º 165, de 19 de Julho, foram criadas na dependência dos Conselhos de cada uma das ARS, as Comissões de Farmácia e Terapêutica das Regiões de Saúde<sup>103</sup> (CFTS).

Com o intuito de contribuir para o esclarecimento dos médicos prescritores sobre o preço dos medicamentos e das práticas terapêuticas em ambulatório, as CFTS desenvolveram desde a sua constituição até à presente data algumas iniciativas. Assim, procedeu a Região de Saúde de Lisboa<sup>104</sup> à divulgação de boletins terapêuticos, designadamente para a úlcera péptica, hipertensão arterial (dois números) e depressão, e a Região de Saúde do Centro, para a hipertensão arterial e antibióticos usados na terapêuticas das infecções respiratórias agudas. Tal é devido ao facto de só muito recentemente<sup>105</sup> ter sido editada pelo INFARMED a versão portuguesa do Formulário Europeu de Medicamentos para Ambulatório.

De referir que as CFTS das Regiões de Saúde realizaram ainda alguns trabalhos e acções de formação, com o objectivo de sensibilizar os médicos participantes para a problemática dos elevados custos com o consumo de medicamentos e de prescrição no ambulatório.

## 2.3.2. GABINETE DO UTENTE

Criado pelo Despacho n.º 26/86 do Ministro da Saúde, o Gabinete do Utente constituiu uma aposta na defesa dos direitos dos utentes dos serviços de saúde, de forma a dar-lhes voz, manifestando a sua opinião sobre o nível de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde e procurando proporcionar soluções visando corrigir as situações reveladoras de deficiências. Mais recentemente, foi criado o *Livro de Reclamações*<sup>106</sup>, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 189/96, destinado a idêntica finalidade.

Em todos os Hospitais auditados foi verificada a existência destes Gabinetes, cuja eficácia foi bastante prejudicada, de uma forma geral, dada a sua má localização, deficiente visibilidade e, ainda, a pouca divulgação e sinalização do mesmo. Diferentemente, nas Sub-Regiões de Saúde, nos respectivos Centros de Saúde visitados<sup>107</sup>, observou-se um cuidado especial na

<sup>103</sup> Para além da CFTS constituída para a Região de Saúde de Lisboa, na dependência do CA da ARS, existe na SRSS uma CFT constituída em data anterior à da publicação do referido despacho.

<sup>104</sup> A Sub-Região de Saúde de Setúbal procedeu, igualmente, à elaboração de formulários para as patologias com maiores prescrições (com a indicação do preço correspondente), no intuito de orientar a terapêutica prescrita e de a mesma ser efectuada ao menor custo possível, tendo os referidos formulários sido distribuídos aos Centros de Saúde da Sub-Região em inícios de 1998.

<sup>105</sup> Em Junho de 1998. Portugal passou a integrar o Grupo do FEA em 1990, e entre 1994 e 1997, realizou-se em Portugal um ensaio do referido formulário nos Centros de Saúde de Ajuda, Alcântara, Oeiras, Parede e Santarém.

<sup>106</sup> De implementação obrigatória em todos os serviços públicos, e não apenas nos serviços de saúde.

<sup>107</sup> Na Sub-Região de Saúde de Lisboa, os Centros de Mafra, Sintra e S. Mamede, na Sub-Região de Saúde de Setúbal, os Centros de Almada, Setúbal e Grândola

publicitação do Gabinete, mediante a colocação, bem visível, de cartazes anunciadores, com excepção do Centro de Saúde de Grândola.

De uma forma geral, registaram-se quase só reclamações, o que pode dar conta de algum desagrado dos utentes face ao funcionamento dos serviços de saúde. Os motivos que levaram os utentes a manifestar-se prendem-se, essencialmente, com deficiências no atendimento por parte do pessoal dos serviços (de saúde e não só), excesso de tempo de espera para a obtenção de consultas, exames e outros serviços, dificuldades no reembolso de taxas moderadoras por não serem as mesmas devidas e, ainda, críticas à organização dos serviços.

As reclamações dirigiram-se, sobretudo, aos serviços de Urgência e Consulta Externa pelos motivos invocados, merecendo destaque as diversas queixas dos utentes face ao comportamento adoptado por algum pessoal dos serviços, nomeadamente nas áreas de atendimento. Contudo, o encaminhamento dado pelos órgãos responsáveis àquelas reclamações nem sempre foi com a tempestividade requerida, e, em alguns casos, desconhecem-se as decisões tomadas sobre os factos apresentados ao órgão competente.

Com finalidade idêntica, encontraram-se em algumas instituições outros instrumentos criados para apoio do utente, designadamente as *linhas telefónicas azuis* (no HSB), cujo deficiente funcionamento se atribui à falta de publicitação das mesmas junto dos balcões de atendimento, em contravenção do disposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/88.

## **2.4. CONCLUSÕES**

A estrutura orgânica dos Hospitais auditados obedece às linhas gerais constantes da Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro), encontrando-se os Serviços agrupados em Áreas de Administração Hospitalar, dotadas, cada uma delas, de um administrador hospitalar, com excepção do HSB cuja estrutura organizacional não se enquadra no modelo exigido pelo art.º 9.º do citado diploma.

Analisada a estrutura orgânica das Sub-Regiões de Saúde de Setúbal e de Lisboa, constata-se que os seus actuais organogramas obedecem ao modelo estabelecido no n.º 2 do art.º 21.º do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro, excepção feita à SRSS ao nível da Secção de Arquivo, uma vez que a mesma está na dependência da Divisão de Apoio Técnico (DAT), ao invés da Repartição Administrativa.

Ao nível da área de organização e planeamento constatou-se que regra geral, não têm sido criados “órgãos” que permitam auxiliar o órgão de gestão, não só quanto à quantificação dos objectivos como em relação ao seu grau de concretização (excepção feita aos HUC).

Da mesma forma se constatou, no período de 1994 a 1998, a não elaboração em muitos casos de planos e relatórios de actividades, ou a sua não correspondência em termos de objectivos propostos e alcançados, o que inviabiliza o conhecimento das estratégias, dos objectivos devidamente quantificados e, conseqüentemente, do seu grau de concretização.



Em todos os Hospitais auditados verificou-se a ausência de nomeação de auditor, órgão de fiscalização previsto no n.º 1 do art.º 2.º e art.º 28.º do Decreto Regulamentar n.º 3/88, e que somente o HSJ dispunha de Regulamento Interno nos termos do art.º 35.º daquele diploma.

Constatou-se ao nível dos Hospitais que, regra geral, são nomeadas comissões para além das previstas no Decreto Regulamentar n.º 3/88 (médico, de enfermagem e farmácia e terapêutica), como fonte de informação para a gestão; no entanto, os trabalhos desenvolvidos, salvo algumas excepções, não são vertidos em actas, relatórios e medidas concretas.

Em síntese, e de um modo geral, alguns dos «instrumentos» existentes para a defesa dos direitos dos utentes dos serviços de saúde não reflectem grande eficácia face à finalidade para que foram constituídos, e, por outro lado, a quase inexistência de sugestões/agradecimentos permite concluir da pouca motivação dos utentes em manifestar publicamente o seu agrado pelos serviços prestados, antes, pelo contrário, se manifestam pelo lado negativo – o da insatisfação.

Por outro lado, em nenhuma das instituições auditadas o Gabinete do Uteuante procedeu à realização de qualquer diligência<sup>108</sup> destinada a recolher junto dos utentes a sua opinião sobre o nível de qualidade dos serviços que são postos à sua disposição, de modo a obter, uma visão exterior do que os utentes pensam do «seu» hospital, ou centro de saúde, que permitiria a introdução de eventuais medidas correctivas no sentido da melhoria do serviço prestado em todas as suas dimensões.

---

<sup>108</sup> Inquéritos ou questionários entregues em mão.

### **3 - APRECIÇÃO GERAL DA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DAS INSTITUIÇÕES AUDITADAS**

Far-se-á seguidamente em relação às entidades auditadas (Hospitais e Sub-Regiões de Saúde) uma breve abordagem dos aspectos essenciais colhidos através da análise de dados de natureza económico-financeira, reportados ao triénio 1994/1996<sup>109</sup>.

#### **3.1. ANÁLISE ECONÓMICO-FINANCEIRA**

##### **3.1.1. HOSPITAIS**

As análises efectuadas aos dados financeiros dos Hospitais auditados permitiram verificar que, em termos estruturais, são os encargos com o pessoal que consomem a maior parte dos recursos, situando-se na ordem dos 50 a 60% do total de encargos, seguidos logo pelo consumo de bens, cuja média se situa, aproximadamente, em 25% dos custos, e, bem assim, o recurso aos serviços prestados por terceiros cujo peso médio na estrutura de encargos se centra em torno dos 20%.

Esta é a estrutura que tem caracterizado os hospitais, verificando-se como a «mão de obra» sustenta um peso bastante forte nos recursos utilizados naquelas instituições, a par do consumo de bens, onde se destacam o material clínico e produtos farmacêuticos, no seu conjunto absorvendo à volta de 80% dos encargos totais.

No triénio em questão, as variações anuais foram bastante acentuadas, assumindo diferentes proporções nos vários Hospitais auditados, em todos eles se observando uma tendência para um aumento generalizado dos custos.

É na área do consumo de material clínico, medicamentos e outros produtos de natureza hospitalar que se registaram os maiores índices de crescimento, os quais se centraram à volta de 40% nos hospitais verificados, com excepção do HGO, o único onde se atingiu um agravamento superior a 100%. A responsabilidade por este aumento deve-se essencialmente ao consumo crescente (em valor) dos produtos farmacêuticos, com taxas que chegaram a atingir mais de 100%. Não obstante, em menor dimensão, também se registaram agravamentos no consumo de material clínico com taxas que rondaram os 30%, à excepção do HGO onde, uma vez mais, foram ultrapassados os 100%<sup>110</sup>. Observe-se, para o efeito, o *Quadro XXIX* no ponto 6.1 do Capítulo III.

Se se atender às taxas de crescimento verificadas no movimento de doentes no triénio 1994/1996, que se quedaram por valores não superiores a 15%, poder-se-á inferir que, efectivamente, existiu um forte agravamento dos custos no domínio dos consumos hospitalares. Para tal comportamento terão contribuído essencialmente os efectivos aumentos

---

<sup>109</sup> Optou-se por se uniformizar o período em análise, dado que para os HSB e HNSR não foi abrangido o ano de 1997, ano de realização das respectivas auditorias.

<sup>110</sup> Para maior desenvolvimento da área de consumo de medicamentos e de material clínico vidé ponto 6, cap.º III.



de consumo, como também a utilização de especialidades farmacêuticas de elevado preço, utilizadas no tratamento de determinadas patologias.

A variação dos encargos com o pessoal assumiu diferentes proporções nos Hospitais em apreço, cifrando-se em aumentos que se situaram entre os 12 e os 47%, devendo-se tal facto essencialmente a reforços nas dotações dos *Quadros* de pessoal. O valor mais acentuado observou-se no HGO, cujo acréscimo de despesa nesta área atingiu 47% em virtude do aumento de cerca de 19% verificado nos efectivos.

O recurso aos serviços prestados por terceiros registou uma variação média nos Hospitais auditados que oscilou entre os 2 e os 38%, este último valor verificado no HGO, sendo a variação mais baixa no HNSR.

Em termos de proveitos, é claramente evidente a importância do Orçamento do Estado como recurso principal, assumindo cerca de 80% do total de recursos, e contando apenas com proveitos provenientes de facturação a terceiros à volta de 15%. No triénio considerado, em todos os Hospitais se verificaram intensos aumentos nas dotações orçamentais, que oscilaram entre os 20 e os 60%, o que, não obstante as significativas variações positivas verificadas na facturação a terceiros, reafirma a quase total dependência dos hospitais públicos do Orçamento do Estado, evidenciando, assim, uma clara tendência para que tal situação se mantenha, ou até se agrave.

Pese embora a intensa evolução observada na facturação a terceiros, verificam-se em alguns Hospitais variações bem mais elevadas, no triénio em análise, dos montantes de créditos em balanço, facto que poderá indiciar um crescimento real da facturação sem que a cobrança das mesmas se tenha processado de forma idêntica. Estão nesta situação, por exemplo, os HUC e o HGO<sup>111</sup>, cuja variação da facturação no triénio é inferior à evolução verificada nos créditos. Na situação oposta, o HSJ, onde se observou um crescimento da facturação na ordem dos 73%, apresenta, contudo, no triénio, um decréscimo nos créditos de cerca de 2,4%, bem revelador da maior eficiência no seu recebimento.

No que à composição das dívidas de terceiros diz respeito, visualizado no *Quadro* seguinte, as maiores percentagens referem-se, geralmente, à ADSE, imediatamente seguida das empresas seguradoras, à excepção do HSJ, onde cerca de 71% dos créditos provêm de seguradoras. Com efeito, neste último Hospital, as dívidas daquelas entidades cresceram cerca de 9%, o que permite admitir que, sendo dos maiores devedores do Hospital, tendem a não efectuar os pagamentos que lhe são devidos.

---

<sup>111</sup> Atenda-se, ainda, ao modo como funcionam os sistemas de facturação a terceiros nestes dois hospitais, situação tratada no ponto 8 do cap.º III, bem reveladores de várias deficiências que justificam, certamente, a presente conclusão.



MP  
127

**QUADRO XXIV**  
**DÍVIDAS DOS SUB-SISTEMAS AOS HOSPITAIS AUDITADOS**

(Em contos)

	HSB			HNSR			HUC			HGO			HSM		
	1996	1997	D %	1996	1997	D %	1996	1997	D %	1996	1997	D %	1996	1997	D %
<b>ADSE</b>	180 782	291 294	61,1	355 679	365 823	2,9	1 477 160	2 210 943	49,7	584 468	707 289	21,0	495 432	822 527	66,0
<b>FORÇAS ARMADAS</b>	12 213	28 879	136,5	45 639	38 027	(16,6)	75 699	108 212	43,0	74 804	67 777	(9,4)	40 332	23 847	(40,9)
<b>FORÇAS MILITARIZADAS</b>	56 008	63 796	13,9	83 426	36 277	(56,5)	246 451	161 170	(34,6)	118 709	76 270	(35,8)	107 412	75 220	(30,0)
<b>SAMS</b>	33 605	55 809	66,1	32 853	52 015	58,3	199 341	297 499	49,3	82 757	143 127	73,0	59 037	105 984	79,5
<b>COMP. SEGURADORAS</b>	102 512	132 472	29,2	270 493	309 912	14,6	981 184	1 055 186	7,6	222 220	223 930	0,8	2 162 634	2 348 302	8,6
<b>SERVIÇOS SOCIAIS</b>	23 795	30 591	28,6	56 817	39 931	(29,7)	241 187	213 588	(11,4)	8 472	24 218	185,9	63 935	28 136	(66)
<b>OUTROS SUB-SISTEMAS</b>	24 994	88 360	253,5	23 016	25 955	12,8	498 174	1 025 749	105,9	259 220	23 645	(90,9)	9 882	2 408	(75,6)
<b>TOTAL SUB-SISTEMAS</b>	<b>434 134</b>	<b>691 201</b>	<b>59,2</b>	<b>867 923</b>	<b>867 940</b>	<b>0,01</b>	<b>3 719 196</b>	<b>5 072 347</b>	<b>36,4</b>	<b>1 350 650</b>	<b>1 266 256</b>	<b>(6,2)</b>	<b>2 938 665</b>	<b>3 406 424</b>	<b>15,9</b>
<b>OUTROS CLIENTES</b>	57 357	89 540	56,1	250 604	261 966	4,5	6 797	20 674	204,2	101 884	356 461	249,9	1 480 373	1 489 918	0,6
<b>CLIENT. COB. DUVIDOSA</b>							313 900	332 163	5,8				1 025 119	1 009 404	(1,5)
<b>ADIANT. CLIENTES</b>							(18 476)	(93 400)	405,5				(710)	(1060)	(49,3)
<b>TOTAL DE CLIENTES</b>	<b>491 491</b>	<b>780 741</b>	<b>58,9</b>	<b>1 118 527</b>	<b>1 129 906</b>	<b>1,0</b>	<b>4 021 417</b>	<b>5 331 784</b>	<b>32,6</b>	<b>1 452 534</b>	<b>1 622 717</b>	<b>11,7</b>	<b>5 443 446</b>	<b>5 904 686</b>	<b>8,5</b>

Fonte: Balancetes Analíticos 1996/97



A quase totalidade do passivo circunscreveu-se às dívidas a terceiros, as quais apresentaram, na generalidade, aumentos ligeiros no triénio, com excepção do HGO, que, entre 1994 e 1997 viu as suas dívidas a terceiros aumentar em mais de 150%. Apenas os HUC registaram um decréscimo nos débitos para menos 17%. As regularizações extraordinárias de passivos que tiveram lugar nos anos de 1995 e 1996, por via da disponibilização de verbas do Tesouro para o efeito, não terão tido, contudo, o efeito desejado de contenção e travagem das dívidas, face aos resultados ora evidenciados. Veja-se para o efeito o *Quadro* seguinte.

**QUADRO XXV  
PASSIVOS DOS HOSPITAIS AUDITADOS**

(Em contos)

HOSPITAIS	1994	1995	1996	1997	D % 94/97
HNSR	1 646 203	1 050 292	1 158 787	1 961 526	19
HSB	2 270 605	1 140 078	307 668	1 231 298	( 46)
HUC	9 291 593	4 345 512	4 687 098	7 667 281	(17,5)
HSJ	2 245 423	1 916 578	1 945 451	2 443 539	8,8
HGO	4 219 107	2 636 334	3 122 997	5 262 118	25
<b>TOTAL</b>	<b>19 672 931</b>	<b>11 088 794</b>	<b>11 222 001</b>	<b>18 565 762</b>	<b>(5,6)</b>

Fonte: Balancetes analíticos de 1994/97

É visível a redução operada nos passivos dos Hospitais nos anos de 1995 e 1996 pelos motivos apontados, sendo de assinalar, contudo, que a partir daí, a tendência é claramente ascendente.

Em conclusão, as demonstrações económico-financeiras dos Hospitais continuam a evidenciar uma estrutura de encargos onde assumem maior peso as despesas de pessoal e consumos, os quais tendem a crescer, não obstante as tentativas da sua contenção, potenciando, assim, o crescimento dos débitos, cujo ónus é, deste modo, transferido para o Estado-pagador. O «peso» do Orçamento do Estado nos recursos é bem revelador da posição dominante do Estado-financiador, que persiste, ainda, independente da produção real das instituições hospitalares.

### 3.1.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Constituindo sub-divisões das Administrações Regionais de Saúde, entidades gestoras e executoras das políticas de saúde ao nível regional, a sua estrutura de custos é bem diferente da dos Hospitais, na medida em que releva nas Administrações Regionais o seu papel dominante na prestação de cuidados primários de saúde e prossecução de medidas de saúde preventiva.

Os encargos com o pessoal assumiram um peso relativo entre 25 e 30%, evidenciando ao longo do quadriénio em apreço uma tendência crescente, na ordem dos 17 a 20%, que se deveu essencialmente a aumentos verificados nos efectivos dos *Quadros* de pessoal (eventualmente técnico), os quais, no entanto, atingiram taxas de crescimento relativamente baixas.



É, porém, no domínio dos encargos com o sector convencionado (para a prestação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica) e produtos vendidos por farmácias que se situa a maior percentagem dos recursos consumidos (à volta de 66%) pelas Administrações Regionais de Saúde, sobre os quais as mesmas parecem não deter qualquer controlo em matéria do seu crescimento, o qual, no quadriénio em análise, nas Sub-Regiões de Saúde de Setúbal e Lisboa atingiu valores na ordem dos 54 e 46% de aumento, respectivamente.

Com efeito, entre 1994 e 1997, foram responsáveis pelo agravamento de encargos das Sub-Regiões, o recurso crescente aos meios auxiliares e complementares de diagnóstico junto do sector convencionado, bem como outros sub-contratos, e, também, o acréscimo verificado nas prescrições medicamentosas, que fez subir em cerca de 9% o encargo devido a todo o sector farmacêutico.

A uma estrutura de encargos deste tipo contrapõem-se recursos insuficientes para a sua cobertura, na medida em que os resultados operacionais são sistemática e crescentemente negativos, constituindo o Orçamento do Estado a fonte quase única da sua sustentação, já que assegura cerca de 90% do total dos recursos.

Em síntese, também as Administrações Regionais de Saúde dependem quase exclusivamente do Orçamento do Estado, sustentando uma estrutura de encargos sobre cuja maior parte não detêm qualquer controlo efectivo, na medida em que a mais elevada fracção das suas despesas é produzida no justo momento em que têm lugar as prescrições médicas, quer de meios de diagnóstico, quer de produtos farmacêuticos, as quais estão, pois, submetidas à total discricionariedade técnica de quem as induz – o médico.

Os passivos das Sub-Regiões de Saúde são totalmente dominados pelos débitos a terceiros, onde relevam, por excelência, as dívidas ao sector convencionado e farmacêutico, que constituem a resultante da incapacidade de controlo sustentado das respectivas despesas, originando, por insuficiência de recursos financeiros, o incumprimento de obrigações assumidas e a acumulação de dívidas. Nas Sub-Regiões de Saúde em apreço verifica-se que, nos anos de 1994 a 1997, os débitos a terceiros sofreram um agravamento considerável, porquanto as variações atingiram valores da ordem dos 66% e 102%, respectivamente nas SRSS e SRSL. Tal facto é deveras curioso na SRSL na medida em que, nos anos de 1995 e 1996, não obstante os processos de regularização extraordinária de dívidas, o passivo desta Sub-Região continuou a aumentar, o que prova que o efeito produzido por aquela medida não foi, certamente, o desejado, de contenção de dívida. Na SRSS dá-se uma diminuição de 15,1% em 1995, mas em 1996 e 1997 o passivo voltou a aumentar significativamente. Para o efeito, atente-se ao *Quadro* seguinte, que confirma as anteditas conclusões.

**QUADRO XXVI  
PASSIVOS DAS SUB-REGIÕES AUDITADAS**

(em contos)

<b>SUB-REGIÕES</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>D % 94/97</b>
SRSS	5 903 440	5 012 767	6 017 775	9 812 920	66
SRSL	15 276 416	16 120 533	18 773 017	30 841 454	102
<b>TOTAL</b>	<b>21 179 856</b>	<b>21 133 300</b>	<b>24 790 792</b>	<b>40 654 374</b>	<b>92</b>

Fonte: Balancetes analíticos de 1994/97

Por outro lado, é no período 96/97 que se registam os maiores aumentos, atingindo a SRSS e a SRSL taxas de crescimento da ordem dos 63 e 64% respectivamente.

Esta circunstância confirma a afirmação de que se está perante uma tipologia de despesas sobre as quais é difícil controlar o seu crescimento, não parecendo existir meios financeiros de sustentação enquanto se mantiver o sistema actual de financiamento.

Os créditos, nas Sub-Regiões de Saúde, apresentam uma expressão pouco relevante, não obstante se verificar uma ligeira tendência de crescimento, consentâneo, por sua vez, com o aumento da actividade verificada ao nível dos Centros de Saúde<sup>112</sup> de ambas as sub-regiões.

## **3.2. CONTABILIDADE ANALÍTICA**

### **3.2.1. HOSPITAIS**

Segundo o n.º 1 do art.º 7.º do Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, os hospitais, com o fim de atingirem uma maior eficiência técnica e social, devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial. Para a prossecução dos princípios definidos no citado art.º 7.º devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custos (cf. art.º 9.º do citado diploma).

A contabilidade analítica constitui, assim, uma peça fundamental na análise do desempenho destas instituições.

Não só reflecte o nível de consumo de recursos como a eficiência na sua utilização, permitindo um estudo retrospectivo da gestão, sustentando planos de acção com vista a eventuais medidas correctivas.

A contabilidade analítica do HNSR, relativa aos anos de 1994 a 1996, encontrava-se, ainda, numa fase incipiente, não apresentando uma informação relevante para a gestão. Por outro lado, à data da realização da auditoria (1/10 a 28/11/97), o Hospital não dispunha de quaisquer

<sup>112</sup> Actividade basicamente assente no ambulatório.



elementos para esse ano, tendo sido apresentado como justificação o facto dos registos informáticos, por centros de custo, não se encontrarem correctos.

Verificou-se não existirem centros de responsabilidade, conforme estipula o art.º 32.º do Decreto-Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro. Existe, porém, uma listagem extensa de centros de custo que apresentam deficiências várias, tais como: ao mesmo serviço clínico serem atribuídos vários centros de custo, não ser determinado para qualquer centro de custo a sua unidade de obra, não permitindo, por isso, a imputação dos custos das secções auxiliares às secções principais, não se encontrarem definidos os critérios de imputação dos custos indirectos aos vários centros de custo.

Em síntese, dadas as insuficiências da contabilidade analítica, aos centros de custo somente são imputados os custos directos, não sendo apurado o custo total, por centro de custo, nem determinado o custo unitário, designadamente, o custo por doente saído, e diária de internamento, de acordo com os níveis de produtividade alcançados (consultas, internamentos, cirurgias, etc.).

No HSB constatou-se que os valores extraídos da contabilidade analítica permitiram, de 1994 a 1996, apurar informação sobre os custos unitários por doente saído, por dia de internamento global e por cada um dos serviços de internamento, bem como os custos unitários dos episódios de urgência e de consulta externa. Todavia, a periodicidade do apuramento dos dados é anual, e como tal não fornece informação atempada para a gestão, uma vez que em Outubro de 1997 estavam ainda a ser inseridos os dados referentes a 1996. Verificou-se não existirem centros de responsabilidade.

Nos HUC, em Abril de 1998, foram disponibilizados os dados relativos a 1996, não conseguindo, portanto, dar uma informação atempada à gestão, tendo em conta a informação necessária às operações de planeamento, avaliação e controlo. Verificou-se o não apuramento desses mesmos dados para os dois anos anteriores. Não se encontravam criados os vários centros de responsabilidade.

No HGO não existiam outros dados que não os de 1996, não sendo possível proceder à comparação da evolução positiva ou negativa dos custos apurados por centros de custo. Verificou-se, ainda, que 15,7% da totalidade dos custos<sup>113</sup> foram designados “custos não imputáveis” e, por isso, não imputados aos vários centros de custo. Não foram, igualmente criados os vários centros de responsabilidade.

O HSJ dispõe de elementos de contabilidade analítica de 1994 a 1997, relevando o apuramento de 1997 uma qualidade superior relativamente aos anteriores, quer ao nível da apresentação gráfica, quer ao nível do seu conteúdo, dado que este Hospital tem desenvolvido a sua acção por centros de custos e de responsabilidade.

Dispondo de termos de comparação (mapas de distribuição de custos por centro de custo para o período de 1994 a 1997) foi possível avaliar os custos unitários por cada tipo de serviço,

---

<sup>113</sup> 2 021 119,5 contos são considerados custos não imputáveis, sendo a totalidade dos custos de 12 906 935,7 contos.

prestado pelo Hospital de S. José, de forma a que o órgão de gestão seja alertado para a tomada urgente de medidas de gestão necessárias à correcção de situações detectadas.

Relativamente ainda ao HSJ, e com base nos elementos de contabilidade analítica relativos a 1994/1997, destacam-se os custos apurados na especialidade de Estomatologia, por se considerar inserida nos “maiores custos” ao lado da Unidade de Urgência Médica (UUM) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), especialidades que, pela sua natureza, apresentam os mais altos valores em qualquer unidade hospitalar, a uma grande distância dos custos dos serviços prestados pelas outras especialidades do referido Hospital.

*Não obstante, o IGIF, nos comentários aduzidos, salienta que em 1998 fora distribuído um documento intitulado Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, que definia, nomeadamente, os centros de custos obrigatórios e as respectivas unidades de imputação, constituindo o ano de 1998 o ano 0 (zero) para a sua implementação.*

### 3.2.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Na SRSS verificou-se que, para 1997, não se encontravam definidos centros de responsabilidade, sendo o apuramento dos resultados dos centros de custo efectuado com alguma dificuldade, devido à insuficiência de pessoal qualificado, bem como a algumas deficiências registadas na aplicação informática do IGIF. A imputação dos custos indirectos aos respectivos centros de custos iniciou-se a partir de 1997.

No entanto, apesar da existência de deficiências ao nível do apuramento e tratamento de dados, designadamente, a existência de algumas diferenças ao nível da unidade de obra, “número de consultas” por centro de saúde, entre os valores deste item da contabilidade analítica e os da estatística, a SRSS procede já ao apuramento de um conjunto de indicadores que permite alguma informação em termos de gestão. No término da auditoria (Junho 1998) encontram-se apurados os valores relativos a 1997.

A contabilidade analítica da SRSJ encontra-se numa fase embrionária, na medida em que a imputação aos centros de custos é feita tendo em atenção somente os custos directos, não sendo reflectidos os custos indirectos, e não existe uma data prevista para o início da sua imputação. Consta-se que o apuramento dos resultados dos centros de custos foi feito com alguma dificuldade devido à insuficiência de pessoal, bem como a deficiências registadas na aplicação informática. Neste contexto, verificou-se, relativamente aos anos de 1994 e 1995, que no apuramento dos custos directos (consumos) da secção principal não se encontram atribuídos valores à mesma, situação que tem reflexos no apuramento de custo total, e, por sua vez, no custo unitário por consulta e por população inscrita. Verificou-se, igualmente, a existência de diferenças significativas nos dados extraídos da contabilidade analítica referentes à unidade de obra e número de consultas comparativamente às da estatística, tendo-se concluído que as diferenças apuradas alteram significativamente o custo unitário por consulta para os anos de 1994 e 1995, quer ao nível dos centros de saúde, quer nas unidades de saúde, o que, por sua vez, tem reflexos, para o mesmo indicador, na totalidade dos centros, mais precisamente no custo unitário/consulta na SRSJ.



Refere-se ainda o facto da contabilidade analítica nesta Sub-Região não ser periódica nem atempada (só em 1997 foi elaborada a de 1995), pelo que não responde eficazmente às necessidades de gestão.

*No entanto, o IGIF nos seus comentários vem referir que, «para os centros de saúde, já se encontra constituído um grupo de trabalho para elaboração de um Plano de Contabilidade Analítica».*

### 3.3. CONCLUSÕES

As demonstrações económico-financeiras dos Hospitais continuam a evidenciar uma estrutura de encargos onde assumem maior peso as despesas de pessoal e de consumos, as quais tendem a crescer, não obstante as tentativas da sua contenção, potenciando, assim, o crescimento de débitos, cujo ónus é, deste modo, transferido para o Estado-pagador. O «peso» do Orçamento do Estado nos recursos é bem revelador da posição dominante do Estado-financiador, que persiste, ainda, independente da produção real das instituições hospitalares.

Também as Administrações Regionais de Saúde dependem quase exclusivamente do Orçamento do Estado, sustentando uma estrutura de encargos sobre cuja maior parte não detêm qualquer controlo real, na medida em que a mais elevada fracção das suas despesas é produzida no justo momento em que têm lugar as prescrições médicas, quer de meios de diagnóstico, quer de produtos farmacêuticos, as quais estão, pois, submetidas à total discricionariedade técnica de quem as induz - o médico.

Tendo por base os registos da contabilidade analítica das sete instituições auditadas, considera-se que esta contabilidade, enquanto instrumento auxiliar de gestão, tem tido uma importância aquém do desejável, excepto no HSJ, considerando a dimensão e complexidade operacional e financeira das entidades auditadas.

A contabilidade analítica não é periódica nem atempada (a periodicidade é anual), pelo que não responde eficazmente às necessidades da gestão, tendo-se observado alguns atrasos significativos na sua elaboração. Relativamente ao período analisado, de 1994 a 1998, houve instituições, como os HUC e o HGO, que só dispunham de elementos referentes a um ano, enquanto que a SSRL tinha os relativos apenas a 1994 e 1995, apesar da auditoria ter decorrido de Junho a Outubro de 1998.

Verificou-se a existência de dificuldades na imputação dos custos indirectos aos respectivos centros de custo, sendo somente imputados os custos directos na HNSR e SSRL.

Constatou-se ainda, que não se encontravam definidos centros de responsabilidade<sup>114</sup> em quatro dos Hospitais auditados e nas duas Sub-Regiões de Saúde.

---

<sup>114</sup> Excepção feita ao HSJ.

É de acrescentar que para as ARS não se encontram definidas directrizes por parte do IGIF para a elaboração da contabilidade analítica, apesar de a mesmas existirem para os Hospitais.

*Não obstante o exposto, o IGIF informa, nos seus comentários, da recente constituição de um grupo de trabalho para a elaboração de um Plano de Contabilidade Analítica para os centros de saúde.*



## 4 - INDICADORES DE ACTIVIDADE

### 4.1. ACTIVIDADE ASSISTENCIAL NOS HOSPITAIS

No âmbito dos Hospitais auditados, foram analisados alguns indicadores de natureza assistencial os quais permitiram aferir da *performance* da actividade por eles desenvolvida no quadriénio 1994/1997<sup>115</sup>.

De um modo geral, observou-se na maioria dos Hospitais auditados um esforço no sentido de aumentar a sua produtividade, nas diferentes áreas de intervenção hospitalar, ao nível do internamento, ambulatório e urgência.

#### 4.1.1. INTERNAMENTO

Com referência ao *internamento*, é de assinalar na maioria dos Hospitais em apreço uma tendência para uma crescente rentabilização das camas hospitalares em consequência dos níveis de produção atingidos no quadriénio. Neste sentido, atente-se nos *Quadros* seguintes concernentes ao movimento hospitalar, no período 1994/1997.

**QUADRO XXVII**  
**DEMORA MÉDIA/TAXA DE OCUPAÇÃO NOS HOSPITAIS AUDITADOS**

HOSPITAIS	(Em dias)					(Em %)				
	DEMORA MÉDIA					TAXA DE OCUPAÇÃO				
	94	95	96	97	Ø 94/97	94	95	96	97	Ø 97/94
HSB	5,7	6,4	5,7	a)	0	74,1	76,3	75,2	a)	1,5
HNSR	9,09	8,61	7,87	b) 7,96	- 13	68,78	68,15	62,1	64,27	- 9,7
HSJ	5,8	6	5,6	5,7	- 1,7	87,1	90,5	89,1	88,9	2,1
HUC	9,81	9,84	9,6	8,33	- 15,7	78,77	81,45	81,22	73,18	- 7,1
HGO	5,94	6,17	6,32	6,5	9,4	68,52	71,6	73,65	73,86	7,8
No País	9,5	9,6	9,4	9,2		73	75	74,3	74,2	

a) Não disponível, pelo que a variação registada é relativa a 94/96.

b) Os dados relativos a 1997 reportam-se ao 1.º semestre.

Fonte: - Relatórios de auditoria aos Hospitais auditados  
- Estatísticas da Saúde (INE, 1994 - 1997)

<sup>115</sup> No caso dos Hospitais de S. Bernardo/Setúbal (HSB) e Nossa Senhora do Rosário/Barreiro (HNSR), a auditoria incidiu nos anos de 1994 a 1996, dado que as mesmas tiveram lugar em 1997. Todavia, há que salientar o facto de o Hospital Garcia de Orta/Almada (HGO) e os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) apenas disporem de dados sobre contabilidade analítica relativos ao ano de 1996, não sendo possível qualquer análise evolutiva da situação no triénio em apreço.



## QUADRO XXVIII

## MOVIMENTO ASSISTENCIAL NOS HOSPITAIS AUDITADOS

HOSPITAIS	DOENTES SAÍDOS					DIAS DE INTERNAMENTO				
	94	95	96	97	D 94/97	94	95	96	97	D 94/97
HSB	14 965	14 910	16 596	18 438	23,2	78 306	80 579	78 798	79 318	1,3
HNSR	12 568	13 153	13 147	13 999	11,4	114 223	113 183	103 417	113 498	-0,6
HSJ	36 882	35 153	34 809	33 833	-8,3	204 770	198 058	193 255	192 603	-5,9
HUC	49 240	47 323	50 065	50 836	3,3	489 639	482 521	486 316	427 089	-12,8
HGO	18 326	18 885	19 995	20 219	10,3	158 786	171 580	171 580	177 923	12,1

Fonte: - Relatórios de auditoria aos Hospitais auditados  
- Contas de gerência de 1997 remetidas ao TC

Com efeito, no período de 1994/1997 registou-se uma redução do número de dias de internamento em três dos Hospitais ao mesmo tempo que tendeu a aumentar o número de doentes saídos naquelas unidades hospitalares à excepção do HSJ. Em consequência, verificou-se uma descida gradual do valor da *demora média* (com excepção do HGO, onde subiu no quadriénio, em 9%), o qual se situou, em regra, em torno dos sete dias, o mesmo se observando no que concerne à *taxa de ocupação* hospitalar, que, também evidencia uma tendência decrescente. Cite-se, a propósito, que a demora média hospitalar no país, em 1997, foi de 9,2 dias, o que coloca em boa posição os Hospitais auditados, todos eles com valores inferiores. O mesmo acontece quanto à taxa de ocupação, dado os valores atingidos nos Hospitais em apreço parecem situar-se numa média em torno dos 75%, um pouco acima do valor nacional.

No domínio do internamento, é ao nível da actividade cirúrgica que se verifica a existência de *listas de espera* nos Hospitais auditados, como no caso dos Hospitais Garcia da Orta e S. Bernardo, nos quais existiam listas de espera com alguma demora para os doentes em algumas especialidades cirúrgicas (geral e oftalmologia, por exemplo).

Em ambos os casos, foram celebrados protocolos com as respectivas Administrações Regionais de Saúde para a redução das listas de espera nos dois hospitais referidos. Os resultados foram parcialmente atingidos no HGO e no HNSR.

Não apresentam, porém, idêntico comportamento os custos associados ao internamento, na medida em que se verificou um aumento gradual do custo da diária respectiva (da ordem dos 15 e 20%), facto que, tendo em consideração o exposto, permite concluir que tal foi devido ao aumento registado nos custos relacionados com a actividade hospitalar, situando-se, aproximadamente, em torno dos 53 contos por dia de internamento<sup>116</sup>

<sup>116</sup> Atente-se, porém, ao facto de ao apuramento destes valores estarem subjacentes regras de cálculo que dependem do sistema de contabilidade analítica existente e apuramento de custos, e, bem assim, à credibilidade e fiabilidade que tais valores merecem, independentemente dos montantes que apresentam (Cfr. Ponto 3.1.2 do Capítulo III)



De forma idêntica, o *custo por doente tratado* em regime de internamento também apresentou um crescimento da ordem dos 7 a 10%, situando-se, nos Hospitais em causa, num intervalo compreendido entre 260 e 320 contos<sup>117</sup>. Uma vez mais, o aumento do custo por doente será devido ao crescimento dos custos hospitalares nesta área, dado que, no quadriénio, se registou uma evolução positiva no número de doentes assistidos no internamento.

Não se duvida, pois, que uma redução desejável dos custos com o internamento terá de passar forçosamente pelo controlo e contenção dos encargos ao nível geral dos Hospitais.

## 4.1.2. URGÊNCIA

Nos serviços de urgência dos Hospitais em apreço registou-se um crescimento generalizado do número de episódios que se situou entre 2,5 e 19%, tendência que se manteve em 1997. Destaca-se o HGO, o qual atingiu crescimentos na ordem dos 22 e 19% nas áreas da obstetrícia e pediatria, respectivamente, e o HSB, o qual, não obstante a criação do SADU<sup>118</sup> nas suas imediações, registou, no triénio 94/96, um aumento de 19%. Exceptuou-se o HNSR, o único onde a afluência à urgência atingiu, no triénio 1994/1996, um decréscimo de cerca de 25%, motivado pela abertura de um *serviço de atendimento permanente (SAP)*, que, assim, contribuiu para o desvio de muitos dos casos de urgência dos serviços do hospital.

Como principais causas de admissão nos serviços de urgência relevam, em quase todos os Hospitais, os casos de doença súbita e os acidentes. Na generalidade a admissão apresenta um crescimento ao longo do período em análise, à excepção do HNSR, que, conforme referido, registou uma quebra no número de doentes atendidos na urgência.

O destino dos doentes admitidos na generalidade dos Hospitais auditados cifrou-se por situação de alta após tratamento hospitalar, tendo, apenas, uma parte ficado em regime de tratamento. Destaca-se, neste caso, o HSJ, no qual, em média cerca de 16% dos utentes socorridos ficam internados, o que significou que, por dia, mais de 52 pessoas, em média, deram entrada nos serviços de internamento do hospital.

Os custos por episódio de urgência, nos Hospitais auditados, variaram entre os 13 (HSB) e os 24 contos (HSJ), facto que se encontra relacionado com o sistema de apuramento de custos vigente nos diversas unidades hospitalares, e, também, com a afluência e casuística que, diariamente, acontece em tais instituições.

Constata-se um hábito fortemente enraizado de recorrência aos serviços de urgência hospitalar para a solução de casos de diversa natureza e de diferente grau de gravidade, que, ou não

<sup>117</sup> Com referência a 1996, o HGO era o que apresentava o valor mais elevado e o HSB aquele que apresentava o valor mais baixo.

<sup>118</sup> *Serviço de Atendimento de Doentes Urgentes* (na dependência funcional e orgânica da Sub-Região de Saúde de Setúbal) e colocado em actividade em 1996 com o objectivo de proceder à triagem das urgências, prestando assistência necessária aos casos que dispensam cuidados hospitalares e encaminhando para os serviços do HSB os casos mais urgentes.

encontram adequada resposta<sup>119</sup> nos serviços de atendimento existentes para tais fins (SAP), ou, simplesmente, por os mesmos não existirem. A revelarem-no estão os números crescentes de recorrência aos serviços de urgência hospitalar, apesar da criação de serviços de triagem ou destinados a funcionarem em permanência na rectaguarda das instituições hospitalares. Acresce, por outro lado, o maior grau de informação dos utilizadores dos serviços, o que induz o crescimento da procura individual das instituições hospitalares, bem como o nível de desenvolvimento tecnológico da medicina e a consequente credibilidade do utente nas capacidades e meios técnicos existentes nos hospitais.

#### 4.1.3. AMBULATÓRIO (CONSULTA EXTERNA)

Em quase todos os Hospitais auditados foi observado um crescimento do número de consultas hospitalares em dimensão variável, o qual oscilou entre os 2 e os 14% verificados no HGO e HSB, respectivamente, devendo-se, neste último, à abertura da nova área de consulta externa na obra de ampliação do HSB, em 1996. O HSJ foi o único caso onde se registaram decréscimos no número de consultas, na ordem dos 6% entre 1994 e 1997.

No triénio em causa, o custo unitário de consulta situou-se, em três dos quatro Hospitais em que se apuraram valores, entre cerca de 4 e 7 contos (sendo o HSB o que apresentou o valor mais baixo), destacando-se, deste intervalo, apenas o HGO com o custo de consulta mais elevado, na ordem dos 12 contos. Uma vez mais será de salientar o facto de a fiabilidade destes valores estar bastante dependente dos sistemas de apuramento de custos implementados nas instituições, e, bem assim, dos critérios que presidiram à distribuição dos factores de custeio.

Em todos os Hospitais auditados foi verificada a existência de *listas de espera*<sup>120</sup>, cuja duração variava em função da área de especialidade médica, oscilando, de um modo geral, entre os *três* e os *nove* meses de espera máximos nas especialidades de oftalmologia, cirurgia vascular, dermatologia e ginecologia, havendo situações de espera nula ou de alguns dias (onze) em especialidades como a pediatria.

---

<sup>119</sup> Como seja, a existência de tempo de espera elevado na obtenção de uma consulta no seu Centro de Saúde ou Extensão, e ainda por estes não disporem de consultas de especialidade (só alguns possuem) e de meios disponíveis para a realização de exames auxiliares de diagnóstico.

<sup>120</sup> Muito recentemente, mediante o despacho n.º 5 804/99, de 26/2, (DR, II S, n.º 68, de 22/03/99), o Ministério da Saúde fez aprovar o Programa para a Promoção do Acesso, entendida a acessibilidade como a possibilidade que o utilizador do sistema tem de obter a prestação de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde. Inclui-se, no âmbito do Programa, para além da melhoria do acesso, a recuperação de listas de espera nas áreas de cirurgia, ambulatório e meios complementares de diagnóstico, fixando-se, para o efeito, um horizonte temporal até 2002, e atribuindo um financiamento adicional de 6 milhões de contos para 1999. A gestão do Programa caberá ao Gabinete do Ministro, a nível central, e aos Conselhos de Administração das ARS, a nível regional, cabendo a sua monitorização e acompanhamento central à Direcção-Geral de Saúde.



No caso dos HUC, à data de 1996, as marcações apontavam para a disponibilidade de consultas em várias especialidades somente para 1999, e bem assim para os anos de 2000 (ortopedia), 2001 (estomatologia), e 2004 (oftalmologia)...! No HGO, verificou-se, à data da realização da auditoria, tempos de espera de realização da 1.<sup>a</sup> consulta de cerca de 8 meses para a especialidade de ginecologia e 6 meses para cirurgia vascular.

Não obstante o decréscimo do número de consultas verificado no HSJ, a lista de espera neste hospital cresceu em cerca de 37%, passando de 19 para 26 dias o tempo de espera, em média, por doente para obter uma consulta.

De uma forma geral, o sistema de marcação de consultas, designadamente mediante emissão de credenciais, revelou deficiências várias, que se traduziram, em muitos casos, em tempos de espera preocupantes para os utentes obterem uma consulta.

Para a tentativa de resolução do problema das listas de espera, alguns hospitais apresentaram projectos especiais no âmbito da sua recuperação, cujos resultados atingiram parcialmente os objectivos pretendidos. Noutros, como no HGO, foram celebrados acordos de cooperação para algumas especialidades médicas<sup>121</sup>.

No HSB, a suspensão de marcação de consultas para o 2.<sup>o</sup> semestre de 1997 teve como motivo subjacente a introdução de novo sistema informático, facto que contribuiu para um avolumar dos tempos de espera, ainda que não efectivamente existentes, por ausência de marcações, não obstante a recente criação do SADU, que deveria contribuir para um abrandamento do afluxo às consultas hospitalares.

#### 4.1.4. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

No triénio em apreço registou-se um crescimento sistemático na prestação de serviços pela utilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) em todos os hospitais auditados, sendo particularmente intenso no HSB, devido, eventualmente, ao alargamento da consulta externa quando da ampliação das instalações do hospital, facto que terá motivado uma maior prescrição daqueles meios de diagnóstico. Em contrapartida, foi no HNSR que se observou um decréscimo de valor reduzido, em consequência, por um lado, do abaixamento verificado nas urgências, motivando, assim, redução do número de prescrições, e, por outro, como resultado de algum esforço de prescrição dos meios de diagnóstico estritamente necessários e indispensáveis, a fim de evitar desperdícios inúteis.

---

<sup>121</sup> Com o Centro de Saúde de Almada, para as especialidades de oftalmologia, ginecologia, endocrinologia e estomatologia.

## **4.2. ACTIVIDADE ASSISTENCIAL NOS CENTROS DE SAÚDE**

O sistema de marcação de consultas médicas nos Centros de Saúde auditados consiste na adopção de meios que possibilitem ao utente a garantia de atendimento num período máximo de 48 horas, evitando-lhe os incómodos e inconvenientes das deslocações e esperas sucessivas. Poderão ser marcadas consultas pelo telefone, pelo próprio médico, com data e hora pré-fixada.

Para os casos urgentes existem os Serviços de Atendimento Permanente (SAP)<sup>122</sup> que funcionam 24 horas por dia e estão preparados para os atendimentos dos casos urgentes no próprio dia da sua ocorrência.

A população atendida nos Centros de Saúde é, basicamente, proveniente dos estratos socio-económicos mais desfavorecidos, registando-se, também, grande afluência por parte de alguns grupos de risco, nomeadamente, toxico-dependentes.

Em regra, praticam-se nos Centros de Saúde consultas de Clínica Geral, pois tal insere-se no âmbito da função do *médico de família*, o qual deverá constituir o primeiro elo de ligação entre o utente e o sistema de saúde. O custo unitário de consulta nos Centros de Saúde da SRSS<sup>123</sup>, segundo os dados obtidos através da contabilidade analítica, foi de 12,6 e 13,6 contos, em, respectivamente, 1996 e 1997.

São, também, os médicos dos Centros de Saúde que asseguram os domicílios aos doentes impossibilitados de se deslocar à respectiva consulta.

O acesso às consultas de especialidade faz-se, normalmente, mediante articulação com a unidade hospitalar de referência, salvo nos casos em que o próprio centro disponha de consulta de especialidade em alguma valência e capacidade de atendimento em tempo oportuno.

## **4.3. CONCLUSÕES**

Os *Gráficos* que se apresentam de seguida, ilustram bem a acentuada tendência de crescimento dos custos operacionais observada em todos os Hospitais auditados no período que mediou entre 1994 e 1997. Com efeito, naquele período registaram-se aumentos nos custos de funcionamento das instituições hospitalares que oscilaram entre os 17% verificados no HSJ e os cerca de 57% no HGO, sem que, em qualquer dos casos se tenha constatado uma tão acentuada melhoria no seu desempenho.

---

<sup>122</sup> E ainda o denominado Serviço de Atendimento de Doentes Urgentes (SADU).

<sup>123</sup> Na SRSL apenas se dispunha de dados pouco fidedignos relativos aos anos de 1994 e 1995



mp  
7

Gráfico 10

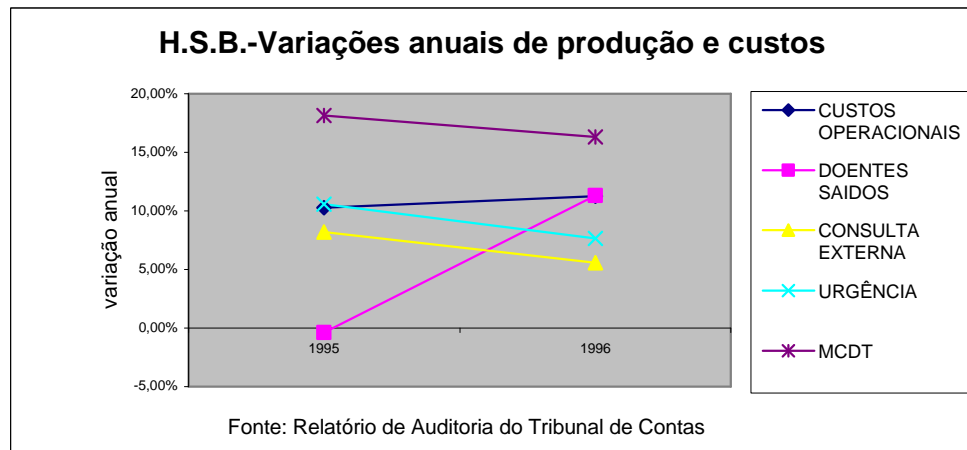


Gráfico 11

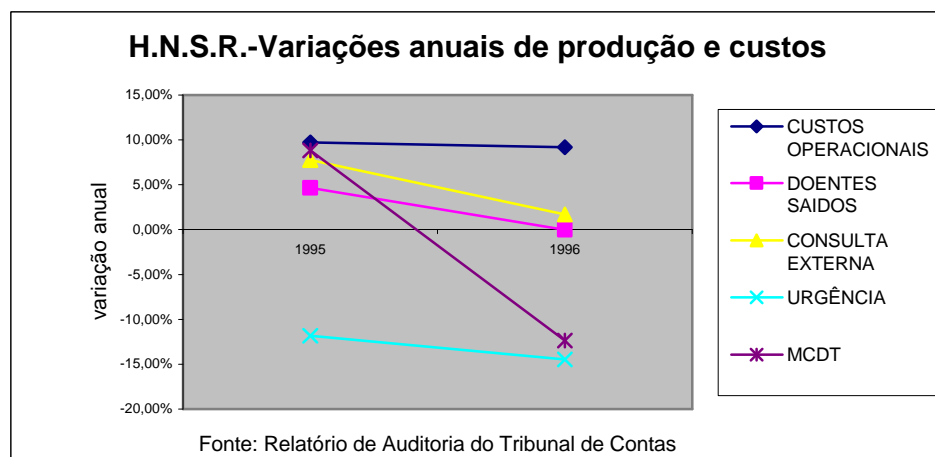


Gráfico 12

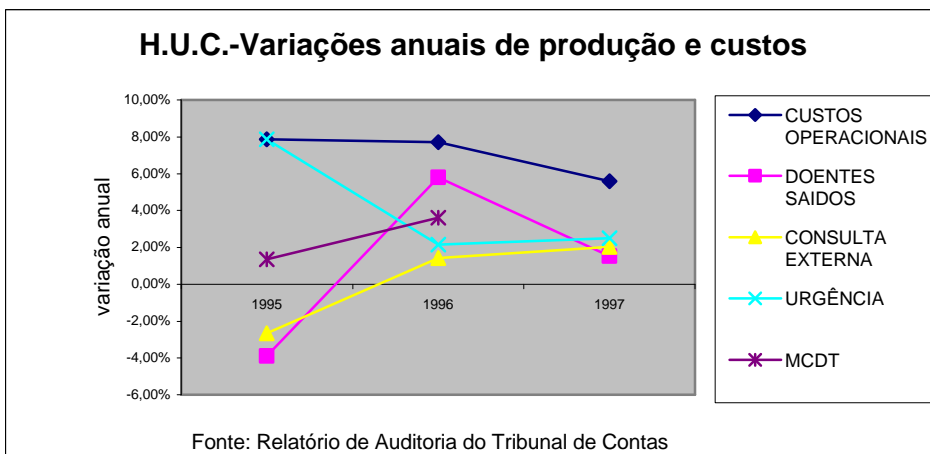


Gráfico 13

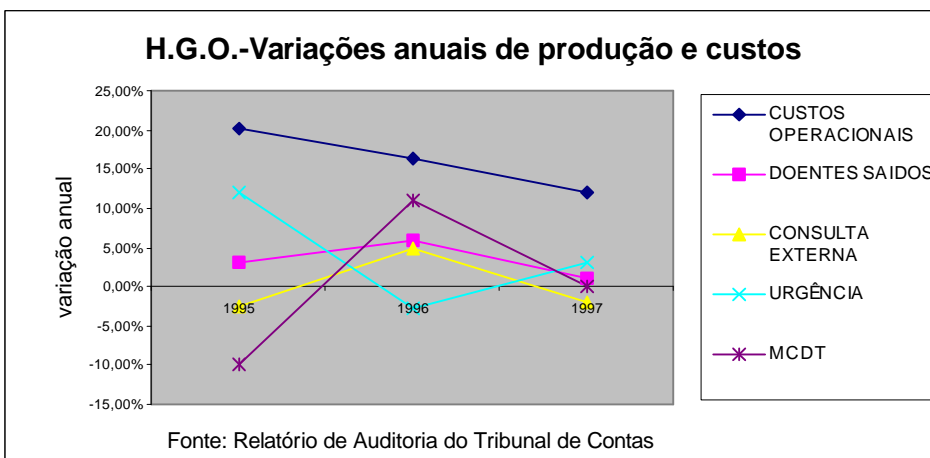
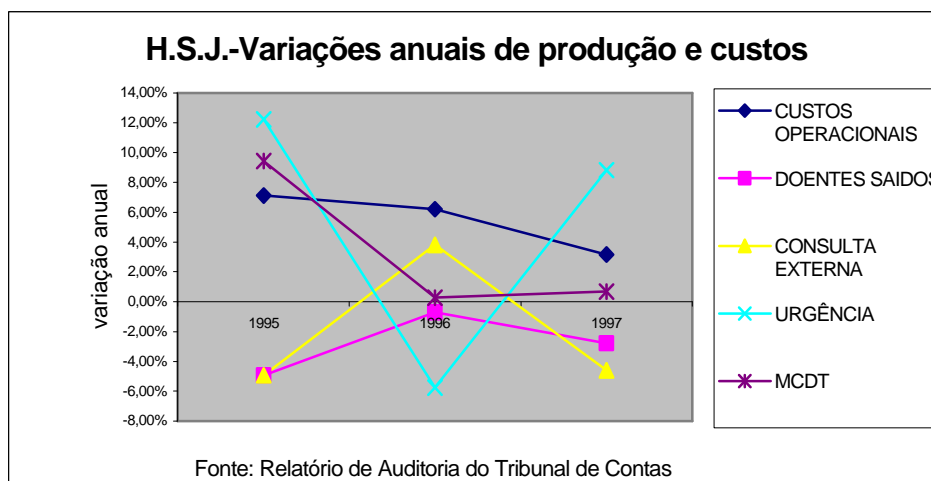




Gráfico 14



Não obstante, terão contribuído para este agravamento a aplicação de novas tecnologias, as variações de preços, assim como os fortes aumentos verificados nos consumos hospitalares, com particularidade nos medicamentos e demais especialidades farmacêuticas, entre os quais pesam, sem dúvida, os custos com a utilização de novos medicamentos e a não utilização de genéricos.

O desempenho no domínio das diferentes áreas hospitalares, apesar de em alguns casos registar índices de significativa melhoria, é, sem dúvida, inferior ao que se observa no comportamento dos custos, cuja sustentação do seu crescimento se revela ineficaz.

As listas de espera predominam praticamente em todos os Hospitais auditados, nas áreas do internamento e consulta externa, situação preocupante para as instituições e insatisfatória para os utentes. Neste sentido, alguns Hospitais celebraram protocolos com as respectivas Administrações Regionais de Saúde para a redução daquelas listas, verificando-se que o atingimento de resultados, em boa parte, não correspondeu às expectativas e aos objectivos propostos.

No que concerne à actividade dos Centros de Saúde, destaca-se o facto de, na generalidade, não serem praticadas consultas de algumas especialidades<sup>124</sup> (oftalmologia, estomatologia e ginecologia, por exemplo), o que permitiria uma primeira e rápida triagem dos doentes com situações clínicas mais comuns, evitando o seu envio para os Hospitais e permitindo, assim, descongestionar os serviços hospitalares para o atendimento de doentes em situação clínica mais complexa e exigindo maiores cuidados.

<sup>124</sup> Excepção feita no C. de Saúde de Almada dado que algumas destas consultas (para situações mais simples) são já realizadas neste Centro através de acordos de cooperação celebrados com o HGO, em 1997, sendo atendidos os doentes pertencentes à área de residência deste Hospital.



De um modo geral, os Centros de Saúde tentam cumprir a sua função, fazendo chegar a todos os utentes os cuidados de que necessitam em tempo oportuno e em condições de equidade e qualidade.



## 5 - APROVISIONAMENTO

A análise efectuada incidu nos armazéns de produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico, atendendo à sua importância no conjunto dos armazéns, em termos de valor do consumo realizado anualmente, evidenciando esta área lacunas ao nível das aquisições de bens, armazenamento, controlo de consumos e gestão de stocks.

Ao nível da aquisição de bens e serviços, constata-se haver necessidade de um maior cumprimento das normas vertidas na legislação vigente e também de um melhor planeamento baseado na definição dos objectivos dos serviços. De uma maneira geral, os processos de aquisição de bens e serviços eram detentores de muitas insuficiências, pelo incumprimento de normas e regras decorrentes do regime legal vigente, recorrendo com frequência a ajustes directos.

Os atrasos na conclusão de alguns concursos realizados pelo IGIF, que se devem aos recursos interpostos pelas empresas concorrentes, forçaram as IOS a recorrer a ajustes directos para aquisição de alguns dos produtos incluídos nesses concursos, cuja necessidade e urgência não podia contemplar um compasso de espera até que o concurso se concluísse e, bem assim, o contrato fosse assinado.

Ao nível das Sub-Regiões de Saúde de Setúbal e de Lisboa, verificou-se a criação, em 1997, de um classificador de medicamentos, com o fim de orientar a escolha dos produtos a adquirir directamente por estas Sub-Regiões.

Nos Hospitais auditados constatou-se a utilização do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM), numa perspectiva de orientação e disciplina terapêutica, com excepção do HNSR<sup>125</sup>, que o não utilizava por o considerar muito restritivo, pelo que, sendo a razão que preside à existência do FHNM o controlo dos gastos através da orientação e disciplina terapêutica, com reflexos ao nível das aquisições efectuadas pelos hospitais, verifica-se que tal desiderato não é atingido no HNSR. Relativamente às aquisições de medicamentos não considerados no formulário hospitalar, constatou-se a existência da intervenção das CFT dos hospitais respectivos, no sentido de autorizar a sua aquisição.

Os registos informáticos ao nível das entradas e saídas por produto em armazém não se encontram actualizados, excepção feita aos HUC no que respeita ao material de consumo clínico e ao HNSR em todos os bens de armazém geral<sup>126</sup>.

Cabe aqui sublinhar a necessidade da adopção reforçada de meios informáticos, da preocupação na formação de pessoal e também de elaboração de manuais de procedimentos que contenham as noções básicas de gestão de stocks, de análise de necessidades, de

<sup>125</sup> A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital (CFT) procedeu à elaboração de um formulário interno, com base no FHNM, aprovado pelo Conselho de Administração em 03/01/96, de forma a contemplar os medicamentos usualmente prescritos nas direcções clínicas.

<sup>126</sup> Eram considerados como bens de armazém geral todos os bens, com excepção dos medicamentos.

planeamento de compras, de controlo de existências e, também, de normas referentes aos procedimentos de controlo dos circuitos de registo e conferência de entradas e saídas de produtos em armazém e de contagens físicas das existências.

De uma maneira geral, verificou-se a falta de pessoal qualificado nos sectores ligados ao aprovisionamento com reflexos negativos ao nível da execução das respectivas tarefas.

Quanto à distribuição de medicamentos e de material clínico aos serviços consumidores, constatou-se em alguns dos Hospitais auditados a utilização, embora não generalizada, do sistema por reposição de stocks e da dose unitária, que são propícios ao controlo dos consumos.

## **5.1. COMPRAS**

### **5.1.1. HOSPITAIS**

A análise dos processos de aquisição de bens incidiu em aquisições realizadas em 1996 e 1997, nos armazéns de produtos farmacêuticos e de material clínico, atendendo à sua importância no conjunto dos armazéns, em termos de valor de consumo verificado nos dois anos analisados.

Ao nível da regularidade da aquisição de bens, observou-se que a situação é muito homogénea, dado que todos os processos de aquisição continham insuficiências, designadamente no incumprimento de normas e regras elementares, sobretudo as que decorrem do regime legal vigente.

Relativamente ao recurso ao *ajuste directo*, verificou-se a sua utilização em casos em que a única fundamentação possível seria a al.<sup>a</sup> c) do n.º 1 do art.º 35.º do Decreto-Lei n.º 55/95, de 29 de Março, inexistindo, no entanto, nos processos, prova de exclusividade.

Em várias situações não foram feitos contratos escritos, apesar de os montantes envolvidos serem superiores a 2 500 contos, contrariando-se o art.º 12.º do Decreto-Lei n.º 55/95.

Por vezes, foi invocada pelo serviço a al.<sup>a</sup> c) do n.º 1 do art.º 12.º do Decreto-Lei n.º 55/95 com a intenção de afastar a exigibilidade de celebração dos contratos escritos. No entanto, não foram reunidos os pressupostos para aplicação daquela norma, por não se tratar de entregas imediatas, dado que o bem foi entregue mas não foi pago imediatamente. Devia, em consequência, ter sido celebrado por escrito o respectivo contrato, a não ser que se verificasse, “in casu”, outro motivo de não exigibilidade de celebração de contrato escrito ou que fosse dispensada a sua celebração por escrito, se houvesse, para tanto, fundamento legal, nos termos do n.º 2 do art.º 12.º do Decreto-Lei n.º 55/95.



Nos ajustes directos, nem sempre foi dado cumprimento ao art.º 17.º do Decreto-Lei n.º 55/95, não estando comprovado se as empresas com as quais se contacta estão ou não impedidas de contratar com o Estado.

Observou-se a recorrência a ajustes directos parcelares em situações de alegada exclusividade dos fornecedores, no entanto, a exclusividade não se encontrava provada no processo, podendo tal situação consubstanciar fraccionamento ilegal da despesa, nos termos dos art.ºs 10.º, n.º 1 e 27.º do Decreto-Lei n.º 55/95.

Verificou-se que os Hospitais realizaram compras através de concursos do IGIF. No entanto, o atraso na conclusão de alguns desses concursos<sup>127</sup> deu origem a que as aquisições desses produtos tenham sido efectuadas através de ajuste directo desde o início do ano até à data das respectivas adjudicações.

Alguns dos processos analisados evidenciam um fraccionamento ilegal da despesa, contrariando a norma do n.º 1 do art.º 10.º do Decreto-Lei n.º 55/95, conjugada com as normas sobre estimativa do valor global de bens constantes do art.º 27.º do mesmo diploma.

No âmbito dos ajustes directos, verificou-se igualmente a existência de despesas autorizadas por um membro do Conselho de Administração sem que para tanto dispusesse de competência própria ou delegada.

No que respeita aos *concursos* analisados em 1996 e 1997, observaram-se algumas deficiências na sua instrução, resultantes da incorrecta aplicação das normas consignadas no Decreto-Lei n.º 55/95, articulado com o CPA. Em certas situações verificou-se que as propostas de abertura dos procedimentos não continham uma previsão do valor de despesa, como deveriam, para efeitos de determinação da entidade competente para autorizar a abertura do procedimento e do tipo de procedimento legalmente exigido. Por outro lado, nem sempre foram entregues pelas empresas concorrentes todos os documentos, faltando em muitos casos o alvará para exercício da actividade, contrariando-se dessa forma o disposto na al.ª e) do n.º 1 do art.º 53.º do Decreto-Lei n.º 55/95 e, ao não se excluírem as empresas do procedimento, violando-se a al.ª a) do art.º 61.º do mesmo diploma.

De referir que se verificou que nem todas as propostas contratuais apresentadas pelos contraentes tinham menção do seu valor global, contrariando o disposto no art.º 54.º do Decreto-Lei n.º 55/95. Tal facto, a ponderar na segunda parte do acto público de concurso, como decorre dos n.ºs 2 e 3 do art.º 60.º do Decreto-Lei n.º 55/95, deveria levar à exclusão das empresas infractoras, nos termos da al.ª a) do art.º 61.º do referido diploma.

Para além das insuficiências referidas no cumprimento da legalidade, visualizaram-se outras que se podem sintetizar:

- Inexistência de deliberação da entidade pública contratante, designando a comissão para a abertura das propostas;

<sup>127</sup> Como por exemplo o concurso n.º 10/97, em que a lista de selecção de produtos apenas foi aprovada em 17/07/97 pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde e comunicada pelo IGIF ao HNSR em 24/07/97.

- Inexistência, no texto dos contratos, das datas do início de execução de contrato;
- Insuficiência de fundamentação no relatório da comissão de análise, atentos os critérios de adjudicação enunciados no programa de concurso, designadamente, falta de objectividade na fixação do factor “pareceres dos utilizadores” como critério de apreciação;
- Caducidade dos documentos de habilitação à data da outorga dos contratos, no que se refere à regularização das dívidas para com a Fazenda Nacional e a Segurança Social.

As apontadas violações do regime jurídico de realização de despesas públicas constituem eventual infracção financeira, de natureza sancionatória, quer nos termos da alínea b) do n.º 1 do art.º 48.º da Lei n.º 86/89, quer nos termos da alínea b) do n.º 1 do art.º 65.º da Lei n.º 98/97.

### 5.1.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Nas Sub-Regiões auditadas, foram detectadas várias situações não conformes com a legislação vigente.

Assim, é de sublinhar a ausência de planeamento das compras, que conduz à celebração, ao longo do ano, de inúmeros ajustes directos parcelares tendentes à aquisição de um mesmo produto, com o conseqüente fraccionamento de despesas. Tal prática viola os art.ºs 10.º e 27.º do Decreto-Lei n.º 55/95, de 29 de Março.

Na SRSS foram detectadas deficiências na instrução dos vários processos de aquisição analisados. Assim, não existem informações iniciais do serviço nas quais se mencione quais os produtos a adquirir, qual o seu valor, qual a entidade competente para autorizar a abertura do procedimento e qual o procedimento legalmente exigível, não existem as provas de alegadas situações de exclusividade no fornecimento, não são solicitados às empresas os documentos a que se refere o art.º 10.º do Decreto-Lei n.º 55/95 e nem sempre existem despachos de autorização da despesa, com as inerentes violações do disposto no Decreto-Lei n.º 55/95.

Na SRSL foram seleccionados para análise vinte e um processos de aquisição por ajuste directo, tendo-se constatado existirem situações de fraccionamento ilegal da despesa, em violação dos art.ºs 10.º e 27.º do Decreto-Lei n.º 55/95, falta de informação inicial de suporte completa que contenha, designadamente, o custo previsível da aquisição ou o tipo de procedimento a adoptar, com violação do disposto no n.º 2 do art.º 8.º do Decreto-Lei n.º 55/95, utilização indevida e não justificada do ajuste directo para aquisições de valor superior a 2 500 contos, em violação dos art.ºs 31.º e seguintes do mesmo diploma, falta de prova da exclusividade do fornecedor para efeitos de escolha do tipo de procedimento de ajuste directo, incumprimento do dever resultante para o serviço do disposto no art.º 17.º do Decreto-Lei n.º 55/95, não celebração de contratos escritos em casos em que era legalmente exigível, com



desrespeito pelo art.º 12.º do referido diploma e, bem assim, uma situação de falta de competência para a autorização da despesa.

Nos concursos limitados sem apresentação de candidaturas foram também detectados desvios vários ao regime jurídico de aquisição de bens e serviços. Assim, num dos casos o procedimento adoptado não era o legalmente exigível em face do valor da aquisição, desrespeitando os art.ºs 31.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 55/95; em vários processos faltam os documentos de nomeação das comissões de abertura de propostas ou de análise das mesmas, em violação dos art.ºs 57.º, n.º 1, por remissão dos art.ºs 87.º e 79.º, n.º 1 e 65.º, todos do Decreto-Lei n.º 55/95; as actas das comissões não são assinadas por todos os membros, contrariando o art.º 65.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 55/95; as propostas de aquisição que estão na base dos procedimentos são objecto de autorização sem qualquer menção do tipo de procedimento escolhido, com incumprimento do n.º 1 do art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 55/95; há falta ou insuficiência de fundamentação das actas das comissões de análise das propostas, com incumprimento do disposto no art.º 65.º, por remissão dos art.ºs 87.º e 79.º, n.º 1, todos do Decreto-Lei n.º 55/95; foi escolhido, num dos procedimentos analisados, um factor de apreciação das propostas denominado “parecer dos utilizadores” que é de natureza subjectiva; não foi realizada a audiência prévia em nenhum dos procedimentos analisados, com desrespeito pelo preceituado nos art.ºs 67.º e 87.º e 86.º, do citado diploma, e houve em muitos casos preterição da formalidade de celebração, por escrito, de contratos, em desobediência ao estabelecido pelo art.º 12.º do referido Decreto-Lei.

Foram analisados vários procedimentos concursais, tendo-se concluído existirem ilegalidades em processos de aquisição de produtos lançados pelo IGIF. Constatou-se a não celebração por escrito de contratos com valor superior a 2 500 contos em casos em que não se verificam outros pressupostos de não exigibilidade de contrato escrito ou de dispensa desta formalidade, com violação do art.º 12.º do Decreto-Lei n.º 55/95. Verificou-se ainda que, num concurso, não houve despacho de adjudicação e autorização da despesa e, não obstante, foram emitidas as notas de encomenda, violando-se o art.º 7.º do diploma acima referido. Constatou-se, igualmente, a inclusão, nos factores de apreciação da proposta economicamente mais vantajosa, de um factor de ponderação denominado “parecer dos utilizadores”, que é de índole subjectiva.

As apontadas violações do regime legal aplicável implicam, para os responsáveis, eventual responsabilidade financeira sancionatória de acordo quer com a al.ª b) do n.º 1 do art.º 48.º da Lei n.º 86/89, quer da alínea b) do n.º 1 do art.º 65.º da Lei n.º 98/97.

## **5.2. GESTÃO DE STOCKS E CONTROLO DE CONSUMOS**

### **5.2.1. HOSPITAIS**

Nos armazéns de produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico verificaram-se atrasos significativos (1 a 2 meses) nos registos informáticos, mais particularmente em relação às saídas dos produtos de armazém, não permitindo um rigoroso controlo das existências e uma correcta gestão de stocks, excepção feita aos HUC e HNSR, no que respeita ao material de consumo clínico.

Nestas situações, os serviços procuraram, por vezes, colmatar esta deficiência através de registos manuais, que detinham também algumas deficiências. Todavia, no HGO o atraso verificado nos registos informáticos e a falta de registos manuais não permitiram que fossem efectuados os testes às existências.

Nos restantes casos, verificou-se a existência de divergências, para mais ou para menos, entre os resultados das contagens efectuadas e os registos na ficha de prateleira e/ou mapa de gestões de stocks.

Outro teste realizado às existências no final do ano (1997 ou 1998) das instituições auditadas permitiu concluir da existência de alguns produtos com stocks elevados, e que, a manter-se o mesmo ritmo de consumo, os mesmos seriam suficientes para vários anos, pelo que se considerou nestas situações existir uma desadequada política de gestão de aquisições.

A falta de registos informáticos de entradas e saídas de produtos não permite, entre outros aspectos, um controlo sistemático das existências em armazém, através dos confrontos entre os registos informáticos e as existências efectivas, a definição e utilização de pontos de encomenda informáticos e uma informação atempada para a gestão do consumo realizado, de forma a analisar-se a variação do consumo de determinados medicamentos e a correspondente justificação do facto.

Com base nos elementos cedidos pelos diversos Hospitais auditados, ao nível das comissões constituídas como órgão de apoio à gestão, designadamente de farmácia, de medicamentos e de antibióticos, no âmbito do Decreto-Regulamentar n.º 3/88, não se visualizou qualquer trabalho realizado quanto às variações do consumo de determinado medicamento ou tipo de medicamentos e sobre a adequação das situações verificadas.

A contagem física das existências levada a efeito pelos serviços tem vindo a ser realizada no final de cada ano económico pelos funcionários que manipulam os produtos durante todo o ano, o que lhe retira alguma fiabilidade, não sendo efectuadas algumas contagens periódicas por amostragem, com objectivos de controlo, nem utilizados manuais de procedimentos, os quais, na maioria dos casos, não existem.



No âmbito da distribuição de medicamentos pelos serviços, há instituições que utilizam sistemas mais propícios<sup>128</sup> ao controlo (HUC, HSJ e HGO), e outras a um menor controlo (HNSR e HSB).

Verificou-se a inexistência de tabelas de referência (consumos padrão) para os produtos de maior consumo (consumo clínico e medicamentos) nas situações em que o fornecimento era efectuado através do método tradicional, baseando-se o fornecimento dos referidos produtos nas requisições dos serviços utilizadores.

Todavia, verificou-se nos HUC, relativamente ao material clínico de maior consumo, a existência de uma dotação máxima mensal por serviço, sendo as alterações à referida tabela, bem como o fornecimento de artigos não previstos, justificados pelo requisitante e autorizados superiormente, no caso de se verificar acréscimo na produtividade realizada<sup>129</sup>, por parte desse serviço.

## 5.2.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Na SRSS, a gestão de stocks do armazém de medicamentos e de material de consumo clínico é feita informaticamente através de uma aplicação do IGIF.

Foram detectadas algumas deficiências nos registos desses movimentos, nomeadamente, incorrecta introdução dos códigos dos artigos, das quantidades entradas e dos valores relativos às facturas/guias de remessa correspondentes, falta de registo de algumas facturas/guias de remessa e registo das guias de remessa/facturas pela quantidade total encomendada e não pela real entrada em armazém (nos casos de entregas parcelares).

É de salientar que esta última deficiência implica distorções a nível das decisões que têm por base os registos disponíveis e da informação para a gestão, uma vez que as existências assim registadas não têm correspondência com as existências reais em armazém.

Constatou-se, assim, que o sistema implementado para a gestão de stocks não permitia conhecer, a cada momento, a real existência física em armazém, pelo que, das contagens físicas efectuadas, apenas em 40% dos casos se verificaram coincidências entre os registos da aplicação informática e a existência real desses artigos.

A contagem física das existências é levada a efeito apenas no final do ano económico pelos funcionários do armazém, não sendo utilizados manuais de procedimentos.

A Sub-Região de Saúde procede ao controlo dos consumos através da atribuição, a cada unidade consumidora, de uma dotação mensal, bimestral ou semestral, previamente fixada

<sup>128</sup> Designadamente, o sistema de unidose na maioria dos serviços clínicos e nos restantes a reposição por stocks ou a atribuição de uma dotação fixa.

<sup>129</sup> Controlo efectuado pelo Administrador-Delegado à data da realização da auditoria (Fev. a Abril/98).



pela Comissão de Farmácia e Terapêutica da SRSS (CFTS)<sup>130</sup>, após audição dessas unidades. Se essa dotação for insuficiente para fazer face às suas necessidades, as unidades consumidoras recorrem a pedidos extraordinários ao armazém ou solicitam a revisão/actualização da dotação atribuída, os quais são submetidos a autorização prévia pela referida Comissão.

Ainda no âmbito do controlo dos consumos para evitar desperdícios de medicamentos e de material de consumo clínico, a SRSS criou um modelo próprio de requisição de material contendo um campo apropriado para a indicação das quantidades existentes no armazém dos serviços requisitantes. Todavia, concluiu-se que os objectivos pretendidos ao nível de uma boa gestão de stocks não são atingidos na sua totalidade, uma vez que as quantidades indicadas como existentes em armazém pelos Centros de Saúde e outras unidades não correspondem à existência real, mas antes a um valor menor para, no caso de atrasos nas entregas e de cortes no fornecimento pelo armazém da SRSS, não se verificar ruptura de stocks.

Os fornecimentos aos Centros de Saúde são considerados desde logo como consumo efectivo, quando, de uma forma geral, se destinam ao reaprovisionamento dos armazéns respectivos, o que desvirtua a informação disponível em matéria de consumos.

No entanto, o responsável do Armazém de Medicamentos e de Material Clínico da SRSS realiza verificações junto dos Centros de Saúde e respectivas Extensões a fim de controlar, entre outros aspectos, as existências reais, seus prazos de validade e condições de armazenamento.

Na verificação física ao armazém da SRSS não se visualizou a existência de monos (desperdícios). De igual forma, pela análise efectuada aos mapas de gestão de stocks, verificou-se que os artigos com reduzido número de movimentos no armazém tinham pouca expressão, quer em termos de quantidade, quer em termos de valor, tendo a sua existência sido devidamente justificada pelos responsáveis.

Relativamente à SRSL, verificou-se que a gestão de stocks do armazém de produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico é feita através de um programa informático obsoleto, com mais de 10 anos, que se encontra sem assistência técnica há algum tempo e que apresenta limitações consideráveis<sup>131</sup>, as quais não permitem que se efectue uma gestão adequada dos produtos armazenados, ao nível do controlo das existências reais em armazém e da utilização do ponto de encomenda informático.

Das contagens físicas efectuadas, detectou-se que em 61% dos produtos seleccionados existiam divergências entre os registos da aplicação informática e a sua existência real.

---

<sup>130</sup> Na SRSS existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica da Sub-Região de Saúde (CFTS) constituída em data anterior à da publicação do Despacho n.º 2/95 do Secretário de Estado da Saúde, de 1/6, publicado no DR-II Série, n.º 165, de 19/07/95, existindo, também, uma CFTS para a região de saúde, na dependência do CA da ARS, conforme estipula o citado despacho.

<sup>131</sup> Apesar das insistências feitas pela responsável do armazém em causa, no sentido de ser implementado um novo programa informático de gestão de stocks, não era ainda previsível quando seria possível resolver o problema.



Foram apresentadas justificações para algumas das divergências, nomeadamente, lapsos nos lançamentos dos códigos dos artigos, das quantidades entradas e nos aviamentos para as unidades consumidoras e a inexistência de uma sala de contagem e embalagem dos materiais aviados. Considera-se, no entanto, que as divergências detectadas seriam, de certa forma, minimizadas através de contagens físicas mais frequentes, dado que as mesmas são realizadas só no final do ano, pelos funcionários que as manipulam durante todo o ano.

A arrumação dos produtos não é a ideal, verificando-se que os locais para armazenamento, bem como os próprios produtos, estão dispersos por várias “salas” e acessos ao armazém.

Os fornecimentos às unidades consumidoras são feitos periodicamente e considerados como consumo efectivo sem que esteja definida qualquer dotação mensal ou anual, por serviço. Acresce que os técnicos da SRSL não procedem à realização de verificações junto dos Centros de Saúde e demais unidades consumidoras.

Por vezes ocorrem rupturas de stocks no armazém da SRSL, sendo a sua maioria relativa a produtos adquiridos através de concursos do IGIF, e resultantes de atrasos no desenvolvimento dos procedimentos concursais (o que tem, como consequência directa, atrasos nos fornecimentos de materiais).

Não foi possível concluir sobre a eventual existência de monos por não existir um mapa que forneça os elementos necessários para tal análise e os mapas parciais existentes apresentarem informações pouco fidedignas.

## 5.2.2.1. CENTROS DE SAÚDE

Da verificação aos armazéns de medicamentos e de material clínico dos Centros de Saúde e Extensões auditadas, pertencentes às SRSS e SRSL, concluiu-se pela inexistência de registos actualizados de entrada e saída dos artigos em armazém, excepção feita ao C. S. de Grândola pertencente à SRSS.

Nos Centro de Saúde e Extensões<sup>132</sup> pertencentes à SRSS procedeu-se à contagem das existências em armazém<sup>133</sup> mas recorrendo à última requisição de material de cada uma das unidades consumidoras seleccionadas (por existir na requisição um campo próprio para

<sup>132</sup> Foram verificados os armazéns respeitantes aos Centros de Saúde de Almada e Grândola e às extensões do “Viso” e SADU pertencentes ao C. S. Setúbal, por estas últimas receberem os produtos directamente da SRSS, uma vez que no CS de Setúbal não existem instalações adequadas para servirem como armazém central, pelo que o controlo sobre o consumo é efectuado pela SRSS.

<sup>133</sup> Excepto no SADU pertencente ao C. S. Setúbal, por os artigos fornecidos pela Sub-Região se encontrarem armazenados na extensão de “Santa Maria”, juntamente com o material desta, não obstante os fornecimentos da SRSS serem feitos através de requisições autónomas (uma para cada unidade consumidora), não sendo feita, para a maioria dos artigos, qualquer distinção do material que pertencia a cada uma destas unidades consumidoras.

indicação da existência em armazém) e às requisições internas das unidades consumidoras posteriores àquele fornecimento.

Verificou-se, assim, a existência de divergências em todas elas, para mais ou para menos, entre os resultados das contagens efectuadas e os registos existentes, excepção feita ao C. S. de Grândola.

Todavia, na SRSL, a falta de registos não permitiu que fossem efectuados os testes às existências, designadamente nos Centros de Saúde de S. Mamede, Mafra e Sintra. Observou-se nestes três Centros que o espaço para armazenamento de medicamentos e de material de consumo clínico disponível não apresentava as melhores condições, designadamente, espaço suficiente para a colocação adequada e visível de todos os artigos (C. S. Sintra), originando a dispersão de material por várias salas que nem sempre se encontravam fechadas (C. S. Mafra) o que pode dar origem a desvio dos mesmos.

Nos Centros de Saúde visitados não existem registos dos prazos de validade dos produtos, sendo o seu controlo efectuado, por norma, quando recebem material e procedem à sua arrumação. Alguns desses Centros de Saúde não exercem controlo sobre os pedidos efectuados pelas respectivas Extensões, pois tudo o que é solicitado é satisfeito desde que exista em stock, excepto nos C.S. de Sintra e de S. Mamede<sup>134</sup>, em que a vogal de enfermagem realiza visitas às Extensões, a fim de efectuar controlo sobre os stocks existentes. Constatou-se, ainda, que a maioria das etiquetas dos medicamentos não se encontram inutilizadas (pelo próprio fornecedor) e que, na maioria das situações, os responsáveis pelos Centros de Saúde e Extensões ignoravam a necessidade de tal procedimento.

### **5.3. CONCLUSÕES**

Das verificações efectuadas à área de Aprovisionamento, constatou-se ser este um sector problemático ao nível de alguns Hospitais e Sub-Regiões de Saúde, não dispendo de uma gestão baseada em adequada política de compras e de gestão de stocks.

Ao nível da regularidade da aquisição de bens e serviços, verificou-se, de uma maneira geral, a necessidade de um melhor cumprimento dos preceitos legais vigentes, e também a necessidade de um melhor planeamento dos consumos dos vários serviços, a fim de evitar situações de compras exageradas, que, na maioria dos casos, ocasionam desperdícios.

Considera-se que as compras realizadas através dos concursos do IGIF nem sempre atingiram o objectivo subjacente à sua realização, designadamente a existência de alguma concentração nas consultas ao mercado com o fim de uma maior eficiência na aplicação de recursos (humanos e financeiros), já que os atrasos na conclusão de alguns deles forçaram as IOS a recorrer a ajustes directos, para a aquisição de alguns dos produtos incluídos nesses concursos.

---

<sup>134</sup> Na sequência da centralização do aprovisionamento, a Direcção do C. S. de Sintra efectuou junto das Extensões um levantamento às existências de material de consumo clínico e de medicamentos, redistribuindo os produtos em excesso de acordo com os consumos efectivos de cada Extensão e procedendo à destruição dos medicamentos e material de consumo clínico fora de prazo.



Os montantes financeiros dispendidos nesta área, quer nos Hospitais quer nas Sub-Regiões de Saúde, são elevados, e os testes realizados demonstraram que a informação fornecida para a gestão revela inúmeras falhas, uma vez que os registos informáticos das entradas e saídas por produto em armazém não se encontram, na sua maioria, actualizados (1 e 2 meses de atraso).

Nas situações em que foi possível fazer testes às existências, verificou-se haver diferenças com produtos a mais e a menos, excepção feita a um serviço (C. S. de Grândola).

Em quase todos os casos observados verificou-se a existência de produtos que, a manter-se o mesmo ritmo de consumo, seriam suficientes para vários anos<sup>135</sup>, traduzindo-se em níveis de armazenamento exagerados com custos desnecessários .

Outros testes realizados vieram revelar ainda que num dos Hospitais auditados (HNSR) foram comprados diversos produtos no ano em que se realizou a auditoria, sem que tivesse havido lugar a qualquer saída durante o mesmo ano.

A contagem física das existências levada a efeito pelos serviços no final de cada um dos anos económicos tem vindo a ser realizada pelos mesmos funcionários que manipulam os produtos durante o ano, o que lhe retira alguma fiabilidade.

Ao nível da distribuição de medicamentos e de material clínico aos serviços consumidores, verificou-se, nos Hospitais auditados, a utilização, embora não generalizada, do sistema por reposição de stocks e da dose unitária, que são propícios ao controlo dos consumos. Nas Sub-Regiões de Saúde, constatou-se que a de Setúbal, através da implementação de várias medidas, tem procurado controlar o consumo de medicamentos e de material clínico das suas unidades consumidoras, enquanto que na SRSJ esse controlo é deficiente, sendo somente exercido por alguns Centros de Saúde quando procedem ao fornecimento de produtos para as suas Extensões.

Nas situações em que o fornecimento era efectuado através do método tradicional, verificou-se a inexistência de indicadores de referência (consumos padrão) para os produtos de maior consumo (clínico e medicamentos), baseando-se o fornecimento dos referidos produtos nas requisições dos serviços utilizadores.

Em algumas das instituições, constatou-se a falta de espaço adequado ao armazenamento, permitindo a possibilidade de desvio de artigos, assim como de pessoal qualificado nos sectores ligados ao aprovisionamento, com alguns reflexos negativos ao nível da execução das respectivas tarefas.

Concluiu-se, ainda, da necessidade quer da adopção reforçada de meios informáticos que permitam a obtenção de informação atempada acerca da gestão das existências, quer da

---

<sup>135</sup> A maioria destas situações tem a ver com compras realizadas há já algum tempo e, também, com alterações ao consumo. No entanto, se as aquisições fossem baseadas numa previsão de consumo efectuado pelas próprias unidades consumidoras, e não somente com base no consumo do(s) ano(s) anterior(es), tal não se verificaria.

formação de pessoal e da elaboração de manuais de procedimentos que contenham as noções básicas de gestão de stocks.

## **6 - A FARMÁCIA HOSPITALAR**

### **6.1. CONSUMO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DE MATERIAL CLÍNICO**

A aquisição de medicamentos é da responsabilidade do Serviço de Aprovisionamento de cada hospital, cabendo, no entanto, aos Serviços Farmacêuticos uma intervenção especializada nos procedimentos adequados, designadamente a nível da requisição, especificação dos produtos, definição da quantidade, participação em comissões de escolha, recepção e armazenagem dos mesmos. A gestão de stocks de medicamentos é, também, da competência e responsabilidade dos Serviços Farmacêuticos, que procedem à sua movimentação (entradas e distribuição).

Verificou-se que todos os serviços procedem ao controlo dos prazos de validade, para evitar a existência de medicamentos fora de prazo, sendo a sua gestão realizada com informação atempada, a três meses do término da validade, ao fornecedor, sendo negociado com o mesmo o processo de substituição.

O fornecimento de medicamentos e de material de consumo clínico às unidades consumidoras de cada hospital (valências e outros serviços) são consideradas, desde logo, como consumo efectivo.

A apreciação da evolução dos consumos coloca-se com maior acuidade no âmbito dos hospitais, dado o maior relevo dos encargos com a aquisição de medicamentos e de material clínico, na estrutura de despesa dessas instituições face ao verificado nas Sub-Regiões de Saúde.



**QUADRO XXIX**  
**CONSUMO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E DE MATERIAL CLÍNICO NAS IOS AUDITADAS**

(Em contos)

Instituições Oficiais de Saúde	1994	1995	1996	1997	% D 94/97
<b>HSB</b>					
Produtos Farmacêuticos	871.939	1 055.349	1 310.465	1 547.948	77,5
Material Clínico	<u>351.891</u>	<u>404.286</u>	<u>436.852</u>	<u>439.722</u>	25,0
Total	1 223.830	1 459.635	1 747.317	1 987.670	62,4
<b>HNSR</b>					
Produtos Farmacêuticos	565.735	729.647	834.196	988.242	74,7
Material Clínico	<u>242.559</u>	<u>276.942</u>	<u>303.302</u>	<u>303.549</u>	25,2
Total	808.294	1 006.589	1 137.498	1 191.791	47,5
<b>HUC</b>					
Produtos Farmacêuticos	a)	5 131.803	5 674.907	6 250.171	21,8 b)
Material Clínico	a)	<u>1 507.155</u>	<u>1 449.326</u>	<u>1 600.479</u>	6,2 b)
Total	a)	6 638.958	7 124 233	7 850.650	18,3 b)
<b>HGO</b>					
Produtos Farmacêuticos	1 046.365	1 436.484	1 809.351	2 208.479	111,1
Material Clínico	<u>704.821</u>	<u>999.734</u>	<u>1 191.896</u>	<u>1 496.081</u>	112,3
Total	1 751.186	2 436.218	3 001.247	3 704.560	111,6
<b>HSJ</b>					
Produtos Farmacêuticos	1 650.545	1 988.189	2 282.348	2 290.792	38,8
Material Clínico	<u>913.884</u>	<u>1 053.666</u>	<u>1 058 254</u>	<u>1 238.626</u>	35,5
Total	2 564.429	3 041.855	3 340.602	3 529.418	37,6
<b>SRSS</b>					
Produtos Farmacêuticos	86.029	174.739	191.829	157.713	83,3
Material Clínico	<u>70.270</u>	<u>59.960</u>	<u>95.847</u>	<u>87.908</u>	25,2
Total	156.299	234.699	287.676	245.621	57,2
<b>SRSL</b>					
Produtos Farmacêuticos	151.669	423.272	374.234	475.934	213,8
Material Clínico	<u>104.996</u>	<u>199.072</u>	<u>265.917</u>	<u>387.208</u>	368,8
Total	256.665	622.344	640.151	863.142	236,3

a) Não disponível

b) Variação 95/97

Fonte: Balancetes Analíticos (1994/1997)

Importa salientar o significativo acréscimo dos consumos destes artigos no período de 1994-1997, sendo de destacar as variações verificadas no HGO, HSB e HNSR, de 111,6%, 62,4% e 47,5%, respectivamente, e na SRSL com um acréscimo de 236,3%<sup>136</sup>.

Relativamente aos Hospitais analisados foi possível efectuar a comparação dos acréscimos observados, com os principais indicadores da sua actividade assistencial, concluindo-se que os acréscimos verificados no consumo são preocupantes na generalidade dos hospitais, com excepção dos HUC, conforme seguidamente se evidencia:

**QUADRO XXX**  
**CONSUMOS VERIFICADOS EM COMPARAÇÃO COM A ACTIVIDADE ASSISTENCIAL NOS**  
**HOSPITAIS AUDITADOS**

(Variação (%) 1997/1994)

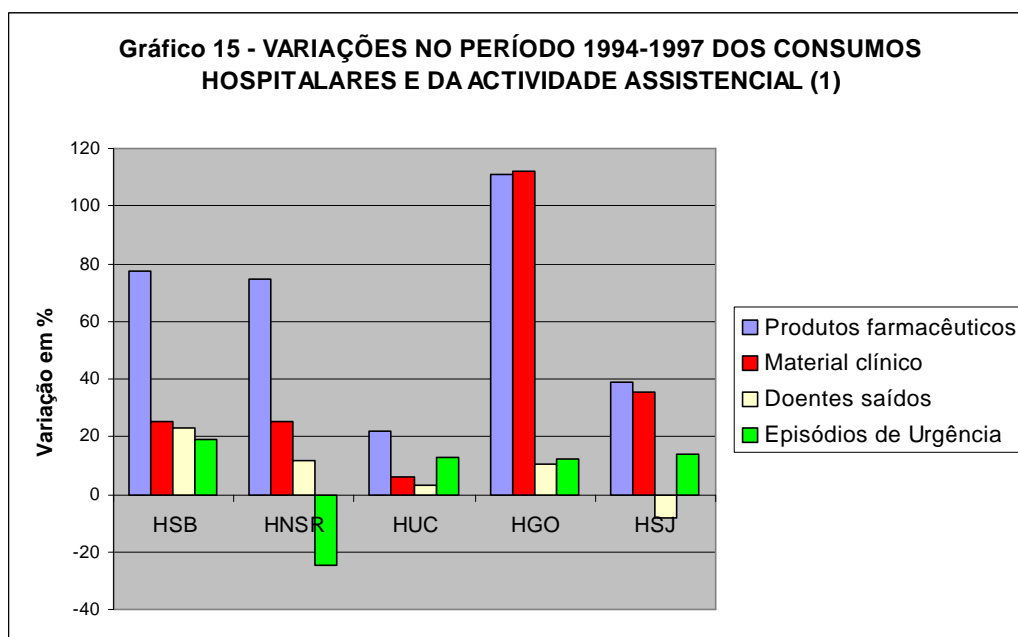
Hospitais	CONSUMOS			INDICADORES DE ACTIVIDADES			
	PRODUTOS FARMACÉUTICOS	MATERIAL CLÍNICO	TOTAL	DOENTES SAÍDOS	CONSULTAS EXTERNAS	URGÊNCIA	ACTIVIDADE CIRÚRGICA
<b>HSB (1)</b>	77,5	25,0	62,4	23,2	14,2 (1)	19,0 (1)	14,0 (1)
<b>HNSR</b>	74,7	25,2	47,5	11,4	12,8	-24,7	(2)
<b>HUC</b>	21,8 (6)	6,2 (6)	18,3 (6)	3,3	0,7	13	6,1(3)e 41,0 (4)
<b>HGO</b>	111,1	112,3	111,6	10,3	0,2	12,3	22,1 (5)
<b>HSJ</b>	38,8	35,5	35,5	- 8,3	- 5,8	13,9	- 10,1

- 1) Variação 1994/1996.
- 2) Não disponível
- 3) Variação na actividade cirúrgica realizada no bloco operatório central, e que corresponde a um valor absoluto de + 390 intervenções.
- 4) Variação na actividade cirúrgica realizada nos blocos operatórios periféricos, e que corresponde a um valor absoluto de + 6 503 intervenções.
- 5) Variação que corresponde à realização de + 1 330 intervenções.
- 6) Variação 1995/1997.

Fonte: Consumos – Demonstrações Financeiras dos Hospitais.

INDICADORES DE ACTIVIDADE – RELATÓRIOS DE AUDITORIA AOS HOSPITAIS AUDITADOS; CONTAS DE GERÊNCIA DE 1997  
REMETIDAS AO TC.

<sup>136</sup> É notório o acréscimo verificado nesta SRSL, no período 1994/1997, comparativamente ao verificado na SRSS (+57,2%).



1) - PARA OS HUC A VARIAÇÃO É RELATIVA AO PERÍODO 1995-1997, NO QUE RESPEITA AOS CONSUMOS

É certo que é extremamente difícil emitir uma opinião segura acerca do desfasamento constatado nos consumos, relativamente à menor evolução dos níveis de actividade, já que poderão existir outras razões que não puderam ser avaliadas, designadamente a especificidade de novas actividades assistenciais, a aplicação de novas tecnologias, as variações de preços, e que interferiram no aumento dos referidos consumos. No entanto, o grande desfasamento verificado é incontornável e suscita questões de eficiência dos serviços que não podem deixar de ser assinaladas.

Considera-se que algumas das deficiências detectadas, e referidas ao longo do relatório, podem constituir justificação para alguns acréscimos de consumo registados. Em qualquer caso, caberá aos administradores hospitalares da(s) área(s) ou outros responsáveis fazer uma avaliação mais desenvolvida de cada situação em causa e sensibilizar os serviços utilizadores (pessoal médico e de enfermagem) para assegurarem a satisfação das necessidades com o necessário acréscimo de eficiência na aplicação dos recursos.

## **6.2. MEDICAMENTOS CEDIDOS GRATUITAMENTE AOS UTENTES PELOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES**

De acordo com as orientações emanadas do Ministério da Saúde as farmácias hospitalares cedem gratuitamente medicamentos aos doentes portadores de determinadas doenças crónicas, quer estejam em regime de internamento, quer de ambulatório.



Verificou-se, assim, nos hospitais auditados o cumprimento desta orientação relativamente à responsabilidade pelos encargos decorrentes desta prestação, procedendo os serviços na situação em que tal é permitido, designadamente a doentes em regime de ambulatório, à posterior facturação à ARS da residência dos doentes (para utentes do SNS) ou ao subsistema de saúde ou outra entidade responsável.

Considera-se que nem sempre se encontram estabelecidas medidas de controlo, de forma a possibilitar o cruzamento dessas cedências com os doentes efectivamente existentes e beneficiários de tais medicamentos, e os serviços farmacêuticos não têm procedido à criação de registos individuais<sup>137</sup> por doente que possibilite a existência de um ficheiro clínico por tipo de doença e/ou medicamentos cedidos.

O *Quadro* abaixo apresenta os encargos com medicamentos cedidos gratuitamente pelas farmácias hospitalares, no período de 1994 a 1997.

**QUADRO XXXI**  
**ENCARGOS COM MEDICAMENTOS CEDIDOS GRATUITAMENTE NOS HOSPITAIS AUDITADOS**  
(Em contos)

HOSPITAIS	1995	1996	1997	VARIÁÇÕES	
				96/97	95/97
HSB	a)	a)	a)	a)	a)
HNSR	a)	94 496	104 182 b)	10,3 b)	—
HUC	545 194	861 260	1 350 116	56,8	147,6
HGO	a)	205 278	276 681	34,8	—
HSJ	395 289	467 475	483 929	3,5	25,6

a) Não disponível

b) Não disponibilizados os encargos relativos às cedências verificadas em Outubro, Novembro e Dezembro/97.

Fonte: Relatórios do TC relativas às Instituições auditadas da auditoria ao SNS

Da análise do *Quadro* anterior constata-se que o consumo tem aumentado significativamente, sendo de destacar os acréscimos verificados nos HUC e no HGO. Estes acréscimos devem-se, entre outros aspectos, ao aumento de doentes com este tipo de patologias e à prescrição de medicamentos que apresentam melhores alternativas terapêuticas, mas cujo custo é mais elevado.

De entre os medicamentos cedidos gratuitamente destaca-se a Eritropoietina, substância cedida para utilização extra-hospitalar pelos Centros de Diálise, com os quais os Hospitais mantêm articulação<sup>138</sup>, no âmbito do Despacho n.º 3/90 do Secretário de Estado da Saúde de 16/3, DR II Série 3/4<sup>139</sup>, nos Hospitais<sup>140</sup> de S. Bernardo, Garcia de Orta e da Universidade de Coimbra, conforme se referencia seguidamente:

<sup>137</sup> Por não estar generalizada a implementação do cartão do utente não se poderá suprir esta lacuna através da sua utilização, de forma a aceder-se à história clínica do doente e da sua real necessidade de utilização.

<sup>138</sup> Conforme previsto no n.º 5 do despacho do Ministro dos Assuntos Sociais de 12/05/83, publicado no DR, II Série, de 7 de Junho

<sup>139</sup> Revogado pelo Despacho n.º 9 825/98 (2.ª Série) da Ministra da Saúde, de 13/5, DR, II Série, de 9 de Junho.

<sup>140</sup> O HNSR e HSJ não cedem Eritropoietina a Centros de Diálise extra-hospitalares.



## QUADRO XXXII

### CONSUMO DE ERITROPOIETINA NOS HOSPITAIS AUDITADOS

(Em contos)

Hospitais	CENTROS DE DIÁLISE			TOTAL		
	(valores anuais)			(Centros de Diálise + Ambulatório)		
	1996	1997	% D	1996	1997	% D
HSB	a)	a)				
HGO	a)	a)		231 185	268 381	16,1
HUC	498 216	520 531	4,5	515 696	595 579	15,5

a) Não disponível

Fonte: Mapas mensais de gestão de stocks.

Analisando os valores inseridos no *Quadro* supra, verifica-se que os consumos das Eritropoietinas, nos Centros de Diálise e Ambulatório, tem uma nítida tendência de crescimento, por existir um cada vez maior número de pessoas a sofrerem de insuficiência renal, e ainda ao alargamento da sua utilização a outras patologias.

### 6.3. CONCLUSÕES

Com base na análise efectuada aos consumos dos produtos farmacêuticos nos 5 Hospitais auditados, no período de 1994-1997, foi possível constatar um acréscimo preocupante no seu consumo, com excepção dos HUC, quando comparado com os principais indicadores da sua actividade de assistencial.

Trata-se de uma área crítica em termos de controlo, e que, a avaliar pela evolução dos consumos de medicamentos cedidos gratuitamente pelas farmácias hospitalares, quer no ambulatório, quer no exterior, deveriam os serviços farmacêuticos pôr em prática medidas mais adequadas a uma boa gestão dessas cedências.

Relativamente à distribuição da Eritropoietina ao exterior, conclui-se haver falta de controlo na sua distribuição através do não cumprimento dos normativos legais aplicáveis, e bem assim, devido às dificuldades que a não introdução generalizada e obrigatória do Centro do Utente pode colocar, em termos da sua correcta identificação e real situação clínica.

## 7 - FACTURAÇÃO DE FORNECEDORES DE BENS E SERVIÇOS

### 7.1. HOSPITAIS

A área de facturação de terceiros assume particular acuidade nos hospitais, conquanto é nestas instituições que se verifica um elevado volume de aquisições de bens (material clínico, produtos farmacêuticos, material de consumo administrativo e hoteleiro e outro material consumível), bens de investimento, e, bem assim, o recurso a serviços prestados no exterior, quer seja no domínio da estrita logística (segurança, limpeza, reparações, fornecimento de água, luz, transportes, comunicações, etc.), quer ainda subcontratos no âmbito das prestações de outras entidades, privadas ou não, no domínio da saúde, submetidas a compromissos formalizados ou simples acordos.

Nos Hospitais auditados o funcionamento do subsistema de facturação pautou-se por uma quase generalizada correcção e cuidado postos na verificação e confirmação dos documentos representativos deste tipo de despesas: nota de encomenda, guia de remessa e factura. De um modo geral, os serviços processadores asseguraram a verificação dos cálculos, confronto de movimentos e importâncias debitadas.

O circuito de processamento de facturas de terceiros funcionou de forma razoável, apenas se questionando alguma demora nos tempos gastos relativamente à conferência das facturas recepcionadas, que, na maior parte dos casos, acarretava algum atraso no pagamento das mesmas. De um modo geral esse atraso situou-se em torno dos 3 a 7 meses (como no HSJ e HUC), um prazo razoável se se considerar que o prazo de pagamento em vigor no mercado se situa em 90 dias (três meses). Nos casos do HNSR e HGO, a demora no pagamento das facturas de fornecedores é bastante preocupante, na medida em que, à data da realização das auditorias àqueles hospitais, atingia os 14 meses de atraso (no HGO, no 1º trimestre de 1998, apenas estava paga facturação de Janeiro de 1997).

A contabilização das facturas, em todos os Hospitais, processava-se sempre após formalizada a respectiva conferência, colocando-a pronta para ser enviada a pagamento, o que, dado o lapso de tempo que mediava entre recepção e contabilização, muitas vezes determina atrasos nos pagamentos. Nenhum dos Hospitais auditados procedia ao registo contabilístico das facturas no momento da sua recepção, durante a fase de conferência<sup>141</sup>, mas tão somente após aquele momento, facto que não permite um controlo mais adequado das facturas entradas, evitando o seu eventual duplo processamento, extravio e, principalmente, o conhecimento do valor real da dívida a terceiros após recepção das facturas na instituição devedora.

---

<sup>141</sup> Por via da utilização da conta do POCSS 228 *Fornecedores -facturas em recepção e conferência*.



A circularização diligenciada no âmbito de alguns fornecedores daquelas instituições permitiu concluir algumas diferenças que foram devidamente justificadas, com excepção do HNSR, que não encontrou razões explicativas para as diferenças encontradas.

Em síntese, poder-se-á afirmar que, de uma forma geral, o sistema de facturação funciona razoavelmente ao nível das instituições hospitalares auditadas, pese embora as demoras verificadas até que se proceda ao pagamento da factura, em alguns casos bastante consideráveis.

No entanto, não será dispiciendo sublinhar o facto que, regra geral, as instituições colocam algum cuidado no processamento da documentação geradora de despesa, tendo subjacente o princípio que o compromisso é para ser cumprido, ainda que tardiamente.

## **7.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE**

No cômputo dos débitos das Sub-Regiões de Saúde, as dívidas a fornecedores não têm grande expressão, posto que a área dos consumos de bens e serviços, tidos estes como os essenciais ao funcionamento interno das Sub-Regiões, também não apresenta uma dimensão relativa de valor importante.

Os trabalhos efectuados nesta área permitiram concluir da existência de alguns atrasos registados entre a recepção da factura e o seu pagamento, os quais na sua maioria se situaram em torno dos 2 meses na SRSL e entre 3 a 4 meses, na SRSS. Embora em número bastante inferior, verificaram-se casos de atrasos superiores a três e a cinco meses em ambas as Sub-Regiões. No entanto, em qualquer das situações, não ultrapassam o prazo normal vigente no mercado – de 90 dias – afigurando-se, pois, que, nestes casos, existe um relativo cumprimento das obrigações constituídas.

O funcionamento dos circuitos próprios desta área operacional não revelaram deficiências notórias, salvo, em algumas situações verificadas na SRSS, onde não se mencionava o acto de recepção de alguns artigos, mediante a aposição de carimbo contendo informação a confirmar a recepção do produto.

Em termos gerais, e mais uma vez, a prioridade dada ao processamento, liquidação e pagamento dos débitos é reveladora da imperiosidade do cumprimento das obrigações constituídas, ainda que se possam registar alguns atrasos.

## **7.3. CONCLUSÕES**

Em face dos resultados dos testes levados a cabo na área de facturação de terceiros junto das instituições auditadas, infere-se que, de um modo geral, os controlos existentes funcionam de

forma a assegurar que as facturas recepcionadas nos serviços sejam devidamente tratadas no sentido do seu pagamento (se para tal houver disponibilidade financeira), pese embora alguns atrasos que motivam, por vezes, algum desfasamento entre a data de recepção da factura e o seu pagamento, que, em certas situações, atinge dimensão bastante considerável.

Não obstante a correcta contabilização, não se verificou que a mesma fosse efectuada no momento de entrada da factura nos serviços, utilizando a *conta* adequada para o efeito, facto que impede um mais rigoroso controlo de todas as facturas que sejam recepcionadas nas instituições, mesmo antes de serem devidamente conferidas e enviadas para processamento.

O cuidado posto no funcionamento desta área, e, por conseguinte, o rigor colocado no apuramento dos valores efectivamente em dívida, vem na senda de preocupações de cumprimento das obrigações assumidas, pese embora os atrasos que se possam verificar em consequência, quase sempre, da indisponibilidade de meios financeiros para o seu pagamento tempestivo.



## 8 - FACTURAÇÃO A TERCEIROS

Os proventos gerados pela actividade das instituições de saúde são provenientes dos serviços de consulta, internamento, urgência e da realização de exames complementares de diagnóstico e de terapêutica (MCDT), os quais se consubstanciam na cobrança de taxas moderadoras aos utentes e na facturação aos subsistemas de saúde e outras entidades.

Identificada esta receita com o total dos proventos operacionais, verifica-se nos Hospitais e Sub-Regiões de Saúde auditados, que o peso das receitas provenientes da prestação de serviços é de maior importância no cômputo da actividade hospitalar, por comparação com as Sub-Regiões de Saúde, nas quais estes valores são pouco significativos.

### QUADRO XXXIII

#### PESO DAS RECEITAS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO TOTAL DOS PROVENTOS OPERACIONAIS NAS IOS AUDITADOS

(Em %)

IOS	1994	1995	1996	1997	D a) DA RECEITA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS 94/97
<b>HOSPITAIS</b>					
HSB	16,7	16,2	13,6	b)	b)
HNSR	11,3	16,7	13,8	b)	b)
HUC	13,4	13,6	14,5	16,1	50,0
HGO	16,3	21,3	15,8	17,0	65,8
HSJ	9,9	18,8	13,9	14,8	73,5
<b>SUB-REGIÕES DE SAÚDE</b>					
SRSS	1,8	2,0	2,0	2,0	49,3
SRSL	1,7	1,7	1,4	1,4	2,3

a) Variação verificada em termos de valores absolutos.

b) Não disponível

Fonte: Demonstração de Resultados (1994/1997)

Apesar de, no quadriénio analisado, os acréscimos serem bastante acentuados e assumirem diferentes proporções nos vários Hospitais, em todos se observa, excepto no HSJ, tendência para um aumento generalizado das dívidas de terceiros<sup>142</sup>, devido a uma possível melhoria na emissão da facturação dos cuidados de saúde prestados, por um lado, e também, à acumulação de facturação em dívida por dificuldades na sua cobrança<sup>143</sup>, por outro, conforme se

<sup>142</sup> Dívidas inerentes à actividade assistencial

<sup>143</sup> Designadamente as relacionadas com as companhias seguradoras e SAMS.

evidencia, no *Quadro* que seguidamente se apresenta.



MP  
127

**QUADRO XXXIV**

**DÍVIDAS DE TERCEIROS ÀS IOS AUDITADAS INERENTES À SUA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL**

(Em contos)

IOS	1994			1995			1996			1997			D % 97/94  TOTAL DÍVIDAS
	CLIENTES	DEVEDORES DIVERSOS	TOTAL	CLIENTES	DEVEDORES DIVERSOS	TOTAL	CLIENTES	DEVEDORES DIVERSOS	TOTAL	CLIENTES	DEVEDORES DIVERSOS	TOTAL	
<b>HOSPITAIS</b>													
<b>HSB</b>	357.747	328.475	686.222	604.411	269.657	874.068	491.491	86.722	578.213	780.741	173.403	954.144	39,0
<b>HNSR</b>	409.374	14.825	424.199	900.682	115.964	1.016.646	1.118.527	167.311	1.285.838	1.129.905	221.885	1.351.790	218,7
<b>HUC</b>	a)	a)	a)	3.472.240	1.037.876	4.510.116	4.021.417	1.039.771	5.061.188	5.331.784	1.045.840	6.377.624	41,4 b)
<b>HGO</b>	823.194	141.206	964.400	1.538.807	7.484	1.546.291	1.452.534	44.241	1.496.775	1.622.717	202.973	1.825.690	89,3
<b>HSJ</b>	3.553.252	2.854.357	6.407.609	5.260.211	261.179	5.521.390	5.443.446	243.648	5.687.094	5.904.686	358.334	6.263.020	- 2,3
<b>SUB-REGIÕES DE SAÚDE</b>													
<b>SRSS</b>	32.490	1.770.545	1.803.035	101.068	244.563	345.631	158.652	385.319	543.971	176.101	816.928	993.029	- 44,9
<b>SRSL</b>	200.166	10.810.683	11.010.849	407.360	1.358.041	1.765.401	575.626	2.888.012	3.463.638	524.745	4.659.547	5.184.292	- 52,9

a) Não disponível

b) Variação 95/97

Fonte: Balançetes analíticos 1994/97





Destaca-se assim, no quadriénio 1994/97, o HNSR, o HGO e o HSB, em que as dívidas de terceiros registam crescimentos elevados de 218,7%, 89,3% e 79,6%, respectivamente. Nos HUC regista-se, também, crescimento embora menor (50,3%) e no HSJ verifica-se um decréscimo nos créditos de 2,3%, o que revela uma maior eficiência no seu recebimento.

Nas dívidas de terceiros as maiores percentagens referem-se à ADSE, seguida pelas Companhias Seguradoras (à excepção do HSJ)<sup>144</sup> e pelos SAMS (cf. *Quadro XXIV* no ponto 3.1 do Cap.º III).

## 8.1. HOSPITAIS

A análise efectuada possibilitou a avaliação dos procedimentos instituídos nesta área, destacando-se a existência de falhas<sup>145</sup> ao nível da recolha de informação de base<sup>146</sup> em situações passíveis de cobrança de taxa moderadora e de facturação dos serviços prestados, as quais implicam a ocorrência de muitas situações que originam processos contenciosos ou a necessidade de realização de diligências complementares que consomem elevados recursos humanos e financeiros.

Considera-se que a existência de um crescente número de situações de difícil cobrança, designadamente as relacionadas com as companhias seguradoras e SAMS<sup>147</sup>, levam a que os hospitais não consigam proceder à célere recuperação das dívidas em atraso. Por outro lado, constatou-se que os hospitais, de uma maneira geral, não se encontram dotados com um número suficiente de meios humanos disponíveis para esta tarefa, encontrando-se estes serviços sobrecarregados com processos que se arrastam no tempo (excepto no HSJ), e que atingem elevados volumes financeiros, não conseguindo em alguns casos evitar a sua prescrição, e, conseqüentemente, a perda significativa de receitas próprias por parte dessas instituições de saúde.

Especificamente no que concerne às situações de internamento, verificaram-se, em anos transactos, atrasos na codificação dos GDH (Grupo de Diagnóstico Homogéneo), indispensável para efeitos de facturação, mais acentuados no HSB e no HNSR, conseguindo este último recuperar, em 1997, os atrasos verificados anteriormente nos processos de codificação.

Os referidos atrasos ocasionaram nalgumas situações a devolução pela ADSE<sup>148</sup> de facturação emitida a esta entidade, por não o ter sido no prazo determinado pelo n.º 1 do art.º 62.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Junho, e por entender a ADSE que esta norma se aplica,

<sup>144</sup> Motivado pela grande afluência de sinistrados aos seus Serviços de Urgência.

<sup>145</sup> Ausência ou deficiente identificação do utente e/ou recusa ou indisponibilidade de pagamento do(s) acto(s) médico(s).

<sup>146</sup> Situação que poderia ser ultrapassada com a implementação em pleno do cartão do utente.

<sup>147</sup> Por se tratar de uma situação específica será objecto de uma análise independente no ponto 8.4 do Cap.º III.

<sup>148</sup> Por se tratar de um a situação específica será objecto de uma análise independente no ponto 8.3 do Cap.º III.

também, à facturação que lhe é enviada pelos serviços prestadores de cuidados de saúde e não somente aos beneficiários.

Constatou-se, ainda, que os núcleos de codificação dos hospitais auditados procedem, actualmente, ao controlo dos Boletins de Admissão e Alta (BAA) em atraso nas diversas valências de internamento<sup>149</sup>, com o objectivo de obterem uma maior celeridade na cobrança à entidade responsável dos cuidados de saúde prestados e, no caso concreto da ADSE, verificou-se que, de uma maneira geral, é dada prioridade à emissão da facturação a esta entidade, não sendo, no entanto, dada prioridade na sua codificação<sup>150</sup>, o que origina, por vezes, atrasos e dificuldades na sua posterior cobrança.

Com o objectivo de verificar a atempada facturação de serviços prestados às entidades responsáveis (subsistemas e outros) e avaliar a gestão de dívidas de terceiros foram seleccionados diversos actos médicos, designadamente meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica (MADT) requisitados ao exterior e, posteriormente, facturados a subsistemas, e ainda consultas e internamentos efectuados em cada um dos Hospitais auditados.

Nos testes realizados observou-se que se procedeu à emissão da facturação às entidades responsáveis pelo pagamento no HGO até 1 mês após a realização do acto médico e nos restantes hospitais num período de 1 a 4 meses.

Contudo, o período que decorreu entre a data de emissão das facturas e o pagamento efectuado pelos subsistemas foi de 6 a 10 meses para a ADSE e de 2 a 6 meses para os restantes subsistemas ou entidades responsáveis.

É certo que os testes efectuados incidiram sobre uma amostra limitada de actos médicos, e que apesar das instituições se encontrarem, actualmente, mais sensibilizadas para a necessidade da cobrança das suas receitas próprias, verificaram-se, ainda, falhas na obtenção célere de toda esta receita, pelas razões expostas anteriormente.

Nos MCDT requisitados pelos Hospitais ao exterior, verificou-se, no HGO, a inexistência de quaisquer tabelas das entidades prestadoras de serviços, e no HSJ apenas a existência de algumas dessas tabelas, situação que inviabilizou a conferência dos valores das facturas apresentadas a estes hospitais.

Ainda relativamente a estes exames, constatou-se que, todos os exames realizados no exterior eram facturados pelo Hospital aos respectivos subsistemas (nas situações não incluídas no SNS) excepção feita ao HSB, que argumentou desconhecer esta necessidade, resultando, por esse facto, perda de receitas de valor indeterminado.

---

<sup>149</sup> No HSB a codificação dos BAA registava um atraso enorme, porquanto, em Outubro de 1997, estavam codificados boletins datados até Junho de 1996 relativos a utentes do SNS, em virtude da prioridade ser dada àqueles que, posteriormente, deveriam dar origem à emissão de facturas.

<sup>150</sup> Apesar do controlo referido, verificou-se, também, existirem nos HUC, HGO, HNSR e HSJ alguns processos de internamento por codificar e relativos a anos transactos, devido a atrasos registados nos codificadores, que nalgumas situações são médicos das próprias valências de internamento, ou na remessa dos BAA pelas valências aos núcleos de codificação ou de revalidação.



## 8.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Tal como nos Hospitais, também nos Centros de Saúde, que são as entidades prestadoras dos cuidados de saúde primários, se verificaram falhas na cobrança das taxas moderadoras<sup>151</sup> aos utentes, com reflexos na posterior facturação aos subsistemas<sup>152</sup>.

A facturação aos subsistemas é emitida nos Centros de Saúde, após ser centralizada toda a informação necessária, oriunda das extensões.

Uma análise global à facturação enviada pelos Centros de Saúde às Sub-Regiões auditadas, relativa a consultas de ambulatório, atendimento nas urgências e tratamentos de enfermagem, permite verificar inúmeras falhas na facturação dos tratamentos de enfermagem a doentes de subsistemas, não sendo os mesmos, por vezes, facturados por não ser efectuado correctamente o registo da sua efectivação na guia de tratamento, ou, ainda, por deficiências na identificação dos utentes pertencentes a subsistemas de saúde.

No caso da SRSS, verificou-se, também, que as facturas resumo são enviadas pelos Centros de Saúde sem qualquer protocolo e sem que esta registe a data em que as recebe, o que não permite determinar a responsabilidade por eventuais atrasos. Por outro lado, por falta de pessoal, não faz qualquer conferência das facturas recebidas, limitando-se a agregá-las por subsistemas.

Relativamente à SRSL, constatou-se que nem todos os Centros de Saúde remetem regularmente as suas facturas resumo e que as enviadas não contemplam, na sua maioria, todo o tipo de prestações efectuadas. Assim, o Centro de Saúde do Cacém não apresentou qualquer factura relativa a consultas de ambulatório durante o 4.º trimestre de 1997, e 27 dos 44 Centros também não apresentaram facturação relativa a tratamentos de enfermagem efectuados, traduzindo-se, tal facto, numa eventual perda de receitas próprias.

Esta situação denota alguma falta de controlo por parte da SRSL, que não intervém junto dos Centros de Saúde por forma a obter justificações para tais falhas, bem como algumas deficiências nos próprios Centros, nomeadamente no que se refere à recolha dos elementos necessários à elaboração das respectivas facturas.

Em teste realizado na SRSL, constatou-se, ainda, a não facturação ao Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais (CNPRP)<sup>153</sup> de quaisquer valores relativos a encargos com medicamentos ou serviços prestados por convencionados, o que contraria o disposto nos n.ºs 2 e 4, do art.º 7.º, da Portaria n.º 33/84, de 2 de Junho.

<sup>151</sup> Pôde, ainda, ser constatado pelas amostras seleccionadas na SRSS (apesar das deficiências de identificação) que o número de actos médicos e de enfermagem prestados nos centros de saúde aos utentes são na sua maioria prestados a utentes do SNS (88% - incluindo 6% de não identificados, dado que no caso de falta de identificação é o SNS que suporta os custos dos actos médicos).

<sup>152</sup> De uma maneira geral, a falta de cobrança de taxas moderadoras tem subjacente a deficiente identificação do utente e a do subsistema responsável pelo pagamento do acto(s) médico(s).

<sup>153</sup> Ex-Centro Nacional de Seguros e Doenças Profissionais (DL n.º 35/96, de 2 de Maio)

Relativamente aos medicamentos prescritos a utentes beneficiários deste Centro, foi possível apurar os encargos suportados na comparticipação de medicamentos e não facturados, apresentando valores de 73 702 contos em 1996, 100 061 contos em 1997 e 27 459 contos no 1.º trimestre de 1998.

No caso da prescrição dos MADT, verifica-se que não existe um cuidado por parte das entidades prescritoras na identificação dos utentes portadores do cartão de “doenças profissionais”, emitido pelo CNPRP, uma vez que, ao longo do ano de 1997, apenas deu entrada na Sub-Região um único lote, constituído apenas por uma requisição, no valor de 1341\$00. Deste modo, não é dado cumprimento às normas que obrigam à aposição, nos Centros de Saúde, de um carimbo identificativo de que a prescrição é relativa a “Doenças Profissionais”.

Ao nível das Sub-Regiões de Saúde, constatou-se, ainda, a existência de falhas na cobrança das dívidas das companhias seguradoras, isto porque à SRSS não são remetidos de uma maneira geral os elementos necessários à constituição de processos de contencioso, não permitindo uma gestão eficaz dos seus créditos em mora, e os Centros de Saúde não dispõem, ainda, de gabinete jurídico para o efeito. Na SRSL, a maioria das situações não são encaminhadas para o apoio jurídico, por forma a constituir, atempadamente, os respectivos processos contenciosos.

Tais procedimentos poderão levar à prescrição das dívidas das companhias seguradoras, configurando uma situação de omissão de cobrança de receitas.

### **8.3. ADSE**

Analisada a dívida da ADSE, observa-se que esta entidade é o principal devedor das IOS auditadas, excepção feita ao HSJ, registando-se, de uma maneira geral, um aumento gradual das suas dívidas em 1997, relativamente ao ano anterior<sup>154</sup>, conforme seguidamente se apresenta:

---

<sup>154</sup> Nos testes realizados constatou-se que o prazo de pagamentos praticado pela ADSE, se situava entre 6 e 10 meses, e que o mesmo tem vindo a ser alargado.



## QUADRO XXXV DÍVIDAS DA ADSE ÀS IOS AUDITADAS

(Em contos)

IOS	1996	1997	D %
<b>HOSPITAIS a)</b>			
HSB	180.782	291.294	61,1
HNSR	355.679	365.823	2,9
HUC	1 477.160	2.210.943	49,7
HGO	584.468	707.289	21,0
HSJ	495.432	822.527	66,0
<b>SUB-REGIÕES DE SAÚDE a)</b>			
SRSS	109.102	115.197	5,6
SRSL	392.820	356.731	(9,2)

a) Não disponíveis os elementos relativos a 1994 e 1995.

Fonte: Balancetes Analíticos (1996/1997)

Para além do referido, verificou-se que a ADSE tem vindo a devolver, aos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde a facturação por estes emitida, a qual se refere a cuidados de saúde prestados a beneficiários daquele subsistema entrada na ADSE há mais de 6 meses após a prática do acto a que se reporta. A fundamentação para tal comportamento resume-se a uma mera remissão para o art.º 62 do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro.

Ora, o art.º 36.º do mencionado diploma estipula que as participações podem ser pagas ao beneficiário titular, ao representante legal, ao representante voluntário e ao beneficiário familiar, quando requerido e justificado perante a ADSE, podendo o pagamento ser feito directamente por crédito em conta e por intermédio do serviço de que depende o beneficiário. Não se refere o diploma ao pagamento da participação directamente aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nem nesta norma nem em qualquer outra.

Com efeito, também as regras vertidas no art.º 62º parecem dirigir-se aos casos de entrega pelos beneficiários de facturação para efeitos de pagamento pela ADSE, àqueles, das participações devidas. É que, se o art.º 62º, n.º 1, não delimita o seu âmbito subjectivo de aplicação, não pode deixar de atender-se, para este efeito, ao n.º 2 do preceito, que ressalva da regra os “casos em que, por motivos alheios à vontade dos beneficiários, estes não consigam obter os respectivos documentos dentro do prazo indicado no número anterior”. Nestas situações “os documentos podem ser remetidos à ADSE fora do prazo estabelecido, acompanhados de requerimento devidamente fundamentado e dirigido ao director-geral, que poderá deferir ou indeferir, consoante os fundamentos invocados”.

Tendo em conta a controvérsia gerada e a necessidade de cobrança de receitas, o Hospital de S. José propôs contra a ADSE acções judiciais executivas que foram objecto de decisões judiciais em sentidos diferentes.

Tomou-se igualmente conhecimento que, dada a controvérsia gerada, o Secretário de Estado do Orçamento proferiu despacho no sentido de ser preparado pelos serviços competentes um projecto de despacho conjunto a propor à Ministra da Saúde com vista a dirimir o conflito.

## 8.4. SAMS

Analisada a dívida dos SAMS às IOS auditadas, constatou-se que tem sido crescente conforme seguidamente se evidencia, devido ao facto de esta entidade ter deixado de proceder ao pagamento de facturação emitida pela prestação de cuidados de saúde a beneficiários daquele subsistema.

### QUADRO XXXVI

#### DÍVIDAS DOS SAMS ÀS IOS AUDITADAS

(Em contos)

IOS	1996	1997	D %
<b>HOSPITAIS a)</b>			
HSB	33 605	55 809	66,1
HNSR	32 853	52 015	58,3
HUC	199 341	297 499	49,3
HGO	82 757	143 127	73,0
HSJ	59 037	105 984	79,5
<b>SUB-REGIÕES DE SAÚDE a)</b>			
SRSS	6 494	21 155	225,8
SRSL	62 882	81 296	29,3

a) Não disponíveis os elementos relativos a 1994 e 1995  
 Fonte: Balancetes Analíticos (1996/1997)

Durante alguns anos foram exarados sucessivos despachos de membros do Governo que autorizavam o desconto de 50% nos serviços e cuidados prestados pelas instituições do SNS a beneficiários dos SAMS. O último desses despachos é da autoria do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e autoriza a manutenção daquele desconto entre 01/01/92 e 31/12/92. Deve referir-se que a comunicação destes despachos às instituições do SNS ocorria, por vezes, com cerca de um ano de atraso sobre a data de início da produção dos seus efeitos (veja-se o caso do último despacho supra-referido, que foi comunicado às “instituições dependentes do SNS” pela circular normativa n.º 5, de 09/12/92, com a inerente incerteza dos serviços quanto à percentagem a facturar aos SAMS).

Tendo em conta que não voltaria a ser comunicado qualquer outro despacho com o mesmo teor, passaram os serviços integrados no SNS a facturar aos SAMS a totalidade do preço dos serviços de prestação de cuidados de saúde, entendimento que viria a ser confirmado, já em 1998, por ofício do IGIF dirigido à Sub-Região de Saúde de Lisboa, no qual se esclarece que “desde a data da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que aprovou o Estatuto do SNS, tendo revogado o Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de Março (art.º 9.º), deixou de vigorar o desconto de 50% aos SAMS, por inexistência de norma habilitadora”.



A partir do momento em que a facturação passou a ser feita a 100%, os SAMS deixaram de proceder ao pagamento das despesas, que têm sido desde aí suportadas pelos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde.

Sobre o assunto incidiram pareceres jurídicos dos Professores Doutores Freitas do Amaral e Marcelo Rebelo de Sousa e, em sentido oposto, o parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República proferido no processo n.º 51/95 e homologado por despacho da Ministra da Saúde de 18/03/96, publicado no DR, II Série, n.º 213, de 13/09/96. Reproduzem-se aqui as conclusões deste último que deverão ser acatadas pelos serviços integrados no SNS, extraindo daí as consequências jurídicas, designadamente as relativas à cobrança por via judicial das quantias em dívida.

São as conclusões as seguintes:

- “1.<sup>a</sup>- Subsistemas de saúde, para os efeitos a que alude a al. b) do n.º 1 do art.º 23.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, serão todas as entidades públicas ou privadas que se apresentem a complementar o esforço do sector público na efectivação do direito à saúde.
- 2.<sup>a</sup>- Os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários (SAMS) apresentam-se como um serviço particular, complementar do SNS, que presta cuidados de saúde a uma determinada categoria de trabalhadores - os bancários e suas famílias.
- 3.<sup>a</sup>- Os SAMS, como subsistema de saúde, devem pagar os cuidados de saúde que os seus beneficiários recebam nos estabelecimentos oficiais integrados no SNS”.

Tendo em conta o teor do parecer homologado, deve referir-se que, nos termos do disposto no art.º 60.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, a não cobrança das receitas em causa pode levar o Tribunal de Contas a condenar os responsáveis a repor as importâncias não arrecadadas e gera, ainda, responsabilidade financeira sancionatória, de acordo com o disposto na al. a) do n.º 1 do art.º 65.º daquela Lei.

*Com referência a este assunto, o IGIF, nos seus comentários, reconhece que, face ao teor do relatório, deverá ser emitida uma circular normativa, sobre a necessidade de facturar os serviços prestados aos beneficiários do SAMS, dirigida a todas as instituições, independentemente das negociações que estão a decorrer com este subsistema, no sentido de, aproveitando as disposições legais entretanto publicadas, resolver o diferendo que opõe os SAMS aos serviços integrados no SNS.*

## **8.5. CONCLUSÕES**

Tanto nos Hospitais como nos Centros de Saúde auditados verificou-se que a cobrança das taxas moderadoras se situou em níveis inferiores aos actos passíveis desse efeito, com a correspondente subfacturação aos subsistemas de saúde correspondentes, nas situações em que a entidade responsável não era o SNS.

Esta situação é explicada pela existência de diversas insuficiências ao nível dos procedimentos de controlo interno estabelecidos para esta área, e bem assim, no seu cumprimento.

Refira-se, contudo, que algumas destas insuficiências decorrem, fundamentalmente, da falta de pessoal administrativo em número suficiente e habilitado nos sectores ligados à facturação e pré-contencioso, e, também, à falta de gabinetes jurídicos dotados com o número suficiente de elementos, que permitam um correcto tratamento das situações duvidosas ou litigiosas e contribuam para melhorias na gestão de dívidas de terceiros.

Analisadas as dívidas das IOS auditadas, no quadriénio em apreço, verificou-se uma tendência para um aumento generalizado das dívidas de terceiros, devido a uma possível melhoria na emissão da facturação dos serviços prestados e, também, à existência de um crescente número de situações de difícil cobrança, designadamente as relacionadas com as Companhias Seguradoras e SAMS.

Verificou-se que as IOS se encontram, actualmente, mais sensibilizadas para a necessidade da cobrança das suas receitas próprias, subsistindo, contudo, falhas na sua facturação, não possibilitando a recuperação tempestiva da sua totalidade.

Nos Hospitais, no que concerne ao internamento, verificaram-se, em anos transactos, atrasos na codificação dos GDH com repercussões ao nível da emissão célere das facturas, dificultando a recuperação das correspondentes importâncias. Os referidos atrasos ocasionaram, no caso da ADSE, dificuldades na cobrança, dado que esta entidade tem procedido à devolução de facturação emitida fora do prazo determinado pelo n.º 1, do art.º 62.º do Decreto-Lei 118/83, de 25 de Junho.

Observou-se, ainda, que o HSB não procedeu à facturação às entidades responsáveis pelo pagamento dos exames realizados no exterior aos utentes beneficiários de subsistemas resultando desta situação a perda de receita de valor indeterminado e potencialmente geradora de responsabilidade financeira sancionatória ao abrigo do art.º 65.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Uma análise à facturação enviada pelos Centros de Saúde às Sub-Regiões auditadas permitiu apurar a existência de algumas falhas no domínio da cobrança de dívidas a companhias seguradoras, bem como ausência de facturas emitidas por serviços de enfermagem e irregularidades na cobrança de taxas moderadoras a utentes, por insuficiência de dados correctos relativamente a estes. Com repercussões negativas, também não foram facturados os





encargos com medicamentos e outros serviços prestados por convencionados a beneficiários dos Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos Profissionais (CNPRP).

As falhas referidas são motivadas, na sua maioria, por deficiências ao nível dos registos dos actos realizados e/ou identificação do utente e da entidade responsável pelo pagamento.

A perda de receita pela não facturação e conseqüente não arrecadação de receitas verificada nas situações anteriormente relatadas são potencialmente geradoras de responsabilidade financeira sancionatória, nos termos da alínea a) do n.º 1 do art.º 48.º da Lei n.º 86/89, de 8 de Setembro, e das alíneas a) e d) do art.º 65.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Ainda, no que tange à não cobrança de receitas a entidades não integradas, na pessoa colectiva, Estado, configura também, uma situação de responsabilidade financeira reintegratória, nos termos do art.º 60.º da referida Lei n.º 98/97.

## 9 - PRESTAÇÕES DIRECTAS: CONVENCIONADOS E FARMÁCIAS

As prestações directas consistem no recurso a entidades privadas com vista à prestação de serviços no âmbito dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica aos utentes, e, bem assim, o fornecimento de medicamentos e demais especialidades farmacêuticas em resultado das prescrições médicas efectuadas aos pacientes.

Em regra, os primeiros resultam da celebração de protocolos e acordos diversos entre o Estado e as entidades interessadas, mediante acerto de condições mutuamente aceites, delas resultando, nomeadamente, a obrigação de prestação de um serviço de qualidade aos utentes por parte dos prestadores e, do lado do Estado, a obrigação de proceder ao seu pagamento tempestivo em função dos preços e demais condições bilateralmente acordadas<sup>155</sup>.

Tanto as instituições hospitalares da rede pública quanto as Administrações Regionais de Saúde, através dos Centros de Saúde, recorrem por regra aos prestadores privados. Contudo, nos hospitais, a decisão de recurso a serviços de âmbito clínico prestados no exterior, na sequência de prescrições em regime de ambulatório, faz-se, imperativamente, mediante a ostentação de um *termo de responsabilidade* e *credencial* emitidas e devidamente autorizadas pelos órgãos competentes da instituição, o que pressupõe constituir este um recurso de carácter extraordinário, por forma a suprir carências ou a indisponibilidade de meios por parte do hospital. Daí a necessidade de acautelar, quer o controlo da emissão de tais documentos, quer, ainda, sempre que possível, a contenção de encargos com estes serviços por via de uma utilização limitada ao estritamente necessário. Excepciona-se a prescrição de medicamentos, cuja responsabilidade pelo seu pagamento às farmácias cabe sempre às ARS, devendo estas, por sua vez, proceder ao respectivo reembolso das entidades hospitalares prescritoras, segundo o princípio instituído do «prescritor-pagador»<sup>156</sup>.

A realidade é, porém, substancialmente diferente ao nível dos cuidados de saúde primários, prestados junto dos Centros de Saúde, na medida em que dos actos médicos em ambulatório são, normalmente, prescritos aos doentes, quer medicamentos, quer exames complementares de diagnóstico e terapêutica, daí resultando encargos que são debitados às respectivas ARS pelos vários credores do sistema, com os quais existem acordos nesse sentido.

Tem sido sistematicamente esta área de despesa aquela que apresenta a maior dificuldade de controlo e contenção, registando, ano após ano, crescimentos deveras preocupantes, que põem em causa, entre outros aspectos, a sustentação financeira do sistema de saúde português.

Com efeito, constituem despesas algo «atípicas», na medida em que a procura que lhes está na origem é fortemente induzida, não se processando, somente, em função da oferta, mas principalmente através de uma terceira entidade, o médico. O paciente é, neste caso, um

---

<sup>155</sup> A caracterização e análise pormenorizada dos Acordos e Convenções celebrados com entidades públicas ou privadas no âmbito da prestação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e fornecimento de medicamentos aos beneficiários do SNS é desenvolvida no ponto 4 do cap.º II.

<sup>156</sup> Despacho n.º 4/89, da Ministra da Saúde, de 13/01/89, publicado no DR II Série, n.º 50, de 1 de Março.



«actor» cujo comportamento não depende em absoluto da informação e conhecimento de que dispõe, não exercendo livremente a sua capacidade de escolha, antes porém agindo em função da determinação do clínico.

Esta característica confere a este tipo de despesa a particularidade de ser de difícil, se não impossível, controlo e contenção, limitando o gestor à tomada de medidas subtis, na tentativa de restrição das prescrições médicas ao estritamente necessário e tecnicamente adequadas. A discricionariedade técnica, que ao médico livremente assiste, coloca nas suas mãos a capacidade de efectuar escolhas baseadas em critérios de racionalidade económica, quando se trate de prescrições de medicamentos ou meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, tendo sempre presente a garantia de maximização do bem estar e satisfação plena do doente.

Neste sentido, far-se-á uma abordagem sintética em torno deste conjunto de despesas, do ponto de vista dos meios de controlo instituídos junto das Sub-Regiões de Saúde auditadas, aflorando, também, de forma breve, os encargos nelas envolvidos.

## **9.1. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (CONVENCIONADOS)**

Foram celebradas, quer durante a vigência da Lei 56/79, quer durante a vigência da Lei 48/90, várias convenções com entidades privadas tendo como objecto a prestação de cuidados de saúde.

Na base da prescrição destes exames está a emissão de uma *credencial*, conforme referido, devidamente autorizada pelo órgão competente, a qual se destina a ser apresentada pelo doente na entidade prestadora do serviço, devendo esta, posteriormente, remetê-la aos serviços competentes da ARS para efeitos de conferência e pagamento nos termos contratuais acordados.

Das convenções acima referidas constavam normas sobre o pagamento pelo Estado dos cuidados de saúde prestados, não se incluindo aí, em regra, qualquer menção ao pagamento de juros em caso de mora. Na prática, e segundo informação colhida junto do IGIF, os juros de mora nunca foram exigidos pelos prestadores de serviços convencionados.

O sistema de pagamentos destas convenções sofre a sua primeira grande alteração com o Protocolo celebrado entre a APOMEPA, o IGIF e o Banco CISF, logo seguido do Protocolo celebrado entre a FNS, o IGIF e o Banco CISF, assentando ambos na intervenção de uma terceira entidade, o Banco CISF, cessionário dos créditos das entidades convencionadas, e, por conseguinte, entidade à qual o Estado pagará a dívida, acrescida, se for caso disso, de juros à taxa (variável) definida nos Protocolos.

Na sequência destes protocolos foi criado o Sistema de Pagamentos a Convencionados (SPC), instituído através do Despacho 6 323/97 do Secretário de Estado da Saúde e que, em termos de cessão de créditos e de pagamentos de juros, funciona de forma semelhante à

descrita para os Protocolos, havendo, apenas a salientar que podem ser cessionárias as entidades bancárias que sejam escolhidas pelos convencionados e adiram ao sistema, e não apenas o Banco CISF.

Em resultado dos testes efectuados junto de ambas as Sub-Regiões de Saúde auditadas, foi confirmada alguma solidez no controlo instituído, a fim de garantir que sejam cumpridas as normas em vigor. Nos serviços responsáveis, as credenciais são sujeitas a uma conferência informática e administrativa (lotes de 30 cada), abrangendo, pois, a globalidade do universo de documentos recepcionados.

Na SRSS verificou-se que a conferência efectuada se mostrara eficaz, uma vez que, do teste efectuado, apenas 0,48% do total das credenciais analisadas apresentavam inconformidades com as normas em vigor.

Do teste realizado às credenciais de MCDT apresentadas na SRSL, concluiu-se que algumas regras constantes das normas em vigor não são cumpridas, nomeadamente quanto à indicação das datas de prescrição e de realização do exame, pelo médico e pelo doente, respectivamente. Em algumas credenciais não se verificava a «trancagem» da mesma, por forma a não permitir a inclusão de exames adicionais que não tenham sido, efectivamente, feitos ao doente, possibilitando facturação indevida aos serviços.

Uma vez que nem todos os prestadores de serviços ao SNS são aderentes das convenções e protocolos<sup>157</sup> celebrados com o Estado, verificou-se que, em relação a estes, os atrasos nos pagamentos na SRSL atingiam os 7 e 8 meses, enquanto para os restantes, aderentes ao sistema de pagamento a convencionados, quer individualmente, quer associados, os pagamentos encontravam-se em dia, não se registando, por conseguinte, quaisquer débitos de juros. Diferentemente, na SRSS, não se verificaram quaisquer atrasos nos pagamentos ao sector convencionado, aderente ou não, mantendo-se cumprido o prazo estipulado de 6 meses.

Sendo esta área de despesa fortemente crítica, na medida em que o controlo sobre ela é quase inexistente, dando origem, anualmente, a acumulação de dívidas, em muitos casos com o prazo de vencimento largamente expirado, atente-se, para o efeito, ao *Quadro* seguinte, onde se pretende tipificar e quantificar a dívida global ao sector convencionado nas Sub-Regiões auditadas, nos anos de 1996 e 1997:

---

<sup>157</sup> Protocolos celebrados com a Associação Portuguesa dos Médicos Patologistas (APOMEPA), Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde (FNS) e Banco CISF – Assunto tratado mais detalhadamente no ponto 4 do Capítulo II.



## QUADRO XXXVII

### DÍVIDAS AO SECTOR CONVENCIONADO NAS SRS AUDITADAS

(Em contos)

CONVENCIONADOS	SRS			SRSI		
	31/12/96	31/12/97	D %	31/12/96	31/12/97	D %
Assistência Ambulatória	10.332	7.446	(27,9)	—	—	—
Meios Complementares de Diagnóstico	1.793.857	2.168.920	20,9	6.116.371	7.092.858	16,0
Meios Complementares de Terapêutica	715.375	961.177	34,4	2.715.055	3.620.691	33,4
Internamentos	204.216	201.316	(1,4)	848.360	1.089.241	28,4
Transporte de Doentes	65.722	78.261	19,1	274.442	310.843	13,3
Aparelhos Complementares de Terapêutica	2.089	3.363	61,0	576	350	(39,2)
<b>TOTAL</b>	<b>2 791.591</b>	<b>3.420.483</b>	<b>22,5</b>	<b>9.954.804</b>	<b>12.113.983</b>	<b>21,7</b>

Fonte: Balancetes analíticos (1996/97)

## 9.2. FARMÁCIAS (RECEITUÁRIO MÉDICO)

Este tipo de encargos tem origem, como foi dito, na comparticipação devida pelo Estado nas aquisições de medicamentos e outras especialidades farmacêuticas pelos utentes do SNS nas farmácias do país, em resultado das prescrições que lhes são feitas nos actos de consulta médica, em ambulatório, quer nos hospitais, quer nos Centros de Saúde, quer ainda em regime de clínica privada por médicos do SNS<sup>158</sup>.

O pagamento destas despesas às farmácias fornecedoras dos medicamentos prescritos aos doentes processa-se através da Associação Nacional de Farmácias<sup>159</sup>, quando aquelas sejam aderentes da Associação, às próprias farmácias credoras, ou, através do Banco CISF, na sequência de um Protocolo firmado em 1997, entre o IGIF, algumas farmácias, e aquela

<sup>158</sup> Com o despacho n.º 14/95, do Ministro da Saúde, publicado no DR, II Série, de 12 de Junho de 1995, passou a ser possível aos médicos do SNS a prescrição nos seus consultórios privados a beneficiários do SNS utilizando receituário em uso nos Centros de Saúde.

<sup>159</sup> Acordo celebrado em 1988, cujo texto foi publicado no DR, II Série, n.º 282, de 7 de Dezembro de 1988, tendo sofrido sucessivas alterações desde 1992 até às mais recentes, aprovadas em 22 de Janeiro de 1997, ao qual aderiram grande parte das farmácias particulares, mantendo-se algumas fora do Acordo.

instituição bancária, ou ainda, através das instituições bancárias às quais as farmácias aderentes ao Sistema de Pagamento a Farmácias (SPF), cederam os seus créditos<sup>160</sup>.

Tal como o SPC, o SPF baseia-se na intervenção de uma terceira entidade, cessionária dos créditos das farmácias aderentes sobre as ARS, e que pode ser qualquer entidade bancária escolhida pelas farmácias e que adira, ela própria, ao sistema<sup>161</sup>. A mora no pagamento importa o vencimento de juros a uma taxa (variável) definida no SPF.

A última das alterações de que foi objecto o acordo celebrado entre o Estado e a ANF para além de estabelecer um prazo de pagamento do Estado (70 dias) estabeleceu também prazos de recepção de receituário e conferência de facturas por parte das Sub-Regiões, e ainda, um prazo de emissão de facturas por parte da ANF.

Em ambas as Sub-Regiões auditadas, o controlo exercido sobre a documentação representativa destas despesas é feito sobre a totalidade da facturação, incidindo esta sobre o largo número de lotes de receitas médicas remetidos pelas farmácias, mensalmente, devidamente organizados. O elevadíssimo número destes documentos manuseado pelos serviços controladores e processadores torna necessário o recurso intensivo a meios humanos e informáticos adequados, por via da utilização da leitura óptica das etiquetas identificadoras apostas no receituário.

No acto da conferência têm em consideração os valores apresentados, procedendo-se às correcções necessárias em facturações posteriores, procedimento que vem sendo adoptado pelas duas Sub-Regiões.

Devido ao grande número de receitas apresentadas pelas farmácias, a SRSS tem dificuldades em cumprir o prazo estabelecido no acordo celebrado com a ANF, pelo que nem sempre a comunicação do valor corrigido da facturação a esta Associação se faz no prazo legalmente estabelecido. Daqui resulta que os valores considerados pela ANF não são coincidentes com os valores da SRSS nas respectivas contas correntes, uma vez que a primeira regista o valor apresentado pelas suas associadas, deduzido do valor não considerado válido pela SRSS na facturação do mês anterior e, a segunda, o valor da facturação apresentado pelas farmácias nesse mês já deduzido do valor não considerado nessa facturação.

Na SRSL verificou-se que, em termos de conferência de facturação apresentada pelas farmácias para pagamento, a situação é mais preocupante do que na SRSS. Isto porque, face ao elevado número de receitas apresentadas pelas farmácias, a SRSL tem tido dificuldades em

---

<sup>160</sup> O denominado *Sistema de Pagamento a Farmácias (SPF)*, constante de um Protocolo cujas cláusulas gerais foram aprovadas pelo despacho n.º 6322/97, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, II Série, 12 de Fevereiro de 1997, e cuja génese se encontra no Protocolo celebrado entre o IGIF, o Banco CISF e algumas farmácias.

<sup>161</sup> Das 159 farmácias que apresentam a sua facturação para pagamento na SRSS, somente em uma o pagamento não é efectuado através da ANF, e na SRSL das 630 farmácias existentes, verificou-se que 26 destas farmácias recebem directamente pela SRSL.



cumprir o prazo estabelecido no acordo com a ANF, pelo que a comunicação do valor corrigido nunca se faz no prazo legalmente estabelecido<sup>162</sup>.

O facto da conferência de facturas de farmácias não se encontrar em dia leva a que o valor da dívida que serve de base para o cálculo dos respectivos juros seja mais elevado do que o valor que é realmente devido pela SRSL (valores apresentados pelas farmácias e não corrigidos após a conferência), o que se traduz no aumento dos encargos financeiros (juros).

De notar que as importâncias pagas a título de juros, que excedem aquelas que resultaram de uma correcção atempada da facturação, lesam o Estado e configuram pagamentos indevidos, podendo gerar responsabilidade financeira reintegratória nos termos dos n.ºs 1 a 3 do art.º 59.º da Lei n.º 98/97, de 26/8, e ainda responsabilidade financeira sancionatória, de acordo com a alínea b) do art.º 65.º da mesma lei.

Os testes efectuados sobre amostras de lotes pré-seleccionados na SRSL, permitiram detectar algumas falhas em muito do receituário recepcionado nos serviços devedores, conquanto o controlo exercido por esta Sub-Região através de leitura óptica devesse ser complementado com conferência “administrativa”<sup>163</sup>, também por amostragem, à semelhança do que é realizado na SRSS, porquanto contribuiria para demonstrar às farmácias, que estão, efectivamente, sob controlo.

Do exposto, constata-se que os atrasos no pagamento da facturação são consequência não só das demoras inerentes ao processo de conferência, mas também, e sobretudo devido à incapacidade financeira das sub-regiões em cumprir os compromissos assumidos perante as farmácias, ultrapassando largamente os 70 dias estabelecidos no acordo com a ANF e no SPF. Esta situação é bem mais gravosa na SRSL do que na SRSS, posto que na primeira se atingiram atrasos na conferência na ordem dos 5 a 6 meses, ao passo que na segunda se mantém nos 2 meses, facto, por si, gerador de juros de mora, porquanto o prazo acordado se situa nos 70 dias.

Do levantamento efectuado no âmbito do controlo dos juros pagos pelas SRSS e SRSL à ANF, foi possível verificar que os elementos disponibilizados pela ANF à SRSL não permitem controlar os juros cobrados pela primeira, sendo apenas possível realizar uma mera conferência dos cálculos apresentados e, ainda assim, admitindo como correcta a taxa indicada pela ANF, que resulta de uma média ponderada das taxas dos diversos bancos junto dos quais esta associação se endivida, tendo como um dos factores de ponderação o capital financiado a

<sup>162</sup> Somente em finais de Outubro/98, foi apurado e comunicado à ANF o valor corrigido da facturação relativa ao mês de Abril desse ano.

<sup>163</sup> As Sub-Regiões para obviar aos atrasos na conferência das facturas, por carências de pessoal, optaram por recorrer aos serviços de empresas privadas. Não obstante, a SRSS procede a uma conferência de tipo “administrativo”, visando um controlo mais eficaz do receituário proveniente das respectivas farmácias, ainda que por amostragem. Refere no entanto que na SRSL a facturação remetida mensalmente é proveniente de 630 farmácias, e na SRSS estas são em menor número (159).

nível nacional. Tal situação já não se verifica relativamente às instituições de crédito intervenientes no âmbito do Protocolo do Banco CISF e do SPF, onde é possível realizar uma conferência efectiva dos juros cobrados.

Um controlo efectivo dos juros cobrados pela ANF só seria possível se o mesmo fosse centralizado a nível nacional e se se pudessem confrontar os valores totais da facturação, a pagar pelas Sub-Regiões de todo o país, com os valores dos empréstimos contraídos pela ANF, junto da banca comercial, para pagar às suas associadas.

Analisados os prazos de pagamentos praticados pelas Sub-Regiões, observou-se um crescente aumento deste prazo<sup>164</sup>, e por conseguinte, um avolumar das dívidas, conforme se evidencia no *Quadro* seguinte, já que o pagamento das facturas à ANF passou a ser feito de forma parcelar de acordo com as suas disponibilidades financeiras.

Nos anos de 1996 e 1997, as dívidas das Sub-Regiões auditadas a farmácias ascendiam aos valores que seguidamente se evidenciam, registando-se, em ambas, aumentos muito elevados:

**QUADRO XXXVIII**  
**DÍVIDAS AO SECTOR FARMACÊUTICO NAS SRS AUDITADAS**

(Em milhares de contos)

FARMÁCIAS	SRSS			SRSL		
	31/12/96	31/12/97	D %	31/12/96	31/12/97	D %
Produtos Vendidos por Farmácias	3 061	6 040	97,3	8 203	17 584	114,4

Fonte: Balancetes Analíticos (1996 e 1997)

Em resumo, os largos milhares de documentos manuseados todos os meses, a carência de meios humanos e, por vezes, de recursos informáticos adequados e a não realização de conferências por amostragem contribuirão para agravar, em certa medida, a dimensão e o descontrolo verificado neste domínio, com sérios impactos negativos ao nível do consumo de recursos financeiros públicos, muitas vezes por via do desperdício que tem origem em prescrições inadequadas, quer em termos qualitativos, quer, sobretudo, quantitativos.

### **9.3. CONFRONTO DE DÍVIDAS DAS REGIÕES DE SAÚDE E ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FARMÁCIAS**

<sup>164</sup> O prazo médio de pagamentos tendo em conta a data em que a factura fica totalmente liquidada, variava na SRSS e SRSL, à data da conclusão das auditorias (Junho e Outubro/98), entre os 5 e os 7 meses e os 7 e os 11 meses, respectivamente, nas duas Sub-Regiões.





Pelo exposto anteriormente, verifica-se uma predominância de adesão da grande maioria das farmácias portuguesas à sua associação – a Associação Nacional da Farmácias – sendo também evidente que a maior parte da dívida do SNS pelas participações devidas pelo Estado no fornecimento de medicamentos aos beneficiários é-o, sem dúvida, àquela Associação.

As verificações diligenciadas ao nível das Sub-Regiões auditadas, conduziram à percepção de diferentes formas de contabilização do receiptuário mensalmente remetido pelas farmácias aos serviços processadores, porquanto não se verifica o seguimento, pelos serviços processadores das Sub-Regiões de Saúde, das respectivas normas instituídas nos termos do Acordo Estado/ANF.

Neste sentido, ao invés de considerar as correcções a introduzir numa facturação mensal, no montante de facturas do mês seguinte, a SRSS, na conta-corrente da ANF, regista o valor da facturação apresentado pelas farmácias, nesse mês, já deduzido das respectivas correcções e não o valor apresentado pela ANF. Daqui resulta que os valores das facturas de um determinado mês não são coincidentes nos registos da ANF e da SRSS. Contudo, não se observaram atrasos na conferência das facturas.

Procedendo de forma a cumprir o estipulado no acordo em matéria de prazos para a efectivação da conferência do receiptuário, a SRS salienta a dificuldade em manter aqueles *timings*, pelo que registava um atraso de cerca de 5 meses na conferência mensal à data de Outubro de 1998. Este facto é deveras importante, na medida em que está na origem dos juros calculados numa base superior àquela que, de facto, seria devida pela sub-região.

Neste sentido, parece poder concluir-se que, ao nível das entidades processadoras, os valores relevados como débitos à ANF nem sempre serão concordantes com os registados naquela Associação, porquanto os procedimentos adoptados e o ritmo mais ou menos tempestivo do processo de conferência e contabilização das facturas não serão idênticos em todas as sub-regiões de saúde. Para o efeito, veja-se o *Quadro* seguinte, no qual se contrapõem os débitos do SNS à ANF registados nas respectivas ARS:

**QUADRO XXXIX**  
**MAPA COMPARATIVO DAS DÍVIDAS DAS REGIÕES DE SAÚDE À ANF**  
(a 30 de Novembro de 1998)

(Em milhares de contos)

REGIÃO DE SAÚDE	IGIF		ANF		DIFERENÇA	
	DÍVIDA	JUROS	DÍVIDA	JUROS	DÍVIDA	JUROS
Norte	34590	225	34021	379	569	-154
Centro	26652	171	26684	425	-32	-254
Lisboa e Vale do Tejo	39152	125	39447	303	-295	-178
Alentejo	6701	73	6697	105	4	-32
Algarve	3274	0	4148	31	-874	-31
<b>TOTAL</b>	<b>110369</b>	<b>594</b>	<b>110997</b>	<b>1243</b>	<b>-628</b>	<b>-649</b>

Fontes: IGIF  
Associação Nacional de Farmácias

Na verdade, são evidentes as diferenças entre aquelas entidades no que respeita aos valores da facturação e juros devidos, porventura em resultado de factores diversos, entre os quais, certamente, pesarão os tempos gastos na conferência de milhares de receitas médicas mensalmente recebidas nas sub-regiões de saúde, a escassez de recursos humanos e meios informáticos adequados, procedimentos adoptados e, ainda, divergências nas datas de contabilização. Acrescem, ainda, as dificuldades financeiras por indisponibilidade de recursos, também responsáveis pelos atrasos nos pagamentos.

*Sobre este assunto, refere o IGIF nos seus comentários estar em fase de consulta a aquisição, por aquele Instituto, de uma solução informática de suporte ao sistema de conferência de facturas que permitirá aos diversos serviços e organismos do Ministério da Saúde, a nível local, regional e nacional, a gestão e controlo da facturação emitida pelas entidades fornecedoras, apurar os valores em dívida, conhecer os consumos e conhecer os indicadores de gestão. Tal sistema de conferência de facturas consistirá na leitura, validação e cálculo das participações do SNS e do utente, com base nos documentos comprovativos dos fornecimentos, de produtos ou serviços, apresentados pelas entidades responsáveis, de forma a serem cumpridas as normas vigentes e segundo tabelas de referência actualizadas. Nestes termos, crêem que a implementação daquela aplicação irá contribuir para que a conferência de facturas se faça em tempo útil e se faça com a qualidade desejada, permitindo obviar os inconvenientes descritos no relatório.*

#### **9.4. CONCLUSÕES**

Os encargos derivados das prescrições médicas aos pacientes, quer de medicamentos, quer de exames complementares de diagnóstico, constituem o conjunto de encargos cuja capacidade de contenção se situa fora do âmbito da entidade processadora, na medida em que estas são o corolário natural do exercício da actividade clínica, sendo da estrita responsabilidade dos médicos. Não obstante, os serviços auditados diligenciaram algumas medidas tendentes à contenção daquelas despesas, tais como formulários por patologia, destinados aos médicos, com indicação dos medicamentos existentes no mercado e seus preços, no sentido de serem informados do custo real dos medicamentos que prescrevem (na SRSS), bem como a criação de núcleos de qualidade, constituídos por médicos que procuram sensibilizar os seus colegas para prescreverem medicamentos com menor custo e qualidade idêntica (na SRSL) e ainda a edição do Formulário de Medicamentos para Uso Ambulatório, pelo INFARMED em Junho de 1998.

Assim, é exactamente esta área de despesa a responsável por grande parte do endividamento do SNS, por norma dívidas acrescidas de juros, sobre as quais os serviços não detêm controlo pese embora algumas medidas levadas a cabo no âmbito dos serviços das sub-regiões auditadas.



O suporte administrativo destinado ao controlo e conferência dos documentos representativos destas despesas requereria meios humanos e informáticos reforçados, se se pretende alcançar maior rigor e controlo destas despesas. Em consequência deste tipo de carências, observaram-se atrasos vários nos circuitos de conferências o que provocou, em alguns casos, moras nos pagamentos, com consequentes juros e agravamento da dívida.

Os acordos formalizados entre o Estado e as entidades credoras, estas muitas vezes em regime de associação, permite aos associados maiores garantias de recebimento tempestivo face aos não aderentes (entre farmácias e convencionados).

No que concerne à ANF, não se vislumbra o valor real sobre que incidem juros que são exigidos por esta ao SNS, na medida em que a taxa de juro aplicada corresponde à taxa pela qual a ANF contrai, junto da banca, crédito no montante necessário para pagamento tempestivo às suas associadas (farmácias), fazendo-a incidir nos débitos que, nos seus contas-correntes, constam como dívida das várias regiões/sub-regiões de saúde. Contudo, é de assinalar que, mesmo estando-se perante uma entidade representativa dos interessados (a ANF), os pagamentos não se têm feito em conformidade ao estipulado no Acordo, registando-se sérios atrasos que, nos casos em apreço, se situavam, à data da auditoria, em onze meses.

## 10 - SANIDADE MARÍTIMA

### 10.1. SANIDADE MARÍTIMA NA ESTAÇÃO DE SAÚDE DO PORTO DE SETÚBAL E DE LISBOA

Analisados os procedimentos vigentes no Serviço de Sanidade Marítima/Estação de Saúde do Porto de Setúbal<sup>165</sup>, um dos dois existentes na SRSS, em articulação com os procedimentos do Centro de Saúde de S. Sebastião e no Serviço de Sanidade Marítima de Lisboa da SRSL no que se reporta à cobrança das receitas provenientes das actividades desenvolvidas, no âmbito do controlo sanitário marítimo, resultaram as constatações seguintes.

As normas legais reguladoras da matéria encontram-se dispersas por vários diplomas desactualizados, muitos dos quais dos finais da década de 20, o que gera dificuldades aos Serviços, designadamente ao nível dos montantes das receitas a cobrar, e se traduz na cobrança de taxas irrisórias, completamente desajustadas do preço dos serviços que visam remunerar.

A desactualização e dispersão apontadas propiciam a inexistência de disposições regulamentares sobre tais matérias, sendo, designadamente, os regulamentos dos vários portos nacionais quase omissos nestas questões.

Consultada a Divisão de Saúde Ambiental da Direcção-Geral de Saúde, foi informado que as competências sobre matéria de sanidade marítima haviam transitado para as ARS, que as exerciam através das Sub-Regiões de Saúde, pelo que não há lugar à emissão de orientações a nível central. Verificou-se que a falta de coordenação centralizada destes serviços não fomenta a harmonização na cobrança das taxas devidas, sendo que, a título de exemplo, pode referir-se que a emissão dos certificados de isenção e de desratização são objecto de cobrança no serviço de Sanidade Marítima junto do Porto de Leixões e não o são em Lisboa.

Através da Resolução n.º 185/96, de 24 de Outubro, publicada no DR, II Série, n.º 276, de 28/11/96, o Conselho de Ministros, em consonância com o Programa do Governo, deliberou “criar um grupo de trabalho interministerial tendo como objectivo delimitar, definir e organizar a actividade dos departamentos do Estado com responsabilidades nos domínios das costas e das águas sob jurisdição marítima nacional, tendo em vista a redefinição de

---

<sup>165</sup> Existe, também, o Serviço de Sanidade Marítima do Porto de Sines.



atribuições, a reestruturação interna e a reformulação do enquadramento orgânico do Sistema de Autoridade Marítima (SAM)”.

O grupo, composto por treze membros, um dos quais representante do Ministério da Saúde, tinha um mandato de quatro meses, prorrogável por despacho do Ministro da Presidência. Não há conhecimento de qualquer resultado sobre o assunto.

Particularizando, em relação ao Serviço de Sanidade Marítima do Porto de Setúbal é patente a escassez de meios humanos e físicos (por exemplo, não há automóveis do serviço que permitam a deslocação dos funcionários aos navios sempre que necessário), a exiguidade das instalações e a falta de apetrechamento informático. Neste âmbito, importa referir que o serviço não se encontra informaticamente ligado ao SINAVE, programa de gestão portuária existente junto da administração portuária de Setúbal e que permite, entre outras, obter informação precisa sobre as horas de entrada dos navios nos portos. Na falta desta ligação informática, o serviço socorre-se, em regra, apenas dos elementos que lhe são facultados pelos agentes de navegação, podendo, no entanto, em caso de dúvida, confirmar tais informações junto da Capitania do Porto de Setúbal.

Ao Centro de Saúde de S. Sebastião, entidade que procede à liquidação e cobrança das receitas oriundas da actividade do Serviço de Sanidade Marítima do Porto de Setúbal, não tem sido comunicado, por este último, o número ou o tipo de operação efectuada por cada navio entrado neste porto. Assim, este Centro de Saúde desconhece, por exemplo, se houve visitas de saúde feitas pelo médico a bordo ou vistorias que possam dar lugar à cobrança de outras receitas diferentes das relativas às taxas de desembarço sanitário, cobrando unicamente estas.

Em relação ao Serviço de Sanidade Marítima de Lisboa, é, também, patente a escassez de meios humanos e físicos: não há senão 5 funcionários que cobrem as 24 horas de serviço, sendo estes um técnico, um oficial intérprete, um marinheiro, uma funcionária administrativa e uma auxiliar de vigilância e, de igual modo, há lacunas graves de meios físicos como automóvel ou barco para as deslocações, para além do estado de degradação evidente das instalações e da inexistência de equipamento informático do serviço.

Para ter conhecimento das previsões de chegada dos navios aos vários cais do Porto de Lisboa, bem como dos agentes responsáveis por cada embarcação, estes serviços da Sanidade Marítima estão ligados em rede ao Centro de Coordenação de Navios da Administração do Porto de Lisboa.

Apenas se cobram prestações aos navios que acostam depois de fechado o expediente destes serviços, isto é, entre as 19 e as 08 horas. O funcionário de serviço emite um recibo que envia para os serviços administrativos, onde o agente do navio irá efectuar o pagamento. Como não existem normas escritas com prazos estipulados para que os agentes procedam ao pagamento dos respectivos valores, eles pagam de acordo com as suas disponibilidades, não existindo qualquer periodicidade. No entanto, existe algum cuidado para que os pagamentos se efectuem, ou no final do mês a que se referem, ou nos primeiros dias do mês seguinte.

## **10.2. CONCLUSÕES**

Em suma, ressaltou do exposto a dispersão e desactualização da legislação reguladora da matéria, com as conseqüentes dificuldades de interpretação e aplicação das respectivas normas e a falta de harmonização a nível nacional dos procedimentos adoptados pelos vários serviços de sanidade marítima existentes junto de cada porto nacional. Para além disso, observou-se, ainda, dificuldades ao nível das receitas a cobrar, sendo as taxas praticadas irrisórias e completamente desajustadas do preço dos serviços que visam remunerar.

No que diz respeito especificamente ao Serviço de Sanidade Marítima da SRSS, salienta-se a escassez de meios humanos e físicos com que se defronta, a ausência de ligação ao SINAVE e, bem assim, a insuficiência de informação entre o serviço de sanidade marítima e o Centro de Saúde de S. Sebastião, que liquida e cobra as receitas provenientes das operações desenvolvidas no âmbito da sanidade marítima.

Relativamente ao Serviço de Sanidade Marítima da SRSL, salienta-se igualmente a escassez de meios humanos e físicos com que se defronta, não existindo normas escritas nem prazos estabelecidos quanto aos pagamentos a efectuar pelos agentes de navegação, pelo que as mesmas têm tendência para se concentrar no final de cada mês ou no início do mês seguinte.

## 11 - ÁREA FINANCEIRA

Avaliadas as peças contabilísticas elaboradas pelas IOS auditadas, constatou-se que as mesmas não proporcionam uma imagem verdadeira e apropriada, quer devido à não aplicação de alguns princípios contabilísticos fundamentais, que seguidamente se indicam, quer em razão de procedimentos contabilísticos inadequados.

Isto porque, de uma maneira geral, não são criadas provisões para cobranças duvidosas, excepção feita aos HUC e HSJ, não reflectindo, adequadamente, a conta clientes o valor dos créditos a receber, pelo que não é observado o princípio da prudência.

*No tocante a esta questão, o IGIF refere nos seus comentários que a mesma irá ser objecto de orientações por parte dos seus serviços.*

Para além deste princípio, não é observado o princípio da especialização de exercícios, não permitindo que os custos e os proveitos sejam imputados ao exercício a que respeitam.

As IOS, também, não utilizam a conta de Fornecedores-Facturas em Recepção e Conferência, o que não permite dar informação sobre o total de encargos assumidos com fornecedores.

*Sobre este assunto, o IGIF vem igualmente referir que a mesma será objecto de orientações por parte dos seus serviços.*

Ao nível das Sub-Regiões de Saúde, verificou-se que as mesmas não tinham informação na sua contabilidade (até 1997)<sup>166</sup> do valor total das dívidas das Seguradoras, o que não permitia que as suas demonstrações financeiras reflectissem de forma verdadeira e apropriada o total dos seus créditos<sup>167</sup>, bem como a constituição atempada dos respectivos processos de contencioso.

---

<sup>166</sup> A partir de finais de 1997, a SRSS implementou um novo procedimento, no sentido de todos os Centros de Saúde da sua área de influência lhe enviarem, mensalmente, o valor facturado às Companhias Seguradoras, por forma a que os montantes em dívida, bem como os respectivos proveitos passassem a figurar nas Demonstrações Financeiras da Sub-Região.

<sup>167</sup> Nas demonstrações financeiras da SRSL de 1996 e 1997, estão reflectidos valores na conta de terceiros 21 115 – Clientes c/c – Companhias de Seguros, de 426 898\$00 e 1 050 740\$00, respectivamente, como o valor total em dívida à SRSL pelas seguradoras. No entanto, os mesmos não correspondem à totalidade das dívidas destas entidades, pois, de facto, as dívidas das seguradoras relativas apenas aos Centros de Saúde auditados (Sintra e Mafra) são superiores aos valores apresentados nas demonstrações financeiras, ascendendo a 9 611 887\$00.



## 11.1. HOSPITAIS

A análise ao controlo exercido sobre os fluxos financeiros nos Hospitais auditados evidencia algumas deficiências, motivadas pela aplicação de procedimentos inadequados.

Observou-se, assim, a emissão de cheques na tesouraria, e não na Contabilidade, no HSJ e HSB, a não existência de um fundo fixo de caixa, contrariando o disposto no n.º 3 do art.º 10.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, excepto no HNSR, e, ainda, o não depósito diário de valores recebidos, quer em dinheiro, quer em cheques e/ou vales do correio, utilizando-se, em algumas situações, os valores recebidos para efectuar pagamentos à boca do cofre.

A este propósito refere-se que o Serviço de Aprovisionamento do HGO efectua muitas aquisições, embora de montantes baixos, emitindo vales à caixa que lhe permite o levantamento de dinheiro na tesouraria do hospital, acertando, posteriormente, as contas através dos respectivos documentos de despesa<sup>168</sup>.

A não realização de conferências ao cofre com regularidade, foi outra das deficiências constatadas nesta área, já que o Administrador-Delegado não dá balanço mensal à Tesouraria excepto no HSJ, não cumprindo, assim, o disposto na alínea f) do n.º 2 do art.º 10.º do Decreto-Regulamentar n.º 3/98, de 21 de Janeiro.

## 11.2. SUB-REGIÕES DE SAÚDE

Do levantamento efectuado nesta área detectaram-se na SRSS algumas deficiências de controlo interno que importa corrigir, nomeadamente a não realização de conferências ao saldo de caixa por pessoa independente da tesouraria, a existência em caixa de elevado número de cheques passados em nome da tesoureira (os quais, segundo a responsável da tesouraria, são suficientes para cerca de dois meses de despesas) e a utilização para cada ano de um livro de recibos, sem que se inutilizem os recibos que sobraram do livro no ano anterior.

À data da realização da auditoria não era registada a entrada dos ofícios que acompanhavam os cheques e os mesmos ficavam guardados no expediente alguns dias antes de serem inscritos na respectiva folha de registo de valores e enviados à tesouraria<sup>169</sup>.

<sup>168</sup> Em 1997, estas aquisições ascenderam a 5 770 205 contos e, em 1998 (até 27/04/98), aproximadamente 1 411 contos, onde se destaca o pagamento de garrafas de oxigénio com um peso bastante significativo.

<sup>169</sup> Nas alegações apresentadas, em sede de contraditório, pelo coordenador da SRSS e pelo actual CA, informa-se que o registo de valores passou já a efectuar-se diariamente com registo de entrada nos ofícios que acompanham os valores que serão remetidos à contabilidade com conhecimento ao serviço a que respeita a cobrança.



Esta situação denotava deficiências no circuito implementado e não permitia um atempado registo, quer na contabilidade, quer na tesouraria, dos valores entrados para liquidação das dívidas existentes.

Ao nível da SRS, verificou-se, também, que na Tesouraria não se têm realizado contagens de saldos de caixa periodicamente, por pessoa independente do sector, e não estão, ainda, definidas normas internas de funcionamento.

Para além desta deficiência de controlo interno, observou-se, ainda, a existência de outras falhas, designadamente o facto de, quando os valores entrados e registados no registo de valores são devolvidos, não ficar na tesouraria qualquer registo ou documento comprovativo de tal devolução.

### **11.3. CONCLUSÕES**

A análise às peças contabilísticas elaboradas pelas IOS auditadas permitiu observar a existência de algumas deficiências provenientes da não utilização de alguns princípios contabilísticos fundamentais e de procedimentos de controlo interno inadequados.

Conclui-se, assim, pela necessidade de algumas dessas IOS deverem proceder a uma avaliação mais regular da correcção desses procedimentos, dos registos efectuados e da sua aderência à realidade financeira, sobretudo através de conferência de valores, da realização de reconciliações bancárias, da correcção com maior regularidade das deficiências verificadas e da integração nas suas contas de todos os factos com relevância financeira e patrimonial verificados no período respectivo.

*Regista-se, contudo, a posição expressa pelo IGIF, nas suas alegações, em produzir orientações destinadas à correcção de algumas das deficiências apontadas.*

## 12 - A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO NO ÂMBITO DO SNS

Avaliar o funcionamento de uma instituição, em particular (e no caso em apreço) quando se trate de uma organização de saúde, consiste numa tarefa de enorme importância quando a mesma se consubstancia na necessidade de saber se a actividade por ela desenvolvida cumpriu com eficácia os objectivos que se propôs realizar, tidos estes como de natureza social, visando, em última instância, a satisfação e o bem estar do utente que acorre aos seus serviços, e, bem assim, da comunidade em que se insere.

Olhar o hospital ou o centro de saúde como peças fundamentais da prossecução dos objectivos políticos em matéria de saúde junto das populações, implica a necessidade de os poderes públicos, gestores e demais intervenientes neste domínio procederem com relativa regularidade a uma contínua avaliação do desempenho das instituições pelas quais são, directa ou indirectamente, responsáveis.

O *Quadro* de referências para uma apreciação crítica (e construtiva) do desempenho das instituições de saúde contará certamente com uma matriz onde se entrecruzarão os múltiplos aspectos que possibilitarão uma visão integrada e multifacetada sob diferentes ópticas.

Vários parâmetros poderão estar subjacentes ao processo de avaliação do desempenho de um hospital, mas assumirá, sem sombra de dúvida, primordial importância a percepção do grau de *satisfação do doente*, aquele em função do qual a instituição funda a sua razão de existir. Com efeito, *«a noção de sucesso nas organizações de saúde é frequentemente associada à capacidade de tratar bem os utentes, ou de satisfazer as necessidades dos consumidores, ou, ainda, de se maximizar o bem-estar social», mesmo ainda naquelas organizações onde o lucro constitui uma das suas metas, «se pressupõe que os seus objectivos e, concomitantemente, a distribuição de recursos são exercidos atendendo a uma perspectiva social acrescida, mais ampla do que a simples observância de princípios e mecanismos competitivos»<sup>170</sup>.*

### 12.1. A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de qualidade actualmente aceite, pese embora a maior ou menor subjectividade que lhe esteja subjacente, na medida em que os diferentes «actores» possam ter perspectivas mais ou menos sectoriais, entende este como *um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas explícitas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados*<sup>171</sup>.

---

<sup>170</sup> Costa Reis citado por L. Mesquita Machado in *A Avaliação no Hospital: A experiência de seis anos de avaliação da satisfação dos utentes no Hospital de S. Marcos, de Braga*.

<sup>171</sup> In *Sistema da Qualidade na Saúde* - «Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Saúde», Direcção-Geral da Saúde, Dezembro de 1997.



Esta questão, de primordial importância, constitui uma exigência de todos quanto intervêm no sistema de saúde, desde a comunidade, constituída por todos os cidadãos utilizadores, passando pelos financiadores, gestores e prestadores do sistema. Nesta linha de preocupações, uma questão de tão importante dimensão e utilidade não podia deixar de merecer destaque no elenco de prioridades das estratégias definidas no domínio da saúde<sup>172</sup>.

O Sistema da Qualidade na Saúde consiste num modelo destinado à auto-avaliação da qualidade<sup>173</sup> das prestações ao nível das entidades prestadoras de cuidados de saúde. Este modelo incide sobre diferentes áreas caracterizadas por diferentes critérios, donde a avaliação do seu grau de cumprimento possibilitará o acompanhamento e apreciação constante do grau de atingimento dos objectivos propostos.

Nesse modelo contemplam-se os seguintes critérios<sup>174</sup>:

- *Liderança*: forma como o comportamento e as acções da equipa gestora e dos outros dirigentes inspiram, apoiam e promovem uma cultura de qualidade total.
- *Política e estratégia*: forma como a Organização formula, utiliza e revê a política e a estratégia e as transforma em planos e acções.
- *Gestão de Recursos humanos*: forma como a Organização dá concretização ao potencial das pessoas que nela trabalham.
- *Gestão de Recursos*: modo como a Organização gere de forma efectiva e eficiente os seus recursos.
- *Procedimentos*: modo como a Organização identifica, gere, revê e melhora os seus procedimentos.
- *Satisfação dos Utilizadores*: capacidade de concretização da Organização relativamente à satisfação dos seus clientes externos.
- *Satisfação dos profissionais*: capacidade de concretização da Organização em relação à satisfação dos seus colaboradores.
- *Impacto na comunidade*: capacidade de concretização da Organização em termos de satisfação das necessidades e das expectativas da comunidade local.

<sup>172</sup> O *desenvolvimento continuado da qualidade dos cuidados de saúde* constitui uma das orientações estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde no documento *Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século*.

<sup>173</sup> O qual se baseia no modelo de auto-avaliação da qualidade da *European Foundation for Quality Management*. Direcção-Geral da Saúde, Dezembro de 1997, Sistema da Qualidade na Saúde «*Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Saúde*».

<sup>174</sup> Idem.

- *Resultados*: capacidade de concretização da Organização em relação aos seus planos e objectivos.

Esta «grelha», construída para ser aplicada às instituições de saúde por forma a determinar o grau qualitativo do seu funcionamento, ainda não se encontrava posta em prática, pelo menos à data da realização das auditorias.

## **12.2. A «QUALIDADE» NAS INSTITUIÇÕES AUDITADAS**

Ao longo de todo o trabalho desenvolvido junto das instituições de saúde auditadas puderam verificar-se alguns aspectos que, de uma forma ou de outra, poderão influenciar o nível de prestação do serviço ao utente, o mesmo será dizer, determinante na «qualidade» que este configura na óptica de quem o utiliza, e da sociedade em geral, na medida em que tiveram por objectivo a melhoria significativa do serviço prestado ao utente do SNS.

Em termos positivos, situam-se medidas tais como:

- Programas especiais de recuperação de listas de espera, dotados muitas vezes de financiamentos especiais, cujo objectivo principal é reduzir drasticamente os tempos de espera dos doentes para as cirurgias e consultas médicas, primeiras e seguintes.<sup>175</sup>
- Simplificação do sistema de marcação de consultas, de forma articulada entre os centros de saúde e os hospitais de referência, visando facilitar a acessibilidade dos doentes ao sistema de saúde, em condições de garantia de assistência em tempo oportuno<sup>176</sup>.
- Alargamento do período de funcionamento dos Centros de Saúde<sup>177</sup>, com vista ao atendimento de maior número de doentes, evitando, assim, alongamento das esperas por consultas.
- Alargamento, igualmente, do funcionamento dos blocos operatórios visando recuperar as esperas dos doentes por cirurgias com maiores atrasos.

---

<sup>175</sup> Ao nível do Ministério da Saúde foi criado um programa para o efeito (PERLE), beneficiando de financiamento próprio. Por outro lado, as instituições de saúde também foram convidadas a apresentar projectos especiais visando a recuperação das suas listas de espera (tais foram os casos dos HUC e HNSR, citados no ponto 4. do capítulo III).

<sup>176</sup> A constituição das *unidades de saúde* teve por objectivo, como se referiu noutra parte deste relatório, assegurar a continuidade da prestação de cuidados, respeitando as atribuições das instituições que as integram, numa óptica de complementaridade e funcionamento articulado.

<sup>177</sup> Tal foi o teor do Despacho Normativo n.º 10/98, de 5/2, que promoveu *o funcionamento dos Centros de Saúde e respectivas extensões, no período compreendido entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário ser alargado até 24 horas diárias, incluindo aos sábados, domingos e feriados, em função do interesse público, das necessidades da população ou das características locais da área geográfica abrangida.*



- Descongestionamento das urgências, através da criação de linhas especiais de atendimento, visando o fornecimento de informações aos interessados na resolução imediata de problemas de saúde<sup>178</sup>.

Não obstante, verificam-se ainda muitas e graves deficiências ao nível do funcionamento dos serviços de saúde, as quais poderão, de certa forma, comprometer o desejado aumento da «qualidade» das prestações junto dos utentes. Entre elas destacam-se, nomeadamente:

- Deficiente funcionamento do Gabinete do Utente, o qual se concluiu não estar a cumprir os objectivos para que foi constituído, quer por inexistência de sinalização e divulgação adequada da sua localização, quer, também, pela eventual fraca motivação dos utentes em reclamar por escrito.
- Em nenhuma das instituições auditadas se verificou quaisquer diligências no sentido da auscultação periódica da opinião dos utentes sobre os serviços habitualmente por eles utilizados, no que se refere ao seu funcionamento, atendimento, serviços prestados, etc., mediante a realização de inquéritos devidamente concebidos, junto da população utilizadora dos serviços.
- As listas de espera continuam a ser uma realidade que compromete seriamente o bom funcionamento do sistema, em alguns casos atingindo tempos superiores a um ano, provocando graves distúrbios ao nível da acessibilidade que deve ser garantida a todos os utentes.
- Ainda se verificam dificuldades no acesso de utentes de Centros de Saúde às consultas externas de instituições hospitalares, por inexistência de articulação adequada entre os serviços envolvidos.

Em suma, não obstante algumas medidas centradas na preocupação de incutir melhorias substanciais no funcionamento dos serviços de saúde, a realidade parece fornecer exemplos de que assim não será propriamente, considerando ainda o facto que não têm sido diligenciados, com alguma regularidade, meios de auscultação da opinião dos utentes, o que permitiria conhecer, em concreto, o que pensam do sistema de saúde e suas instituições, as quais existem para os servir.

Não será dispiciendo referir, todavia, que a exigência de controlo da qualidade dos serviços prestados no domínio clínico devia ser extensiva, também, aos prestadores privados, com particular incidência nas entidades que directa ou indirectamente prestam cuidados de saúde aos beneficiários do SNS em regime de convenção.

---

<sup>178</sup> Tal é o caso da criação recente da linha *Saúde 24*, dispondo de uma linha «verde» e destinada ao aconselhamento e orientação 24 horas por dia, e, bem assim, o *Serviço 24 Pediatria*, com finalidade idêntica, mas destinada ao atendimento sobre problemas de saúde infantil.

### 12.3. CONCLUSÕES

Constituindo uma preocupação que assiste aos responsáveis pelo Ministério, é, também, aspecto de grande relevo a que os próprios utentes atribuem bastante atenção. Cabe a estes, como destinatários de toda a actividade do sistema de saúde, a certeza de que são plenamente satisfeitas as suas aspirações em matéria assistencial e que os cuidados que lhes são ministrados se fazem de forma satisfatória, atingindo os mais elevados padrões de qualidade técnica e científica.

Promover a acreditação das instituições junto das populações deverá ser um passo importante que garantirá a máxima confiança dos utentes nas instituições, públicas ou privadas, que existem para os servir.

Neste domínio, refira-se, por último, a criação recente do Instituto da Qualidade em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde<sup>179</sup>, entidade à qual incumbe, no *Quadro* das medidas de política de saúde superiormente estabelecidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde, posto que *assumem especial relevância a criação e o desenvolvimento de um sistema de melhoria contínua da qualidade, procedendo-se, pois, à definição das condições e recursos para a sua organização, das metodologias e dos procedimentos, bem como, das responsabilidades dos diferentes actores no âmbito da prestação de cuidados.*

---

<sup>179</sup> Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril, na qual é também aprovado o *Regulamento do Instituto da Qualidade em Saúde.*



## CAPÍTULO IV

### DECISÃO

Os Juízes do Tribunal de Contas, em Plenário da 2ª Secção, nos termos da alínea b) do nº1 do artº 78º da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto, deliberam:

- a) Aprovar o presente relatório;
- b) Ordenar que o mesmo seja remetido:
  - ◆ Ao Governo, mais concretamente a Suas Excelências o Primeiro Ministro e Ministros da Saúde e das Finanças;
  - ◆ À Assembleia da República, mais concretamente a Suas Excelências o Presidente da Assembleia da República e Líderes dos Grupos Parlamentares;
  - ◆ Aos Serviços e Organismos que foram ouvidos de acordo com o exercício do princípio do contraditório e bem assim às instituições auditadas no âmbito da elaboração deste relatório: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-Regiões de Saúde de Lisboa e Setúbal, Hospital de S. José, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Hospital de S. Bernardo e Hospital Garcia de Orta;
- c) Determinar a sua remessa ao Ministério Público junto deste Tribunal, em cumprimento do disposto no nº 2 do artº 55º em conjugação com o estabelecido no nº 4 do artº 54º da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto;
- d) Colocar o presente relatório à disposição dos Órgãos de Comunicação Social e, bem assim, determinar a sua divulgação em publicação do Tribunal;
- e) Que não são devidos emolumentos por ausência de sujeito passivo e pelo facto de os mesmos, relativamente às instituições auditadas, já terem sido fixados em cada um dos relatórios parcelares de auditoria respectivos.

Tribunal de Contas, em 1 de Julho de 1999

**O Conselheiro Relator,**

(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

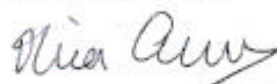
**Os Conselheiros,**



(José de Oliveira Moita)



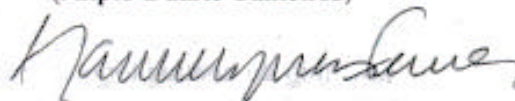
(José Alves Cardoso)



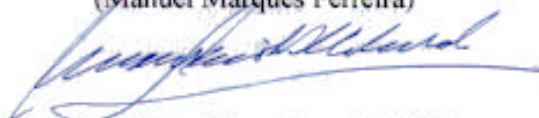
(António José Avérous Mira Crespo)



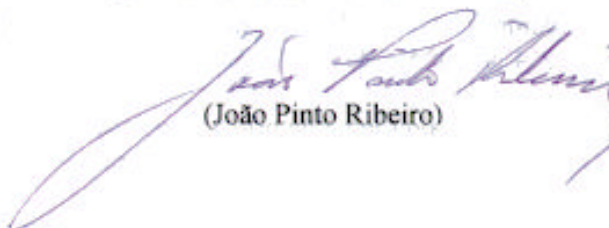
(Alípio Duarte Calheiros)



(Manuel Marques Ferreira)



(Manuel Raminhos Alves de Melo)



(João Pinto Ribeiro)





## **ANEXO I**

### **FICHAS TÉCNICAS**

**FICHA TÉCNICA  
DO  
RELATÓRIO FINAL  
DO  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

**EQUIPA REDACTORA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Viegas

Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriela Santos

**APOIO JURÍDICO**

Dr.<sup>a</sup> Helena Fernandes

Dr. António Cardoso

**ANÁLISE INTERNA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Luísa Bispo

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Simões

Bac. Maria de Lurdes Nascimento

**APOIO INFORMÁTICO**

António Marques



**FICHA TÉCNICA  
DA  
AUDITORIA  
AO  
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO**

**AUDITORES**

Dr. Humberto da Fonte Gomes

Dr<sup>a</sup> Maria José Brochado

Dr. Renato Aguiar Fontinha

**APOIO JURÍDICO**

Dr<sup>a</sup> Helena Fernandes

**COORDENAÇÃO DA EQUIPA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriela Santos

**SUPERVISÃO**

Dr.<sup>a</sup> Lia Olema

Dr. Justino Janeiro

**APOIO INFORMÁTICO**

Silvina Ribeiro Pena

Delmira Soares Guedes

**FICHA TÉCNICA  
DA  
AUDITORIA  
AO  
HOSPITAL N. S. DO ROSÁRIO**

**AUDITORES**

Dr.<sup>a</sup> Maria de Lurdes Nunes

Bac. Maria de Lurdes Nascimento

Dr.<sup>a</sup> Maria Luisa Bispo

**APOIO JURÍDICO**

Dr.<sup>a</sup> Helena Fernandes

**COORDENAÇÃO DA EQUIPA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Viegas

**SUPERVISÃO**

Dr.<sup>a</sup> Lia Olema

Dr. Justino Janeiro

**APOIO INFORMÁTICO**

José Andrade Toscano

António Marques



**FICHA TÉCNICA  
DA  
AUDITORIA  
AOS  
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**AUDITORES**

Dr.<sup>a</sup> Julieta Pereira

Dr. Venâncio Patão

Dr. Renato Fontinha

**APOIO JURÍDICO**

Dr.<sup>a</sup> Helena Fernandes

**COORDENAÇÃO DA EQUIPA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Viegas

**SUPERVISÃO**

Dr. António Silva

Dr. Rui Ascensão

**APOIO INFORMÁTICO**

António Marques

**FICHA TÉCNICA  
DA  
AUDITORIA  
AO  
HOSPITAL GARCIA DE ORTA**

**AUDITORES**

Dr.<sup>a</sup> Maria de Lurdes Nunes

Dr.<sup>a</sup> Maria do Resgate Costa

Dr.<sup>a</sup> Cristina Richter Jácome

**APOIO JURÍDICO**

Dr.<sup>a</sup> Helena Fernandes

**COORDENAÇÃO DA EQUIPA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Viegas

**SUPERVISÃO**

Dr. António Silva

Dr. Rui Ascensão

**APOIO INFORMÁTICO**

Alice Pinto Almeida



**FICHA TÉCNICA  
DA  
AUDITORIA  
AO  
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ**

**AUDITORES**

Dr.<sup>a</sup> Maria do Resgate Costa

Dr.<sup>a</sup> Maria Julieta Pereira

Dr.<sup>a</sup> Maria de Lurdes Nunes

Dr. Venâncio Patão

**APOIO JURÍDICO**

Dr.<sup>a</sup> Helena Fernandes

**COORDENAÇÃO DA EQUIPA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Viegas

**SUPERVISÃO**

Dr. António Silva

Dr. Rui Ascensão

**APOIO INFORMÁTICO**

António Marques

Alice Pinto Almeida

**FICHA TÉCNICA  
DA  
AUDITORIA  
À  
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE SETÚBAL**

**AUDITORES**

Dr.<sup>a</sup> Maria Luisa Bispo

Dr.<sup>a</sup> Ana Teresa Santos

Dr.<sup>a</sup> Maria José Brochado

**APOIO JURÍDICO**

Dr.<sup>a</sup> Helena Fernandes

**COORDENAÇÃO DA EQUIPA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Viegas

**SUPERVISÃO**

Dr. António Silva

Dr. Rui Ascensão

**APOIO INFORMÁTICO**

António Marques





**FICHA TÉCNICA  
DA  
AUDITORIA  
À  
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA**

**AUDITORES**

Dr.<sup>a</sup> Maria Luísa Bispo

Dr.<sup>a</sup> Cristina Jácome

Dr.<sup>a</sup> Ana Teresa Santos

Dr.<sup>a</sup> Maria José Brochado

**APOIO JURÍDICO**

Dr.<sup>a</sup> Helena Fernandes

**COORDENAÇÃO DA EQUIPA**

Dr.<sup>a</sup> Maria Isabel Viegas

**SUPERVISÃO**

Dr. António Silva

Dr. Rui Ascensão

**APOIO INFORMÁTICO**

António Marques

## **ANEXO II**

### **RESPOSTAS RECEBIDAS NO EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO**

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ  
CONSELHEIRO RELATOR DO  
TRIBUNAL DE CONTAS:**

Proc. N.º 45/99 -AS VI

06961 99.MA131

**Margarida Eugénia Alves Garcia Bentes**, notificada nos autos à margem referendados para apresentar alegações sobre as questões evidenciadas no relato de auditoria realizada ao Serviço Nacional de Saúde (2.ª fase), vem dizer o seguinte:

**1. Relativamente ao Capítulo H**

**1. 1. Ponto 3.2. 1. - Critérios de Financiamento**

Existem algumas imprecisões na apreciação efectuada ao modelo de distribuição de recursos em vigor.

Com efeito, remonta já a 1981 a introdução no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de um modelo de financiamento dos hospitais com base na "produção" e em custos unitários médios directos. Este modelo, que vigorou entre 1981 e 1986, e que tinha como base o n.º de doentes saídos, de consultas, de urgências, de análises, de radiografias, de tratamentos, etc., foi reassumido, na sua filosofia genérica, a partir de 1996, de uma forma mais aperfeiçoada com a introdução dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) como meio de definir os produtos do internamento hospitalar,



precedendo à sua implementação, a obrigatoriedade dos Hospitais efectuarem a classificação sistemática de doentes, nos termos da circular normativa n.º 1/89 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

Nesse primeiro ano de implementação do novo modelo prospectivo com base nos GDH (orçamento de 1997), *10% do subsídio de exploração dos hospitais* foi já influenciado pela casuística e volume de produção previstos, a partir de preços de GDH em função de 5 grupos de hospitais.

Para o orçamento de 1998, o *subsídio inicial à exploração dos hospitais* reflectiu já em *20% o ajustamento pela idade* e foram definidos, também, critérios para a afectação de orçamentos às Administrações Regionais da Saúde (ARS) que esboçaram um modelo de distribuição regional de recursos com base nas especificidades das respectivas populações.

Concretamente, os *cuidados primários*, embora ainda financiados maioritariamente numa base histórica (cerca de 92%) foram, nos restantes 8%, objecto de um *financiamento de base capicional*, ajustado para cada região, pela estrutura etária da respectiva população beneficiária do SNS. Foi ainda afectada a cada ARS, igualmente numa base de capitação ajustada, uma verba de reforço financeiro para financiamento de projectos específicos da região e para correcções aos orçamentos de exploração iniciais dos hospitais.

Para 1999 *aperfeiçoaram-se os critérios de financiamento anteriores*, reforçando a componente capicional na determinação dos orçamentos de cada ARS e a componente da produção na definição do subsídio de exploração dos hospitais.

Relativamente à primeira, para além do ajustamento pela idade, a capitação regional foi objecto de um *novo ajustamento pela carga da doença* como forma de aproximação à



explicitação das necessidades em cuidados de saúde das populações. A aplicação deste modelo traduziu-se num financiamento médio nacional em que 84% proveio do valor atribuído no ano anterior mas 16% proveio já do valor capicional ajustado pela idade e carga da doença. É de realçar que esta metodologia permitiu uma redistribuição de verbas em favor das regiões onde a carga de doença se mostra mais desfavorável, designadamente as regiões do Alentejo e do Algarve.

No que se refere aos *hospitais*, o peso da componente de pagamento pela *produção*, *passou para 30%*, (com explicitação da verba correspondente à actividade cirúrgica de ambulatório) tendo sido efectuados, pela primeira vez desde a implementação do modelo prospectivo com base nos GDH, cortes orçamentais aos hospitais "perdedores".

À semelhança dos anos anteriores, foi ainda *afecta a cada ARS* uma verba global de *cerca de 3% do valor do financiamento hospitalar da região*, destinada a corrigir os orçamentos dos hospitais em função da *discussão dos seus orçamentos programa em sede de agência de contratualização*.

Sem prejuízo da liberdade de acção das ARS para, através das suas agências de contratualização, estabelecerem os critérios que melhor permitam proceder aos ajustamentos orçamentais das instituições da respectiva região, foram fixados *os grandes objectivos económico -financeiros do SNS para 1999*, em termos de receita a cobrar e da despesa a assumir. Tratou-se, fundamentalmente de definir as grandes linhas orientadoras da afectação de recursos às instituições individualmente consideradas, e vinculá-las a taxas de crescimento da receita e da despesa de forma a garantir uma execução harmoniosa do orçamento nas diferentes regiões, e procurando a compatibilização dos seus objectivos com os objectivos nacionais.



Por não ter sido relevado no relatório apresentado e pelas repercussões que esta metodologia poderá implicar *no controlo dos encargos* e no seu crescimento sustentado, já no ano de 1999, parece-nos importante deixa-lo aqui expresso.

No período em análise foram também actualizadas e revistas as *tabelas de preços para* facturaração dos hospitais do SNS aos subsistemas de saúde e demais terceiros pagadores (Portarias 756/96 e 348B198) tendo esta última contemplado já preços para a cirurgia de ambulatório, bem como um leque mais diversificado de actos realizados em ambulatório programado.

No 4º e 5º parágrafos do mesmo ponto (3.2. 1) faz-se ainda referência à introdução da figura da *contratualização*, que correspondendo, de facto, a uma nova perspectiva de encarar o financiamento dos serviços que se pretende incrementar no SNS, está ainda longe da concretização nos termos a que se refere o relatório. Na realidade, o actual processo de contratualização com as instituições (sobretudo hospitais e recentemente também centros de saúde) consubstancia-se numa negociação entre a agência de contratualização da ARS e as instituições da respectiva região, *sobre metas de desempenho* para o ano orçamental a que se reporta, a partir da discussão dos seus orçamentos-programa. Deste compromisso resultam ajustamentos aos orçamentos financeiros inicialmente fixados para os hospitais (com base nos critérios de financiamento anteriormente descritos) dentro das disponibilidades que a região detém para esse efeito e que correspondem, grosso modo, a 3% do orçamento global dos hospitais dessa região (cfr.pág.3).

### **1.2. Ponto 3.3. - Situação Económico-Financeira do SNS**

No que se refere a este ponto, verifica-se um conjunto de pequenas "faltas" nas Notas dos quadros:



Quadro XII - a nota a) deveria dizer : Valores reais até 30.9.98. Os valores relativos à ARS de Lisboa foram estimados pelo IGIF.

Quadros XV e X-VI - Falta a nota relativa à não inclusão das dívidas da ARS de Lisboa e Vale do Tejo em 30.9.98.

Quadros XX e XXI - Falta a nota relativa à não inclusão das dívidas de Terceiros relativas à ARS de Lisboa e Vale do Tejo em 30.9.98.

Aceitamos o facto de, neste relatório, não se fazer qualquer referência à *consolidação de contas do SNS*, mas entendemos, que esse facto devia ser assinalado até com algum destaque, pelo menos em termos de conclusão. De facto, há despesas e dívidas com os mesmos bens (ex. medicamentos e convencionados do ambulatório hospitalar) que por terem que ser pagas por uma entidade mas constituírem despesa/consumo de outra, dão origem a dois lançamentos, um em cada instituição.

### **1.3. Ponto 3.5. - Regularização de Passivos com Recurso à Dívida Pública**

Independentemente da apreciação técnica constante do relatório, não podemos deixar de referir que a não libertação dos meios financeiros para regularização de dívidas de instituições do SNS teria tido resultados imprevisíveis para a saúde dos cidadãos, já que não seria possível sustentar, a **curto** prazo, o funcionamento de algumas dessas instituições.

### **1.4. Ponto 3.6. - O Plano Oficial de Contabilidade Pública**

A referência à contabilidade unigráfica (que aliás nunca existiu no SNS) parece-nos despropositada,

Quando se diz que o Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP) permite que passe a ser possível o conhecimento dos débitos e créditos do SNS e bem assim dos respectivos déficits, está a ignorar-se que todo o presente relatório é feito com base em documentos do Plano Oficial de Contas dos Serviços de Saúde (POCSS) onde se encontram discriminados por quase todas as formas os débitos e os créditos do SNS (por instituição, por cliente, por rubrica, etc.) e bem assim os respectivos déficits financeiros e até mesmo económicos.

O controlo de execução orçamental é realizado pelas instituições, contrariamente ao que se infere do texto. Este controlo contempla todo o processo - compromissos, processamentos e pagamentos no que conceme à despesa, emissão e cobrança no que se reporta à receita - sem necessidade de existência do POCP.

Igualmente não se entende o que vem referido no 4º parágrafo quando se diz: "Ainda que as instituições de saúde *dispusessem* desde há muito de um Plano Oficial de Contabilidade próprio, e por conseguinte, de instrumentos capazes ..., o sistema contabilístico de base unigráfica vigente para a maioria das instituições públicas, e bem assim, regime de base em que se fundamenta a elaboração das contas públicas, não permite um adequado entrosamento e articulação de ambos os sistemas".

De facto, as instituições do SNS dispõem de um Plano de Contas, adaptado desde 1991 ao Plano Oficial de Contas Nacional, com algumas funcionalidades construídos unicamente para servir as necessidades do Ministério das Finanças relativamente à consolidação das contas públicas.

Aliás e em resumo, uma leitura atenta de todos os documentos do POCSS produzidos actualmente em todas as instituições do SNS, permite um conhecimento e análise de toda a situação económico-financeira das instituições, já que existe uma efectiva interligação das três contabilidades: Patrimonial, Orçamental e Analítica.



Temos mesmo muitas dúvidas sobre o valor acrescentado que a implementação do POCP trará às Instituições integradas no SNS

A-roveitamos para referir que dando cumprimento à Portaria n' 116/99 (2' Série) do Senhor Ministro das Finanças publicado no DR n' 34 de 10 de Fevereiro de 1999, já apresentou o Instituto de Gestão Informática e Financeira da saúde (IGIF) à Comissão de Nonnalização Contabilística da Administração Pública o projecto de Plano de Contabilidade Pública para o Ministério da Saúde.

### **1.5. Ponto - 3.7. Conclusões**

Conclui-se, neste ponto, nomeadamente, pela necessidade de serem "tomadas medidas no sentido de uma reforma estrutural do sistema de saúde, designadamente, no que se refere ao seu financiamento".

Neste sentido, importa realçar que, no seguimento das propostas do documento do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), igualmente referidas nas conclusões do número citado no parágrafo anterior, tem vindo o IGIF, em consonância com a estratégia delineado pelo Ministério da Saúde, a equacionar outras fontes de financiamento e a criação de um instituto, embora de natureza diferente do proposto por aquele Conselho de reflexão.

Permitimo-nos a propósito transcrever do Plano de Acção deste Instituto para 1999, aparte relevante para o assunto. A saber:

"Embora o financiamento público deva continuar a assumir um papel majoritário, considera-se positiva uma *maior diversificação das fontes de financiamento*. A manutenção de um financiador principal não obsta a que haja outros responsáveis pelos pagamentos dos serviços de saúde, que, por exemplo, acordem com o SNS a prestação

de cuidados aos respectivos beneficiários, ou que assegurem cobertura complementar ao pacote garantido pelo sistema universal.

A publicação do Dec-Lei n' 401/98 de 17 de Dezembro estabelece já um princípio nesse sentido, ao atribuir ao IGIF competência para transferir a responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo.

Porque a centralidade do cidadão no sistema de saúde implica o exercício do poder de escolha, sem pôr em causa o princípio da solidariedade, deverão ser igualmente discutidas e avaliadas as situações e as condições em que o cidadão poderá, eventualmente, optar por alternativas ao SNS, garantindo-se sempre a sua contribuição para o sistema universal.

A fim de minimizar os potenciais problemas de "desnatarão", a opção por alternativas ao SNS deverá ser, preferencialmente, encarada com mecanismos de seguro de grupo que promovam o agrupamento de beneficiários por outros critérios que não as características de risco intrínsecas ao indivíduo.

A explicitação de procedimentos que garantam uma escolha efectiva e consciente do cidadão depende de algumas mudanças estruturais e transformações essenciais no sistema de saúde como, por exemplo:

- clarificação da relação SNS - Subsistemas, que permita reduzir ou eliminar as sobreposições e redundâncias actuais,-,
- distinção das funções prestador - pagador e aperfeiçoamento das relações contratuais entre ambos;
- concorrência entre prestadores (públicos e privados) enquadrada pelo papel regulador do Estado, no que respeita à equidade de acesso, efectividade dos cuidados e relação custo/qualidade;

O eixo destas mudanças deverá assentar na criação de um *instituto público de financiamento* que terá a função específica de gestão global do sistema de financiamento, tanto no que respeita à captação dos recursos (a dotação orçamental do Estado e os outros meios) como à sua distribuição pelas estruturas descentralizadas no SNS e pelos serviços autónomos, conferindo à gestão financeira do SNS maior transparência e consistência".

No que se refere à proposta relativa à constituição de uma rede nacional, podemos neste momento dizer que a *Rede de Informação da Saúde (RIS)* já interliga a grande maioria das Instituições pertencentes ao Ministério da Saúde, o que representa um primeiro passo para a ligação de "todos os intervenientes no sistema: Instituto Financiador, todos os tipos de prestadores e os utilizadores ..." conforme proposto. A implementação deste projecto tem vindo a desenvolver-se de uma forma faseada, sendo que:

- em 1995 e 1996 foram adquiridos e instalados equipamentos que permitiram a ligação de 50 hospitais;
- em 1997, adquiriram-se 577 equipamentos para ligação à RIS das instituições pertencentes às Administrações Regionais de Saúde, nomeadamente as 18 SubRegiões de Saúde, os 358 Centros de Saúde e todas as suas extensões de maior dimensão;
- em 1998 adquiriram-se mais 992 equipamentos para proceder a outras tantas ligações entre os Centros de Saúde e as respectivas extensões-,
- em 1999, o número de hospitais conectados à RIS atinge 62.

A RIS disponibiliza um conjunto de serviços básicos que são comuns àqueles que a Internet oferece, nomeadamente o acesso à Internet, o Correio Electrónico e o alojamento de páginas WWW.

Para além destes serviços, o IGIF disponibiliza outros dos quais se destacam a *A, Marcação Remota de Consultas, o Cartão de Utente, a Telemanutenção de Aplicações e o acesso a bases de dados centralizadas*. Está ainda empenhado em disponibilizar na sua rede os diversos serviços *de Telemedicina* que, pensamos, irao trazer um enorme valor acrescentado a esta rede e à Saúde em Portugal.

Os serviços disponibilizados na **RIS** não se restringem aos do **IGIF**. A **RIS** é uma infraestrutura de rede aberta, permitindo que qualquer instituição interligada disponibilize os seus próprios serviços de valor acrescentado. Assim, podem coexistir na mesma infraestrutura, serviços de natureza diversa disponibilizados por diferentes instituições e/ou organizações.

#### **1.6. Ponto 4 - Acordos e Convenções**

A matéria versada no Relato de auditoria supra referida foi já objecto de análise jurídica deste Instituto, consubstanciada em *Nota de 24 de Outubro de 1997* que, por manter total actualidade e fundamentar a decisão então tomada, e responder de fonna que nos parece completa às questões levantadas, se reproduz:

"NOTA

**ASSUNTO:** DESPACHO No 6322/97, de 25/7/97 ( SISTEMA DE PAGAMENTO A FARMÁCIAS ) DESPACHO N' 6323/97, de 25/7/97 (SISTEMA DE PAGAMENTO A CONVENCIONADOS)

1. Até 31 de Dezembro de 1996, o prazo de pagamento pelo Serviço Nacional de Saúde às *fannácias* encontrava-se regulado no *Acordo para Fornecimento de Medicamentos, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional de Farmácias* (publicado no "Diário da República», 11 Série, de 7/12/88) e era de *40 dias*.

2. O prazo de pagamento pelo Serviço Nacional de Saúde às *entidades convencionadas* encontrava-se regulado em inúmeras *Propostas de contrato para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da respectiva especialidade médica* (vg. Propostas da anatomia patológica, da endoscopia gastroenterológica e da patologia clínica publicados no "Diário da República", 11 Série, de 27/10/86) e era de 60 dias.
3. As &equentes dificuldades de tesouraria das Administrações Regionais de Saúde provocavam um *sistemático incumprimento* de tais prazos de pagamento, o que conduzia a que, particularmente a Associação Nacional de Farmácias, recorresse repetidamente aos *Tribunais* para exigir o pagamento dos seus créditos e respectivos *juros de mora*.
4. As ARS eram, então, invariavelmente condenadas a pagar juros de mora à taxa legal (1 5% de 1980 a 1995 , 1 0% desde então),
5. Para evitar tal situação foi celebrado, em 26 de Julho de 1996, entre o Ministério da Saúde, a Associação de Médicos Patologistas (APOMEPA) e o Banco CISF, um *Protocolo de acordo que, " no sentido de estabelecer um relacionamento financeiro dotado de regularidade e certeza procedendo a uma" repartição do esforço financeiro "* entre o SNS e os médicos patologistas clínicos, *alarga o prazo de pagamento de 60 dias para 6 meses.*
6. Tal Protocolo foi *previamente* submetido a visto do *Tribunal de Contas* que, através do **Ofício** n.º 4446, de 24/7/96, transmitiu à Secretaria de Estado da Saúde a decisão tomada, do seguinte teor:  
  
*"Decidido em sessão diária de visto: Devolver o processo por não estar sujeito a visto. Lisboa, 18 de Julho de 1996 "*

7. A Proposta de Protocolo foi, também, previamente submetida à apreciação da *Secretaria de Estado do Tesouro e das Finanças* que, através do Ofício n.º 1744, sem data, entrado no Gabinete do Secretário de Estado da Saúde em 8 de Maio de 1996, transmitiu o despacho de concordância de Sua Excelência o Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças relativamente àquele Protocolo.
8. Em 19 de Dezembro de 1996, foi celebrado um Protocolo *idêntico* ao da APOMEPA entre o Ministério da Saúde, a Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde (FNS) e o Banco CISF que, pelas mesmas razões, *também, alarga o prazo de pagamento de 60 dias para 6 meses*
9. Relativamente às *farmácias* representadas pela Associação Nacional de Farmácias (ANF) em 27 de Dezembro de 1996 foram acordadas *Alterações ao acordo entre o Ministério da Saúde e a ANF sobre fornecimento de medicamentos aos beneficiários do SNS* (Aviso publicado no "Diário da República", 11 Série, de 22/1/97) pelas quais:  
*“Artº 1º - O prazo de pagamento do Serviço Nacional de Saúde à Associação Nacional de Farmácias é alargado para 70 dias, Art'7'@--Na hipótese de eventual atraso no pagamento, a dívida vencerá juros, que serão incluímos nas facturas dos fornecimentos.*  
*Artº 8 - Os juros serão exclusivamente aqueles que forem debitados a Associação Nacional de Farmácias pela banca comercial e a sua facturaração será acompanhada da respectiva nota de débito bancário”*
10. Em 12 de Fevereiro de 1997 foi também celebrado um Protocolo entre o Ministério da Saúde, *algumas farmácias* não representadas pela Associação Nacional de Farmácias e o Banco CISF, de conteúdo idêntico ao da APOMEPA, mas adaptado ao prazo de pagamento do Acordo com a ANF (70 dias)

11. Entretanto, por questões de igualdade de tratamento e garantia de imparcialidade, foi necessário alargar o âmbito dos Protocolos já celebrados com entidades convencionadas e farmácias não representadas pela ANF, permitindo a adesão *de outras instituições financeiras* (e não apenas o Banco CISF) e ainda de *outras entidades convencionadas* (e não apenas as representadas pela APOMEPA e FNS)
12. É neste contexto que são aprovadas, em 25 de *Julho de 1997*, as cláusulas gerais do sistema de pagamento a farmácias (Despacho n.º 6322/97 (2a Série), publicado no "Diário da República", H Série, de 21/8/97), e do sistema de pagamento a *convencionados* (Despacho n.º 6323/97 (2a Série), publicado no "Diário da República", 11 Série, de 21/8/97)
13. Nas referidas cláusulas gerais prevê-se *exactamente o mesmo* que no Protocolo com a APOMIEPA de 1996, ou seja, que no caso das ARS não pagarem a sua dívida nos prazos estipulados *"o Banco fica, ainda, irrevogavelmente autorizado a debitar trimestralmente na conta das ÁRS juros de mora à taxa Lisboa a três meses, acrescida de um spread de 0, 125% "*
14. Note-se que os Protocolos configuram *cessões de crédito* em que o Banco assume o crédito com um prazo de pagamento de seis meses, findo o qual as ARS se constituem em mora.  
O Protocolo regula apenas os efeitos da mora resultante do incumprimento contratual (prazo de pagamento), com o benefício financeiro de não pagar a taxa de juro legal, mas apenas a taxa nele prevista
15. Em síntese, através destes Protocolos:
  - a) alargaram-se os prazos de pagamento de 60 para 180 dias, no caso das entidades convencionadas e de 40 para 70 dias, no caso das farmácias;

- b) na eventualidade de incumprimento do prazo contratual, estabelece-se uma taxa de juro inferior à legal.
16. A impossibilidade de cumprimento dos prazos de pagamento, quer dos anteriores quer dos actuais, e o eventual pagamento de juros de mora, continua a dever-se à situação de *subfinanciamento do SNS* e não à existência dos referidos Protocolos
17. Cumpre referir que, até à data, sempre foram cumpridos pelas ARS os prazos de pagamento previstos em tais Protocolos, razão porque não houve lugar a mora nem, conseqüentemente, ao pagamento de quaisquer juros.
18. O mesmo não acontece com o Acordo com a ANF, em relação ao qual se verifica um sistemático acumular do **défi**ce e conseqüente débito de juros de mora calculados a taxas superiores às previstas nos Protocolos.

24 de Outubro de 1997"

Sobre este assunto, pennitimo-nos salientar apenas os seguintes aspectos:

- a) os Protocolos em questão não prevêm qualquer situação de *endividamento por* parte das ARS. Ao invés, limitam-se a *alargar o prazo de pagamento* existente à data da sua publicação *de 50 dias para 180 dias* (entidades convencionadas) e *de 40 dias para 70 dias* (farmácias);
- b) faz-se notar que os Protocolos configuram negócios jurídicos de *cessão de créditos*, ao abrigo do art. 577' do Código Civil, na medida em que o credor (farmácia ou entidade convencionada) transfere o seu crédito sobre o devedor (ARS) para terceiro (banco). Assim sendo, verifica-se apenas a *substituição do* credor originário por outra pessoa, mantendo-se inalterados os restantes elementos da relação obrigacional, incluindo o direito *a juros de mora*;



- c) apenas haverá lugar ao pagamento de juros no caso de *incumprimento dos prazos* contratuais de pagamento. Os juros a pagar têm, assim, a natureza de *juros moratórias* (vd. art.' 806' do Código Civil) e não de juros remuneratórios. Acontece que, no caso concreto, com a cessão de créditos se procedeu à estipulação de um juro moratória mais baixo que o legal, o que é permitido pelo n.' 2 daquela disposição legal, com as inerentes vantagens para o interesse público;
- d) a taxa de tais juros seria a Lisbor acrescida de um *spread* de 0,125% (actualmente cerca de 3,5%)  *muito inferior à taxa legal* (15% de 1980 a 1995, 10% até Abril de 1999 e 7% desde então);
- e) o quadro XXH - A (pag.92) contem uma referência aos juros pagos pelas ARS, considerados como um reflexo da existência dos protocolos e como juros remuneratórios. Trata-se de um enquadramento que não corresponde à realidade porque o juros reflectidos no quadro citado, nalguns casos, dizem respeito a juros moratórias pagos na sequência de sentenças dos Tribunais Administrativos, em que foi autora a Associação Nacional de Farmácias contra as Administrações Regionais de Saúde. Faz-se notar que, de acordo com as decisões judiciais referidas, a existência de um prazo de pagamento determina obrigatoriamente o pagamento de juros moratórias, doutrina que vale para as convenções do Serviço Nacional de Saúde. Ora, não se pode considerar que o não pagamento nos prazos fixados contratualmente possa constituir uma operação de endividamento, como parece ser a posição do relatório em apreço;
- f) contrariamente ao afirmado, o Protocolo celebrado com a APOMEPA foi  *submetido a despacho de autorização* de Sua Excelência o Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças, pelo que se encontra preenchido o requisito do art.' 48' do Decreto-Lei ri.' 155/92, de 28 de Julho;
- g) de referir ainda que o Protocolo celebrado com a APOMEPA em 26 de Julho de 1996, idêntico aos ora em apreciação, foi  *previamente submetido a visto do Tribunal de Contas* que decidiu não estar o mesmo sujeito a visto, pressupondo

- tal decisão que o contrato em causa não gerava despesa, pelo que parecia ser entendimento do Tribunal que os juros não tinham natureza remuneratória mas moratória;
- h) finalmente, verifica-se não se ter invocado expressamente em nenhum dos referidos Protocolos a disposição legal ao abrigo da qual são celebrados; tal facto deve-se, certamente, à circunstância daqueles Protocolos apenas regularem *de novo* prazos de pagamento e não qualquer matéria substantiva. As disposições legais não citadas que permitem a celebração de tais convenções são a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde) - Base XII, n.º 1 e 3 - e o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde) - art.º 37', n.ºs 1, ai. c) e 2.

## **2. Relativamente ao Capítulo III**

### **2. 1. Ponto - 3.2. Contabilidade Analítica**

No que diz respeito à implementação da Contabilidade Analítica nos hospitais gostaríamos de referir que no ano de 1998 foi distribuído um documento intitulado "Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais" de autoria de Comissão de Normalização (despacho do Secretariado de Estado da Administração da Saúde de 19/05/95 publicado no DR 11 Série n.º 127 de 1/06/95 e Grupo para a Normalização de Contabilidade Analítica nos Hospitais), que define, nomeadamente, os centros de custos obrigatórios e as respectivas unidades de imputação, constituindo o ano de 1998, o ano O para a sua implementação.

É ainda de referir que já está constituído um grupo de trabalho para elaboração de um Plano de Contabilidade Analítica dirigido aos centros de saúde.

## **2.2. Ponto - 8.4. SAMS**

Tendo como suporte o teor do parecer da Procuradoria Geral da República homologado, pela Ministra da Saúde, o IGIF tem vindo, pontualmente, a informar as instituições sobre a necessidade de facturar os serviços prestados aos beneficiários do SAMS.

Reconhece, contudo, que face ao teor do relatório deve ser emitida uma circular normativa, sobre o assunto, dirigida a todas as instituições, independentemente das negociações que estão a decorrer com este subsistema, no sentido de, aproveitando as disposições legais entretanto publicados, resolver o diferendo que opõe o SAMS aos serviços integrados no SNS.

## **2.3. Ponto - 9.3. Confronto de dívidas da ARS/ANF**

Está em fase de consulta ao mercado a aquisição, pelo IGIF, de uma solução informática de suporte ao Sistema de Conferência de Facturas, que permita aos diversos serviços e organismos do Ministério da Saúde, a nível local, regional e nacional, a gestão e controlo da facturaração emitida pelas entidades fornecedoras, apurar os valores em dívida, conhecer os consumos e obter indicadores de gestão.

O Sistema de Conferência de Facturas consiste essencialmente na leitura, validação e cálculo das participações do SNS e do utente, com base nos documentos comprovativos dos fornecimentos, de produtos ou serviços, apresentados pelas entidades responsáveis, de forma a que sejam cumpridas as normas vigentes e segundo tabelas de referência actualizadas.

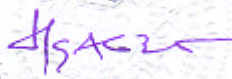
Pensamos que a implementação desta aplicação vai contribuir para que a conferência de facturas se faça em tempo útil e com a qualidade desejada permitindo obviar aos inconvenientes descritos no relatório.

#### **2.4. Ponto - 11. Área Financeira**

Algumas das deficiências apontadas, nomeadamente a não movimentação da conta de Fornecedores - Facturas em Recepção e Conferência e a não constituição de Provisões para Cobranças Duvidosas, irão ser objecto de orientações por parte do IGIF após parecer dos diversos organismos envolvidos em auditorias.

Nestes termos, considera terem sido prestados os esclarecimentos necessários à decisão desse Tribunal.

*Lisboa, 31 de Maio de 1999*

A Alegante  
  
Margarida Bentes  
Presidente do C.A.

**31.MA199 07783**

Exmo. Senhor

Director-Geral do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1050-189 LISBOA

Sua Referência

Proc. Nº 45/99 - SA VI

Ofício nº 6517, de 17.05.99

Nossa Referência

DRR

**ASSUNTO: *Citação do Relato de Auditoria realizada no âmbito do  
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2a fase).***

Em referência ao ofício dessa Direcção-Geral acima indicado, informa-se V.Exa., no que respeita ao teor dos pontos nº 3 e 4 do Capítulo 11 do documento identificado em epígrafe, de que a apreciação da Direcção-Geral do Tesouro se insere na linha do entendimento já expresso anteriormente à cerca da matéria em causa.

Assim, o assunto em causa merece-nos, uma vez mais, as seguintes observações-.

1. Em 1995, nos termos da alínea a) do artigo 670 da Lei nº 39-B/94, de 27 de Dezembro (Lei do OE para 1995), o Governo estava autorizado a emitir dívida pública para fazer face à regularização de dívidas dos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira, integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), até ao limite de 70 milhões de contos.

De harmonia com o disposto na Lei nº 92-A/95, de 28 de Dezembro (alteração à Lei do OE para 1995), o referido limite foi alargado para 82 milhões de contos.

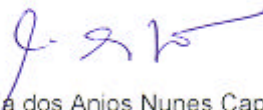
2. Em 1996, nos termos da alínea a) do artigo 620 da Lei nº 10-B/96, de 23 de Março (Lei do OE para 1996), ficou, igualmente, o Governo autorizado a emitir dívida pública para regularizar dívidas dos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira, integrados no **SNS**, até ao limite de 35 milhões de contos.
3. Nesse contexto, em execução das citadas Leis do Orçamento do Estado e em conformidade com os despachos superiores definidores dos procedimentos a adoptar, esta Direcção-Geral procedeu ao pagamento das dívidas em causa, no montante de 75.715 milhares de contos em 1995 e de 35.000 milhares de contos em 1996, por utilização do produto dos empréstimos internos, cuja emissão fora legalmente autorizada para essa finalidade.
4. No que respeita, concretamente, à referência efectuada ao artigo 181 da Lei do Enquadramento do Orçamento do Estado, entende-se que foram respeitados os princípios consignados, embora se afigure que o regime legal aplicável à matéria em questão, dada a sua especificidade, seja o consagrado nas Leis do Orçamento do Estado dos respectivos anos.
5. Relativamente à menção à cerca dos pagamentos por operações de tesouraria, assinala-se que a dívida pública emitida teve necessariamente de ser contabilizada em adequada rubrica de operações de tesouraria e que os pagamentos em causa, dada a sua cobertura financeira, tiveram de ser processados através dessa rubrica.

Contudo, tal procedimento não obsta a que se verifique um impacto sobre as despesas e, conseqüentemente, sobre o défice, traduzido num aumento das despesas dos anos posteriores, em resultado do pagamento do serviço da dívida pública emitida.

6. Em consonância com o exposto, parece poder concluir-se que o procedimento adoptado na realização dos pagamentos em questão está de acordo com os princípios legais aplicáveis, na medida em que estava legalmente autorizada a sua cobertura financeira com a emissão de dívida pública e a respectiva rubrica de operações de tesouraria encontrava-se devidamente aprovionada com o produto dessa emissão.

Com os melhores cumprimentos.

A DIRECTORA-GERAL



Maria dos Anjos Nunes Capote

Exmo. Senhor  
Director Geral do Tribunal , de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1050-189 LISBOA

N/ Ofício no 4659/99  
Lisboa, 9 de Junho de 1999

Assunto : Citação do Relato de Auditoria realizada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde  
(2 a fase)- Capítulo II ponto 4. V. RefProc. N° 45/99-SA VI - of' 7391.

Relativamente ao assunto em epígrafe cumpre informar V.Exa. que não cabe ao IGCP pronunciar-se sobre a matéria em causa uma vez que não vemos qualquer referência, no relatório, ao Instituto de Gestão do Crédito Público em relação às situações que aí são mencionadas.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo



Vítor Bento