

## Auditoria Acompanhamento dos Mecanismos de Assistência Financeira a Portugal



Relatório n.º 27/2014 – 2.ª S.  
dezembro 2014





Q.

**Tribunal de Contas**

---

**PROCESSO N.º 23/2012-AUDIT**

**ACOMPANHAMENTO DOS MECANISMOS DE  
ASSISTÊNCIA FINANCEIRA A PORTUGAL**

**RELATÓRIO N.º 27/2014 – 2.ª S.**

**DEZEMBRO DE 2014**

Q.

ACOMPANHAMENTO DOS MECANISMOS DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA A PORTUGAL

---



# Tribunal de Contas

## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS .....	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	7
LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS .....	8
FICHA TÉCNICA.....	10
<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 – FUNDAMENTOS, OBJETIVOS E ÂMBITO DA AÇÃO .....	11
1.2 – SÍNTESE METODOLÓGICA .....	12
1.3 – CONDICIONANTES .....	13
1.4 – ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	13
1.5 – AUDIÇÃO DAS ENTIDADES EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO.....	13
<b>2 – APRECIÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ECONÓMICA E FINANCEIRA.....</b>	<b>14</b>
2.1 – PREVISÕES MACROECONÓMICAS E ORÇAMENTAIS DO PAEF .....	14
Caixa 1 – Os Memorandos do PAEF e as avaliações regulares .....	17
2.2 – REQUISITOS DO MEMORANDO DE POLÍTICAS ECONÓMICAS E FINANCEIRAS.....	18
2.2.1 – <i>Ações prévias e referenciais estruturais</i> .....	18
2.2.2 – <i>Metas quantitativas fixadas para o saldo orçamental e a dívida pública</i> .....	21
2.2.3 – <i>Objetivos fixados para os pagamentos em atraso</i> .....	22
Caixa 2 – Requisitos de avaliação utilizados pelo FMI .....	23
Caixa 3 – Desembolsos do PAEF até ao final de abril de 2014 .....	23
2.3 – MEDIDAS DE POLÍTICA ORÇAMENTAL PARA 2013 .....	25
2.3.1 – <i>Previsão dos memorandos</i> .....	25
2.3.2 – <i>Previsão do Orçamento do Estado</i> .....	27
2.3.3 – <i>Execução orçamental</i> .....	28
Caixa 4 – Síntese da execução orçamental no período de 2010/2013 .....	30
2.4 – MEDIDAS ORÇAMENTAIS ESTRUTURAIS .....	31
2.4.1 – <i>Saúde</i> .....	31
2.4.1.1 – Plano estratégico do sistema de saúde .....	33
2.4.1.2 – Taxas moderadoras e deduções fiscais com despesas de saúde.....	34
2.4.1.3 – Política do medicamento .....	46
2.4.1.4 – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica.....	62
2.4.1.5 – Hospitais, custos com o pessoal e com o transporte de doentes .....	65
2.4.1.6 – Síntese da implementação das medidas .....	69
2.4.2 – <i>Administração Pública</i> .....	70
2.4.2.1 – Número de trabalhadores da Administração Pública.....	70
2.4.2.2 – PREMAC .....	70
<b>3 – CONCLUSÕES .....</b>	<b>73</b>
<b>4 – RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>79</b>
<b>5 – VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO.....</b>	<b>80</b>
<b>6 – EMOLUMENTOS .....</b>	<b>80</b>
<b>7 – DETERMINAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO I – RESPOSTAS DAS ENTIDADES.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO II – NOTA DE EMOLUMENTOS - MEF .....</b>	<b>151</b>



<b>ANEXO III – NOTA DE EMOLUMENTOS - ACSS.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO IV – NOTA DE EMOLUMENTOS - INFARMED.....</b>	<b>153</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Cenário macroeconómico e orçamental na 11.ª avaliação .....	16
Quadro 2 – Ações prévias definidas entre a 7.ª e a 11.ª avaliação .....	19
Quadro 3 – Referenciais estruturais definidos entre a 7.ª e a 11.ª avaliação .....	20
Quadro 4 – Critérios de desempenho quantitativo em 2013 .....	21
Quadro 5 – Previsão do impacto – medidas de política orçamental 2013 no MoU .....	25
Quadro 6 – Medidas de política orçamental 2013 – 7.ª atualização do MoU .....	26
Quadro 7 – Comparação da previsão do impacto orçamental em 2013 – MoU e OE/2013 .....	27
Quadro 8 – Execução orçamental das administrações públicas em 2012/2013 .....	29
Quadro 9 – Valor das taxas moderadoras nos anos de 2011/2014.....	36
Quadro 10 – Valor médio das taxas moderadoras nos MCDT nos anos de 2011/2014.....	36
Quadro 11 – Valor das taxas moderadoras/preços SNS nos anos de 2012/2014 .....	37
Quadro 12 – Comparação entre regimes – N.º de utentes por categorias de isenções de taxas moderadoras .....	38
Quadro 13 – Receitas de taxas moderadoras nos anos de 2010/2013 – SNS (SPA/SPE).....	40
Quadro 14 – Receitas de taxas moderadoras 2010/2013 – SNS/SPA.....	40
Quadro 15 – Execução financeira SNS/SPA nos anos de 2010/2013.....	40
Quadro 16 – Atividade assistencial nos anos de 2010/2013 .....	41
Quadro 17 – Atividade assistencial - Atos com taxa moderadora paga nos anos de 2010/2013 .....	41
Quadro 18 – Atividade assistencial – tipologia de cuidados de saúde primários nos anos de 2011/2013 .....	42
Quadro 19 – Taxas moderadoras - valores em dívida nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE).....	43
Quadro 20 – Doentes estrangeiros – cobrança e valores em dívida nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE).....	43
Quadro 21 – Companhias de Seguros – cobrança e valores em dívida nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE).....	44
Quadro 22 – Cobrança de taxas moderadoras/ companhias de seguros/ doentes estrangeiros nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE) .....	44
Quadro 23 – Evolução das deduções à coleta em IRS .....	45
Quadro 24 – Evolução da quota de medicamentos genéricos no mercado do SNS nos anos de 2010/2013 .....	48
Quadro 25 – Evolução do consumo e dos encargos com medicamentos no mercado do SNS nos anos de 2010/2013.....	49
Quadro 26 – Evolução mensal do número de receitas eletrónicas .....	50
Quadro 27 – Receitas manuais – evolução por tipologia das exceções .....	51
Quadro 28 – Diferença no apuramento da despesa com medicamentos no SNS – INFARMED e ACSS.....	56



## Tribunal de Contas

---

Quadro 29 – Evolução da despesa com medicamentos no SNS nos anos de 2010/2013 .....	60
Quadro 30 – Comparação da despesa com medicamentos face ao objetivo do MoU para 2012 e 2013 .....	60
Quadro 31 – Evolução da despesa com produtos vendidos em farmácias nos anos de 2010/2013 – SNS/SPA .....	62
Quadro 32 – Evolução do valor médio dos preços das convenções e das respetivas taxas moderadoras .....	63
Quadro 33 – Evolução da despesa com MCDT nos anos de 2010/2013 .....	64
Quadro 34 – Evolução dos custos operacionais dos hospitais nos anos de 2010/2013 .....	66
Quadro 35 – Evolução dos custos com pessoal nos anos de 2010/2013 .....	67
Quadro 36 – Evolução das despesas com o pessoal nos anos de 2010/2013 - SNS/SFA .....	67
Quadro 37 – Evolução dos custos com transporte não urgente de doentes nos anos de 2010/2013 .....	68
Quadro 38 – Ponto de situação de medidas orçamentais estruturais até ao 1.º semestre de 2014 .....	69
Quadro 39 – Evolução do número de trabalhadores das administrações públicas .....	70
Quadro 40 – Evolução do número de entidades/estruturas e de dirigentes .....	71
Quadro 41 – Ponto da situação da aprovação dos mapas de pessoal .....	72

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Revisão da previsão do PIB (taxa de variação, %) .....	14
Gráfico 2 – Revisão da previsão da taxa de desemprego (taxa de variação, %) .....	14
Gráfico 3 – Revisão da previsão do défice orçamental (% PIB) .....	14
Gráfico 4 – Revisão da previsão da dívida pública (% PIB) .....	14
Gráfico 5 – Evolução dos pagamentos em atraso (€ M) .....	22

**LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS**

Siglas	Denominação
AC	Administração Central
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
AIM	Autorização de introdução no mercado
AP	Administrações Públicas
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
ARS	Administração Regional de Saúde
BANIF	Banco Internacional do Funchal
BCE	Banco Central Europeu
BCP	Banco Comercial Português
BPI	Banco Português de Investimento
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CE	Comissão Europeia
CES	Contribuição extraordinária de solidariedade
CGA	Caixa Geral de Aposentações
CGE	Conta Geral do Estado
CSP	Cuidados de saúde primários
DCI	Designação comum internacional
DEO	Documento de Estratégia Orçamental
DGAEP	Direção-Geral da Administração e do Emprego Público
DGO	Direção-Geral do Orçamento
EPE	Entidade pública empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESAME	Estrutura de Acompanhamento dos Memorandos
FEEF	Fundo Europeu de Estabilidade Financeira
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAS	Indexante de apoios sociais
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública
IMI	Imposto Municipal sobre os Imóveis
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INTOSAI	International Organisation of Supreme Audit Institutions
IRC	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
ISSAI	International Standards of Supreme Audit Institutions
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MEEF	Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira
MEFP	Memorando de Políticas Económicas e Financeiras
MoU	Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica
MTSS	Ministério do Trabalho e da Segurança Social
OE	Orçamento do Estado



# Tribunal de Contas

---

Siglas	Denominação
PAEF	Programa de Assistência Económica e Financeira
PAEL	Programa de Apoio à Economia Local
PCGE	Parecer sobre a Conta Geral do Estado
PDE	Procedimento dos Défices Excessivos
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parcerias Público Privadas
PREMAC	Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado
PVA	Preço de venda ao armazenista
PVP	Preço de venda ao público
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
SAD	Serviços de Assistência na Doença (Guarda Nacional Republicana e Polícia de Segurança Pública)
SAP	Serviço de atendimento permanente
SEE	Setor Empresarial do Estado
SFA	Serviços e Fundos Autónomos
SIEP	Síntese Estatística do Emprego Público
SIGO	Sistema de Informação de Gestão Orçamental
SIOE	Sistema de Informação da Organização do Estado
SMN	Salário mínimo nacional
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor público administrativo
SPE	Setor público empresarial
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TMU	Memorando de Entendimento Técnico
TRU	Tabela Remuneratória Única
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde



## FICHA TÉCNICA

<i>Acompanhamento dos Mecanismos de Assistência Financeira a Portugal</i>	
FICHA TÉCNICA	
AUDITORA COORDENADORA	Ana Leal Furtado
AUDITORES	Marília Carrilho Teresa Garrido
APOIO ADMINISTRATIVO E INFORMÁTICO	Kátia Nobre



# Tribunal de Contas

---

## 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 – Fundamentos, objetivos e âmbito da ação

No Programa de Fiscalização da 2.<sup>a</sup> Secção para 2014 foi prevista a realização de uma auditoria no âmbito da ação plurianual ao “*Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal*”, cujo primeiro relatório foi aprovado pelo Tribunal de Contas em 4 de dezembro de 2013<sup>1</sup>. A ação plurianual restringiu-se à análise das medidas de política orçamental e das medidas orçamentais estruturais<sup>2</sup>, das quais foram excluídas as relativas às privatizações<sup>3</sup>.

No referido relatório, dada a abrangência das medidas previstas no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (MoU), deu-se prioridade ao acompanhamento das medidas orçamentais estruturais relativas ao quadro de gestão financeira pública, no domínio do reporte e monitorização de informação sobre a execução orçamental e o emprego público, dos pagamentos em atraso e do enquadramento orçamental, à administração pública e ao setor empresarial do Estado, assim como à sua relevância orçamental em 2012. O período de incidência da auditoria cobriu as medidas definidas nestas três áreas, desde o memorando inicial até à sua 7.<sup>a</sup> atualização em junho de 2013.

Integrada no Parecer sobre a Conta Geral do Estado de 2011 (PCGE/2011), foi elaborada a Caixa 2 – “*Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal*” que apresentou os resultados da análise sobre os impactos orçamentais das medidas adotadas em 2011 e o seu reflexo na CGE. O PCGE/2012 integrou, também, a Caixa 2 com a mesma designação e que apresentou as principais conclusões do relatório acima identificado.

Os objetivos da presente auditoria consistiram na apreciação da implementação do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) relativamente a quatro aspetos:

- ◆ A comparação entre as previsões macroeconómicas e orçamentais estabelecidas no início do PAEF (junho de 2011), os valores verificados e as novas previsões apresentadas no quadro da 11.<sup>a</sup> avaliação (abril de 2014);
- ◆ O cumprimento dos requisitos estabelecidos no Memorando de Políticas Económicas e Financeiras quanto aos compromissos expressos nas ações prévias e nos referenciais estruturais, assim como às metas quantitativas fixadas para o saldo orçamental, a dívida pública e os pagamentos em atraso, no período entre a 7.<sup>a</sup> e a 11.<sup>a</sup> atualizações<sup>4</sup>;
- ◆ O cumprimento dos objetivos expressos nas medidas de política orçamental para 2013 e nas medidas orçamentais estruturais dirigidas ao setor da saúde, desde o MoU inicial até à 11.<sup>a</sup> atualização;

---

<sup>1</sup> Relatório n.º 28/2013 – 2.<sup>a</sup> Secção.

<sup>2</sup> Que correspondem às medidas mais diretamente ligadas à área de intervenção do Tribunal de Contas, pelo que não foram incluídas as seguintes cinco áreas: regras de regulação e supervisão do setor financeiro; mercado de trabalho e educação; mercado de bens e serviços; mercado da habitação; medidas de enquadramento ao nível de outros setores como o sistema judicial, a concorrência, a contratação pública e o ambiente empresarial.

<sup>3</sup> No âmbito do Tribunal de Contas foi constituído uma equipa de projeto com a finalidade de acompanhar a implementação das medidas definidas nesta matéria.

<sup>4</sup> O período anterior já foi coberto pela primeira auditoria.



- ◆ O acompanhamento das medidas da administração pública referentes à redução do número de trabalhadores e à implementação do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC), no período entre a 7.<sup>a</sup> e a 11.<sup>a</sup> atualizações<sup>1</sup>.

Do universo das medidas orçamentais estruturais por analisar foi selecionada a área da saúde, atendendo aos critérios de cobertura e de materialidade (relevância orçamental), dado que as medidas respeitantes às Parcerias Público Privadas (PPP) se encontram cobertas por auditorias realizadas ou a realizar pelo Tribunal de Contas<sup>2</sup> e as medidas relativas à administração fiscal consistiam, sobretudo, na aprovação de legislação e elaboração de relatórios/estudos sem impactos financeiros diretos nas contas públicas.

Tendo em conta os mesmos critérios, a auditoria não incluiu a totalidade das medidas relativas ao setor da saúde, uma vez que não foram objeto de apreciação as medidas cujos objetivos se encontram abrangidos por auditorias do Tribunal ou cuja natureza funcional é predominante face aos eventuais impactos financeiros<sup>3</sup>. Foram também afastadas do trabalho de auditoria as medidas cuja conclusão se prevê ocorrer após 2014.

## 1.2 – Síntese Metodológica

A metodologia adotada consistiu na recolha, tratamento e análise da informação referente à execução das medidas previstas no MoU e compreendeu, em síntese, os seguintes procedimentos de auditoria:

- ◆ Análise dos memorandos iniciais, suas atualizações e avaliações externas, no sentido de identificar as medidas e as suas posteriores alterações ou mesmo eliminação, a respetiva data acordada para a sua implementação, os eventuais resultados alcançados ou a justificação para o seu adiamento, bem como a sua relevância orçamental;
- ◆ Identificação das entidades públicas e respetivas tutelas envolvidas na execução das medidas e das fontes de informação disponíveis;
- ◆ Análise da documentação divulgada publicamente, da legislação e de outras informações obtidas junto das entidades responsáveis pela implementação das medidas;
- ◆ Identificação dos procedimentos instituídos para a execução e controlo das medidas;
- ◆ Verificação do cumprimento das medidas e/ou dos eventuais desvios à calendarização com base na análise de informação probatória recolhida junto das entidades responsáveis pela implementação das medidas e dos respetivos sistemas de informação;
- ◆ Aferição do impacto financeiro da concretização das medidas.

---

<sup>1</sup> Dando continuidade à análise realizada no âmbito da auditoria anterior.

<sup>2</sup> Nas auditorias realizadas destacam-se as seguintes: *Encargos do Estado com PPP na Saúde* (Relatório n.º 18/2013); *Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais* (Relatório n.º 11/2014); *Gestão e regulação de PPP no domínio das águas* (Relatório n.º 3/2014).

<sup>3</sup> Cfr. Auditorias: *Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários* (Relatório n.º 17/2014), *Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS* (Relatório n.º 28/2012), *INFARMED e Funcionamento do Mercado do Medicamento* (Relatório n.º 20/2011); *Remunerações pagas pelas Unidades Hospitalares do SNS* (Relatório n.º 12/2013).



## Tribunal de Contas

---

A auditoria foi realizada de acordo com o Manual de Auditoria e de Procedimentos do Tribunal de Contas e tendo em conta os princípios fundamentais de auditoria da INTOSAI, em particular a ISSAI 100.

### 1.3 – Condicionantes

Não se verificaram, de uma forma geral, condicionantes no desenvolvimento da auditoria.

No que respeita à apreciação do cumprimento das recomendações formuladas em sede da primeira auditoria realizada sobre a execução do PAEF, não foi reportada pelas entidades destinatárias informação sobre as medidas tomadas no sentido da respetiva implementação, ou outras suscetíveis de assegurar a resolução das insuficiências que as motivaram.

### 1.4 – Entidades envolvidas

As entidades envolvidas foram, essencialmente, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde.

Foram também pedidos elementos informativos ao Secretário de Estado da Administração Pública e à Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP).

### 1.5 – Audição das entidades em cumprimento do princípio do contraditório

Nos termos dos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto<sup>1</sup>, o Relato da presente ação foi enviado às seguintes entidades:

- ◆ Ministra de Estado e das Finanças;
- ◆ Ministro da Saúde;
- ◆ Secretário de Estado da Administração Pública;
- ◆ ACSS;
- ◆ INFARMED;
- ◆ DGO;
- ◆ DGAEP.

Destas, não apresentou resposta a DGAEP.

---

<sup>1</sup> Alterada pelas Leis n.ºs 87-B/98, de 31 de dezembro, 1/2001, de 4 de janeiro, 55-B/2004, de 31 de dezembro, 48/2006, de 29 de agosto, 35/2007, de 13 de agosto, 3-B/2010, de 28 de abril, 61/2011, de 7 de dezembro e 2/2012, de 6 de janeiro.



As alegações apresentadas, depois de analisadas, foram, na parte correspondente, incorporadas no texto deste Relatório sempre que o Tribunal as considerou oportunas e relevantes.

A fim de dar expressão plena ao princípio do contraditório, as respostas das entidades são apresentadas integralmente em Anexo, nos termos dos artigos 13.º, n.º 4, da Lei n.º 98/97 e 60.º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 19 de junho, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/02-2.ª Secção, de 17 de janeiro, e pela Resolução n.º 3/02-2.ª Secção, de 23 de maio.

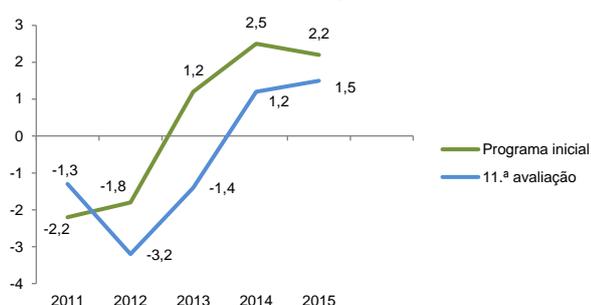
## 2 – APRECIÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ECONÓMICA E FINANCEIRA

### 2.1 – Previsões macroeconómicas e orçamentais do PAEF

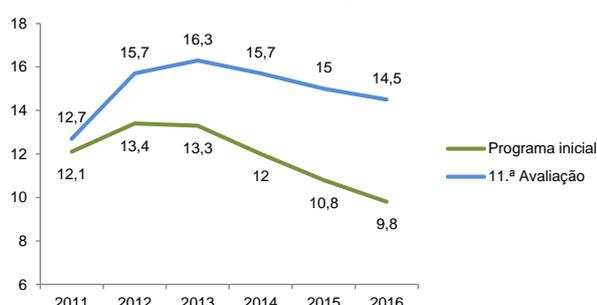
Na sequência das avaliações trimestrais da Comissão Europeia (CE) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), o cenário macroeconómico e orçamental base definido em junho de 2011 foi revisto em resultado de alterações verificadas na economia internacional, em particular na área do euro, e do impacto esperado de medidas de política orçamental introduzidas pelo Governo nas atualizações aos memorandos iniciais para dar cumprimento aos objetivos acordados (ver *Caixa 1 – Os Memorandos do PAEF e as avaliações regulares*).

Os gráficos seguintes evidenciam os ajustamentos às estimativas do PIB, da taxa de desemprego, do défice e da dívida pública, por comparação entre a previsão inicial (junho de 2011) e a previsão gerada na sequência da 11.ª avaliação (abril de 2014).

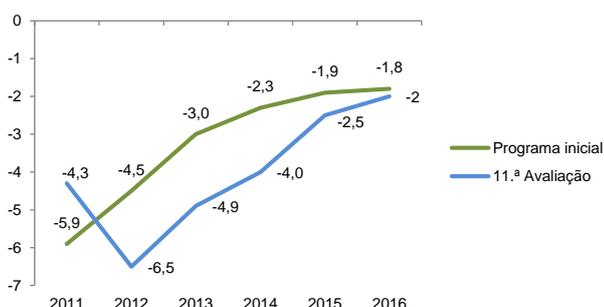
**Gráfico 1 – Revisão da previsão do PIB (taxa de variação, %)**



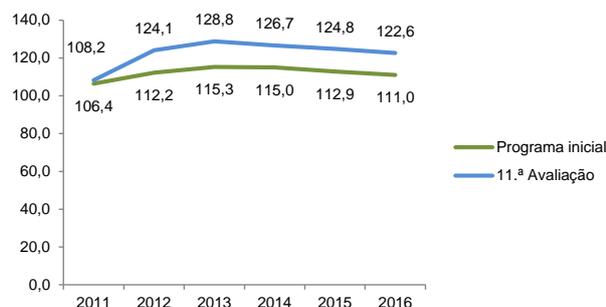
**Gráfico 2 – Revisão da previsão da taxa de desemprego (taxa de variação, %)**



**Gráfico 3 – Revisão da previsão do défice orçamental (% PIB)**



**Gráfico 4 – Revisão da previsão da dívida pública (% PIB)**



Nota: Os valores referentes aos anos de 2011 a 2013 são iguais aos notificados no âmbito do Procedimento dos Défices Excessivos de setembro de 2014 (SEC95).

Fonte: FMI - Country Report N.º 11/127, junho 2011 e FMI - Country Report N.º 14/102, abril 2014.



## Tribunal de Contas

---

Tendo em conta a estratégia inicial de consolidação orçamental preconizada no PAEF, o FMI previa, em junho de 2011, o ano de 2013 como o primeiro ano a apresentar um crescimento económico de 1,2%, a respeitar o limite de 3% do PIB estabelecido no Tratado de Maastricht para o défice orçamental, e a assumir o rácio mais elevado da dívida pública face ao PIB, de 115,3%. A partir desse ano, a previsão de redução gradual dos rácios do défice e da dívida pública até atingir 1,8% e 111% em 2016, respetivamente, assentava nas hipóteses de crescimento do produto e da trajetória descendente da taxa de desemprego a partir de 2013, assim como do aumento da receita (15%) e despesa públicas (5%) entre 2011 e 2016.

Na análise das variáveis orçamentais consideravam-se três principais componentes a pressionar a despesa pública: os encargos com os juros da dívida que aumentavam 38% entre 2011 e 2016; o aumento de 9% das despesas sociais e de 2% dos consumos intermédios. Para compensar este aumento da despesa, previa-se para o mesmo período uma redução de 20% das despesas de capital (investimentos públicos), de 19% dos subsídios às empresas e de 3% nas despesas com o pessoal.

Considerando o cenário base do PAEF, as previsões de crescimento do PIB foram sendo revistas em baixa, com o ano de 2013 a apresentar a maior alteração, atingindo um decréscimo de 1,4% de acordo com os dados divulgados no relatório referente à 11.<sup>a</sup> avaliação. As previsões deste indicador para 2014 e 2015 também foram revistas em baixa (em 1,3 p.p. e 0,7 p.p., respetivamente).

O referido cenário base previa um contributo substancial das exportações líquidas para o crescimento do PIB ao longo do horizonte temporal, pelo que a revisão em baixa das previsões para o crescimento da área do euro (embora de magnitude menor às revisões efetuadas para a economia portuguesa, com exceção para o ano de 2012) terão contribuído para as revisões em baixa da atividade económica nacional.

Por sua vez, a evolução prevista para a taxa de desemprego aponta para que se situe em 2016 ainda acima da taxa verificada em 2011 (em 1,8 p.p.), quando na previsão inicial se assumia que já seria inferior a essa taxa (em 2,3 p.p.).

Considerando os dados divulgados pelo FMI em abril de 2014, os quatro indicadores apresentam uma evolução mais desfavorável face ao cenário base, com exceção para o PIB e para o défice orçamental do ano de 2011.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução prevista para o PIB e os principais agregados orçamentais no supra referido relatório daquele organismo internacional, o qual alargou o horizonte temporal até 2019.



Quadro 1 – Cenário macroeconómico e orçamental na 11.ª avaliação

(em € mil M)

Indicadores	Verificado			Previsão					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PIB nominal	171,1	165,1	165,6	168,9	173,1	179,0	185,5	192,3	199,3
(% PIB real)	-1,3	-3,2	-1,4	1,2	1,5	1,7	1,8	1,8	1,8
Receita pública	77,0	67,6	71,7	72,4	74,2	76,2	78,3	80,2	82,1
(% PIB)	45,0	40,9	43,3	42,8	42,8	42,6	42,2	41,7	41,2
Despesa pública	84,4	78,2	79,8	79,1	78,4	79,9	81,3	82,9	84,4
(% PIB)	49,3	47,4	48,2	46,9	45,3	44,6	43,8	43,1	42,4
Défice orçamental (PDE)	7,4	10,6	8,1	6,8	4,3	3,6	3,1	2,7	2,3
(% PIB)	4,3	6,5	4,9	4,0	2,5	2,0	1,6	1,4	1,2
Dívida pública	185,2	204,8	213,4	214,0	216,1	219,3	220,9	224,1	226,9
(% PIB)	108,2	124,1	128,8	126,7	124,8	122,6	119,1	116,6	113,8
Juros da dívida	6,9	7,1	7,0	7,3	7,6	7,9	8,2	8,6	9,0
(% PIB)	4,0	4,3	4,2	4,3	4,4	4,4	4,4	4,5	4,5

Fonte: FMI, abril de 2014.

Por comparação com o cenário de junho de 2011, o FMI: i) alterou a previsão sobre a evolução da despesa pública, passando a prever a sua diminuição em 5% entre 2011 e 2016, estimando um valor da despesa em 2019 idêntico ao verificado no primeiro ano do PAEF; quanto à receita pública, apresenta um cenário mais desfavorável, de redução de 1% no mesmo período; ii) em 2016, o rácio do défice orçamental face ao PIB será superior em 0,2 p.p. e o rácio da dívida pública situar-se-á acima em 11,6 p.p; em 2019, este último rácio atingirá o seu valor mais baixo no horizonte de previsão (113,8%) mas que é ainda superior à previsão inicial para o ano de 2016 (111%).

Face às previsões de abril de 2014 e aos valores verificados na economia portuguesa<sup>1</sup>, a formulação das medidas a executar no âmbito do PAEF teve por base perspectivas macroeconómicas e orçamentais otimistas:

- ◆ A contração do PIB real em 2011 foi menor do que o inicialmente esperado, mas em 2012 a contração foi de 3,2%, em vez do previsto de 1,8%, e em 2013 de 1,4%, face ao crescimento previsto de 1,2%, antecipando-se apenas uma recuperação em 2014; para o período de 2011/2013, o desvio acumulado ao nível do PIB em comparação com a expectativa inicial foi de 3,1 p.p;
- ◆ Em parte como resultado do pior desempenho da atividade económica, o desemprego, que se previa atingir uma taxa máxima em 2012 de 13,4%, continuou a aumentar até 2013 alcançando 16,2%;
- ◆ A taxa de inflação evoluiu em conformidade com a previsão inicial para 2011, com 3,7% face a 3,5%; para os anos de 2012 e de 2013, foi de 2,8% e de 0,3%, respetivamente, contra 2,1% e 1,4% do cenário base;
- ◆ Em 2011, o défice orçamental foi menor do que o esperado (4,3% do PIB, face a 5,9%); nos anos de 2012 e de 2013, o défice foi superior ao previsto no Programa inicial (6,5% e 4,9% do PIB, que comparam com 4,5% e 3,0% do PIB, respetivamente) não tendo sido alcançado o objetivo de correção do défice excessivo em 2013, o qual foi adiado para 2015;

<sup>1</sup> Para efeitos de comparabilidade, utilizaram-se os dados do INE de setembro de 2014 (SEC95).



## Tribunal de Contas

- ◆ Ao nível da dívida pública, as previsões apresentadas em 2011 foram revistas em alta, tendo o rácio da dívida pública de 115,3% do PIB previsto para 2013 passado a 128,8% do PIB, mais 13,5 p.p.;
- ◆ O défice externo reduziu-se mais rapidamente do que o esperado, tendo sido de 7,0% do PIB em 2011, face ao originalmente previsto de 9%, e atingiu um excedente em 2013 de 0,5% (face a -4,1%), quando os dados apresentados no cenário base indicavam que existiria ainda um défice de 2,2% do PIB em 2016.

### Caixa 1 – Os Memorandos do PAEF e as avaliações regulares

Em 17 de maio de 2011 foram assinados entre o Governo Português, o Banco Central Europeu (BCE), a CE e o FMI os seguintes Memorandos de Entendimento, os quais sofreram atualizações decorrentes das avaliações externas:

- **Memorando de Políticas Económicas e Financeiras (MEFP)** - apresenta a perspetiva de evolução do cenário macroeconómico e, na sua versão inicial, os objetivos e as grandes linhas de atuação do programa (dos quais a redução da dívida pública e do défice orçamental assim como a racionalização do setor público, através de um ajustamento orçamental complementado com reformas estruturais, em que se previa que as medidas do lado da despesa representariam 2/3 do esforço de consolidação orçamental); nas atualizações periódicas contém também a análise global do cumprimento dos compromissos e a apresentação de medidas adicionais para atingir os objetivos definidos;
- **Memorando sobre as Condicionalidades de Política Económica (MoU)** – enuncia com maior detalhe as medidas acordadas para alcançar os objetivos do Programa, com a sua quantificação e calendarização, funcionando como um plano de ação ou de operacionalização dos objetivos expressos no MEFP;
- **Memorando de Entendimento Técnico (TMU)** - tem uma natureza instrumental, uma vez que explicita as definições técnicas a utilizar para efeitos do PAEF, nomeadamente quanto ao cálculo do saldo orçamental e da dívida pública, assim como os requisitos gerais de monitorização e de prestação de informação (isto é, qual a autoridade nacional responsável pela prestação de informação à CE e ao FMI, que dados devem ser disponibilizados e com que periodicidade).

Os memorandos foram acompanhados de cartas de intenção dirigidas à CE/BCE e ao FMI representando o compromisso das autoridades portuguesas com a boa execução do Programa.

Para acompanhar o cumprimento das medidas assumidas pelo Estado Português em 2011 foi criada a ESAME - Estrutura de Acompanhamento dos Memorandos, na dependência do Secretário de Estado Adjunto do Primeiro-Ministro, à qual incumbia a elaboração dos relatórios de progresso trimestrais sobre a execução das medidas previstas no MoU, conforme fixado no anexo "*Provision of data (reporting requirements)*" dos relatórios de avaliação da CE. O mandato da ESAME terminou em 30 de junho de 2014 (artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 177/2012, de 3 de agosto). Presentemente, a responsabilidade pelo acompanhamento das matérias referentes ao PAEF cabe ao Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério das Finanças.

Desde 17 de maio de 2011 até ao final do PAEF efetuaram-se onze atualizações que constam do quadro seguinte.

Memorandos Iniciais	1.ª Atualização	2.ª Atualização	3.ª Atualização	4.ª Atualização	5.ª Atualização
17/05/2011	01/09/2011	09/12/2011	15/03/2012	27/06/2012	14/10/2012
6.ª Atualização	7.ª Atualização	8/9.ª Atualização	10.ª Atualização	11.ª Atualização	
20/12/2012	12/06/2013	21/10/2013	27/01/2014	28/03/2014	

A 7.ª atualização ocorreu mais tarde do que o previsto devido à declaração da inconstitucionalidade de algumas normas do OE/2013 (Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 187/2013, de 5 de abril) e à necessidade de acordar com a CE/FMI as medidas de redução da despesa substitutivas. Por sua vez, a 8.ª avaliação foi adiada tendo-se efetuado em conjunto com a 9.ª avaliação por motivos políticos decorrentes da alteração da composição do Governo.



No âmbito da última avaliação do Programa foi enviada, em 12 de junho de 2014, uma carta à CE e ao BCE subscrita pelo Vice-Primeiro-Ministro e pela Ministra de Estado e das Finanças, informando que o Governo *“aprovou uma estratégia de reformas de médio prazo (“Caminho para o Crescimento”) que inclui medidas concretas para favorecer a competitividade, promover o emprego e o capital humano e reformar a administração pública”*. Refere-se ainda que, na sequência das decisões do Tribunal Constitucional sobre algumas medidas tomadas no OE/2014, *“identificará medidas alternativas para compensar o impacto orçamental e assim atingir as metas do défice acordadas e cumprir os compromissos no âmbito do Tratado Orçamental”*, tendo decidido no Conselho de Ministros de 12 de junho *“não solicitar nova extensão do programa, o que tem como consequência não receber o último desembolso do Programa”*.

A carta de intenções de 26 de maio de 2014, discutida durante a última avaliação, firmada pelo Governo (Vice-Primeiro-Ministro e Ministra de Estado e das Finanças) e pelo Governador do Banco de Portugal e dirigida ao FMI, contém *“um conjunto de compromissos”* e *“constitui uma atualização das anteriores cartas de intenções e MPEF e realça as medidas políticas programadas para os próximos meses, bem como a nossa estratégia de reformas a médio prazo, para além do Programa de Ajustamento, que conclui esta avaliação.”*

Portugal estará sujeito ao novo sistema de supervisão pós-programa para os Estados Membros que terminam programas de ajustamento ou de assistência a título preventivo, no âmbito do Regulamento (UE) n.º 473/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho de 21 de maio de 2013. Os países nestas condições serão objeto de uma nova forma de supervisão reforçada na área do euro, até ao pagamento de um mínimo de 75% da assistência recebida, com o objetivo de garantir o seu regresso aos mercados e a sustentabilidade orçamental.

De acordo com as regras dos processos de monitorização pós-programa do FMI, Portugal está também obrigado ao seu acompanhamento até que a dívida por pagar seja inferior a 200% da respetiva quota do Fundo. Considerando que o País detém uma quota de cerca de € 1,15 mil M, significa que ficará sob monitorização pós-programa até que a dívida por pagar seja inferior a sensivelmente € 2,30 mil M. Neste acompanhamento o FMI pode recomendar ações de política para corrigir desequilíbrios macroeconómicos.

## 2.2 – Requisitos do Memorando de Políticas Económicas e Financeiras

### 2.2.1 – Ações prévias e referenciais estruturais

#### 1 Ações prévias

As oito ações prévias definidas no MoU até abril de 2014 (ver *Caixa 2 – Requisitos de avaliação utilizados pelo FMI*), que se consubstanciam na apresentação de medidas dirigidas ao cumprimento das metas fixadas para o défice orçamental e das respetivas normas legais, com reflexo nos OE de 2013 e de 2014, foram consideradas implementadas pelas instituições internacionais, apresentando-se no quadro seguinte o momento de inclusão no Programa, a sua descrição e a forma de implementação.



## Tribunal de Contas

Quadro 2 – Ações prévias definidas entre a 7.ª e a 11.ª avaliação

7.ª avaliação	Implementada através:
- Adotar em Conselho de Ministros e publicar um Documento de Estratégia Orçamental de médio prazo (2013-2017) incluindo medidas detalhadas para a consecução da meta do défice para 2014.	- Publicação do Documento de Estratégia Orçamental 2013-2017.
- Apresentar à Assembleia de República o Orçamento Retificativo incluindo as medidas necessárias para garantir o cumprimento dos objetivos orçamentais estabelecidos para 2013.	- Publicação da Lei n.º 51/2013, de 24 de julho (1.ª alteração ao OE/2013).
<b>8.ª e 9.ª avaliações</b>	
- Apresentar à Assembleia de República a proposta de Lei do OE para 2014, garantindo o cumprimento do limite de 4% do PIB para o défice das Administrações Públicas.	- Publicação da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro (OE/2014).
- Apresentar à Assembleia de República uma proposta de lei ou uma disposição orçamental para a implementação da Tabela Remuneratória Única (TRU), medida identificada no âmbito da Análise da Despesa Pública.	- Publicação da Lei n.º 75/2014, de 12 de setembro (na parte em que determina a integração das carreiras não revistas na TRU).
- Apresentar à Assembleia de República uma proposta de lei visando o aumento da idade legal de reforma de 65 para 66 anos.	- Publicação do Decreto-Lei n.º 167-E/2013, 31 de dezembro, da Portaria n.º 378-G/2013, de 31 de dezembro e da Lei n.º 11/2014, de 6 de março.
<b>10.ª avaliação</b>	
- Apresentar à Assembleia da República um Orçamento Retificativo, com vista à aprovação das alterações à contribuição extraordinária de solidariedade (CES) sobre as pensões, garantindo o cumprimento do limite de 4% do PIB para o défice das Administrações Públicas.	- Publicação da Lei n.º 13/2014, de 14 de março (1.ª alteração ao OE/2014).
- Aprovar o Decreto-Lei relativo ao aumento das contribuições dos beneficiários para os subsistemas de proteção na doença (ADSE, SAD e ADM).	- Publicação do Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho.
<b>11.ª avaliação</b>	
- Especificar as medidas fiscais consistentes com o cumprimento da meta do défice público de 2,5% do PIB em 2015.	- Publicação do Documento de Estratégia Orçamental 2014-2018.

As ações prévias traduziram-se, assim, num conjunto de medidas e iniciativas legislativas relacionadas com as finanças públicas, destacando-se as alterações efetuadas às leis orçamentais de 2013 e de 2014, de forma à implementação de novas medidas de consolidação orçamental que visavam garantir o cumprimento dos objetivos fixados para o défice orçamental.

Na primeira alteração à Lei do OE/2013 salienta-se a previsão de aumento da despesa corrente primária (€ 2.924 M<sup>1</sup>) decorrente, nomeadamente, da necessidade de regularização de pagamentos em atraso da administração regional e local (que implicaram o reforço orçamental de € 1.395 M e € 239 M, respetivamente), bem como do impacto financeiro resultante da declaração de inconstitucionalidade de normas relativas a medidas de contenção da despesa pública, a qual se traduziu na reposição do subsídio de férias ou de quaisquer prestações correspondentes ao 14.º mês, incluindo encargos da entidade empregadora<sup>2</sup> (que implicaram o reforço orçamental de € 1.274 M na despesa da Administração Central).

Por sua vez, na primeira alteração à Lei do OE/2014 ressalta-se a afetação de metade da receita da contribuição da entidade empregadora para os subsistemas públicos de saúde aos cofres do Estado e o alargamento da contribuição extraordinária de solidariedade (CES) de 3,5% a pensões de valor mensal entre € 1.000 e € 1.350.

Relativamente à sustentabilidade dos subsistemas de saúde pública, o diploma aprovado em 2013 veio introduzir o aumento progressivo dos descontos a efetuar pelos beneficiários titulares, fixado em 2,5%, e a redução da contribuição da entidade empregadora para a ADSE, definida em 1,25%. Em 2014, o valor dos descontos a efetuar pelos beneficiários titulares foi modificado para 3,5%<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Em contabilidade pública.

<sup>2</sup> Na sequência do Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 187/2013.

<sup>3</sup> Lei n.º 30/2014, de 19 de maio.



O Documento de Estratégia Orçamental para o período de 2014 a 2018 identifica as medidas de consolidação orçamental para 2015, estimadas no valor total de cerca de € 1.400 M<sup>1</sup>, que dão cumprimento à ação prévia estabelecida para a conclusão da 11.ª avaliação.

## 2 Referenciais estruturais

No que concerne aos quatro referenciais estruturais definidos no MoU até abril de 2014, ou seja, as metas essenciais nas avaliações trimestrais em sede do reforço da gestão financeira pública e da redução dos riscos orçamentais, apresentam-se de seguida a sua descrição, o momento da sua inclusão no Programa, assim como o prazo fixado e o respetivo estado de implementação.

**Quadro 3 – Referenciais estruturais definidos entre a 7.ª e a 11.ª avaliação**

	Prazo	Referenciais Estruturais	Implementada através:
2013	julho	7.ª avaliação <i>Apresentar à Assembleia de República uma proposta da nova lei do trabalho em funções públicas com vista a alinhar o regime laboral público atual com o regime laboral privado, designadamente no que respeita a horário de trabalho, férias e rescisões.</i>	Publicação da Lei n.º 68/2013, de 29 de agosto e da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho (implementada com atraso).
	junho	7.ª avaliação <i>Apresentar à Assembleia de República uma proposta de lei sobre a alteração do regime de mobilidade especial.</i>	Proposta Decreto n.º 177/XII da Assembleia da República (normas declaradas inconstitucionais) e publicação da Lei n.º 80/2013, de 28 de novembro.
	julho	7.ª avaliação <i>Apresentar à Assembleia de República uma proposta de lei visando o aumento da idade legal de reforma de 65 para 66 anos.</i>	Alterada para ação prévia na 8.ª e 9.ª avaliações (ver Ações Prévias).
	julho	7.ª avaliação <i>Apresentar à Assembleia de República uma proposta de lei visando a convergência das regras e pensões do sistema de pensões do setor público, a Caixa Geral de Aposentações, com as do Regime Geral Contributivo da Segurança Social.</i>	Proposta Decreto n.º 187/XII da Assembleia da República (normas declaradas inconstitucionais).

Foram estabelecidas como medidas fundamentais para cumprimento dos objetivos do PAEF a reforma da Administração Pública assente na convergência do seu regime laboral e de pensões com o regime do setor privado, bem como na melhor afetação dos seus recursos humanos através da alteração do regime de mobilidade especial<sup>2</sup>.

A aprovação da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas em 2014 veio aproximar os regimes laborais em questão, realçando-se o aumento do horário de trabalho semanal para 40 horas e a redução do período de férias para 22 dias úteis.

A proposta inicial de um novo regime de mobilidade especial, que passou a ser designado por regime jurídico de requalificação dos trabalhadores em funções públicas, foi objeto de alteração na sequência da declaração de inconstitucionalidade da norma que estabelecia um período máximo de 12 meses para a situação de mobilidade, terminado o qual, os trabalhadores poderiam optar por ficar em lista de espera para uma eventual colocação, mas sem receberem qualquer rendimento, ou pela cessação do contrato de trabalho, com direito à atribuição do subsídio de desemprego<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Estas medidas incluem-se em 9 áreas: “(i) Redução da despesa relativa a estudos, pareceres, projetos e consultoria e outros trabalhos especializados; (ii) Reorganização da estrutura de custos com tecnologias de informação e comunicação (TIC); (iii) Continuação da reestruturação do sector empresarial do Estado; (iv) Compressão adicional de despesa a nível sectorial; (v) Diminuição das despesas com pessoal através da redução de efetivos por aposentação; (vi) Diminuição das despesas com pessoal por efeito carry-over da execução de Programas de Rescisões por Mútuo Acordo e pela utilização do sistema de requalificação de trabalhadores; (vii) Aumento de receita pela alteração ao modelo de exploração de jogo e pelo efeito carry-over do aumento da contribuição para a ADSE, SAD e ADM por parte dos respetivos beneficiários; (viii) Medidas específicas no sector da saúde; (ix) Recurso a medidas de carácter pontual, relativas a concessões a realizar em 2015” (DEO 2014/2018, página 37).

<sup>2</sup> Lei n.º 53/2006, de 7 de dezembro.

<sup>3</sup> Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 474/2013.



## Tribunal de Contas

O diploma referente à convergência das regras e pensões da Caixa Geral de Aposentações (CGA) com as do regime da segurança social, que previa o corte de 10% do valor ilíquido das pensões, incluindo as de sobrevivência, a partir de € 600, foi também objeto de declaração de inconstitucionalidade de algumas das suas normas<sup>1</sup>.

### 2.2.2 – Metas quantitativas fixadas para o saldo orçamental e a dívida pública

Relativamente ao ano de 2013, os relatórios produzidos pela CE/BCE e pelo FMI concluem pela execução positiva do programa, condição necessária para a libertação dos desembolsos (ver *Caixa 3 – Desembolsos do PAEF até ao final de abril de 2014*), com o cumprimento das metas trimestrais fixadas para o défice orçamental e a dívida pública, como se observa no quadro seguinte.

Quadro 4 – Critérios de desempenho quantitativo em 2013

(em milhares de milhões de euros)

Meses	Limite do saldo orçamental das Administrações Públicas (a)		Limite máximo para a dívida das Administrações Públicas	
	PAEF	Verificado	PAEF	Verificado
março	-1,9	-1,4	182,2	178,5
junho	-6,0	-3,8	187,3	184,1
setembro	-7,3	-4,3	188,9	184,7
dezembro <sup>(b)</sup>	-8,9	-7,2	191,3	187,5

(a) Desempenho avaliado por referência às metas trimestrais (acumuladas) para o saldo orçamental na ótica de caixa.

(b) O limite máximo para a dívida foi revisto na sequência da 8.ª/9.ª avaliações, de € 187,4 m M para € 191,3 m M.

Fonte: MPEF 7ª à 11.ª atualizações.

Para efeitos do PAEF<sup>2</sup>, o saldo orçamental das administrações públicas (AP's) em 2013 foi ajustado das transações relacionadas com os mecanismos de apoio e estratégia de reestruturação do setor bancário ao abrigo do Programa, das receitas provenientes da transferência dos fundos de pensões para o setor público e do montante acumulado de pagamentos em atraso regularizados no âmbito da estratégia para a liquidação dos pagamentos em atraso.

Neste contexto, ao saldo orçamental de 2013 (- € 8.731 M) foram expurgados os valores referentes a garantias, empréstimos e dotações (€ 58 M) e ao fundo de pensões do Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas (€ 48 M) e adicionados os valores regularizados de pagamentos em atraso efetuados com base nos programas de regularização destas dívidas no setor da saúde (€ 424 M), nos municípios no âmbito do Programa de Apoio à Economia Local - PAEL (€ 408 M) e na Região Autónoma da Madeira (€ 854 M)<sup>3</sup>.

Quanto à aferição do desempenho da dívida face ao limite definido no PAEF, foram também efetuados ajustamentos à dívida de Maastricht<sup>4</sup>, entre os quais se destaca a dedução dos depósitos do Tesouro (€ 18.921 M)<sup>5</sup> e do apoio financeiro do Estado para a recapitalização do sector bancário (€ 1.100 M).

<sup>1</sup> Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 862/2013.

<sup>2</sup> Cfr. Memorando de Entendimento Técnico.

<sup>3</sup> Cfr. Síntese da Execução Orçamental de janeiro de 2014 – Direção-Geral do Orçamento.

<sup>4</sup> Cfr. Memorando de Entendimento Técnico.

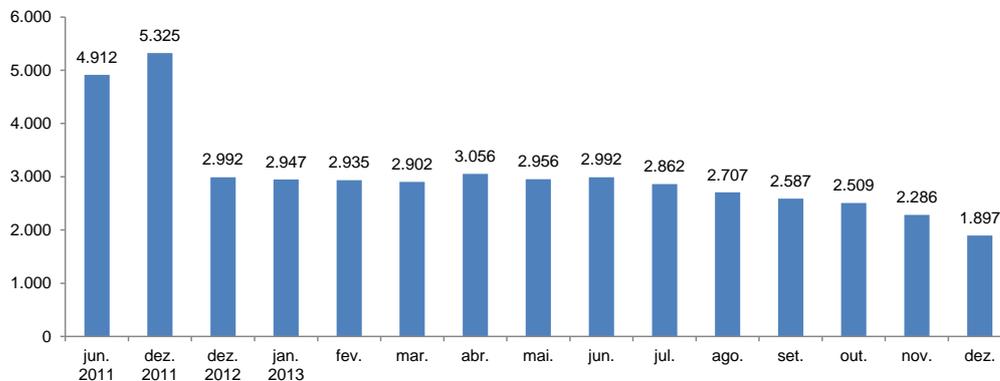
<sup>5</sup> Cfr. Boletim Estatístico de outubro de 2014 – Banco de Portugal.

### 2.2.3 – Objetivos fixados para os pagamentos em atraso

Relativamente à não acumulação de atrasos nos pagamentos domésticos pelas AP's, os relatórios de avaliação indicam o não cumprimento continuado deste objetivo em 2013. A 11.ª avaliação do FMI permitiu concluir que foram constituídos novos pagamentos em atraso no valor de cerca de € 250 M, em particular provenientes dos hospitais EPE.

No gráfico seguinte apresenta-se a evolução do *stock* dos pagamentos em atraso desde junho de 2011<sup>1</sup> até ao final de 2013.

Gráfico 5 – Evolução dos pagamentos em atraso (€ M)



Fonte: Comissão Europeia - Third Review – April 2012 e Comissão Europeia - Eleventh Review – April 2014.

No final de 2013 o *stock* dos pagamentos em atraso reduziu-se em € 1.095 M face a dezembro de 2012, em particular nas administrações local (€ 613 M) e regional (€ 422 M); no entanto, estes setores continuavam a ser os principais responsáveis pelo *stock* registado no final do ano (€ 1.178 M, 62,1%), seguidos dos hospitais EPE (€ 611 M, 32,2%). A Região Autónoma da Madeira era responsável por 99,4% do *stock* da dívida na administração regional.

As empresas públicas classificadas fora do perímetro das AP's apresentaram uma evolução negativa, com o valor dos pagamentos em atraso no final de 2013 superiores em cerca de 212,1% (mais € 70 M) em comparação com o início do ano (€ 33 M).

Em termos acumulados, os pagamentos efetuados ao abrigo dos programas de regularização de dívidas totalizaram € 2.754 M no final de dezembro de 2013 (dos quais € 1.346 M em 2013), correspondendo a € 1.901 M no setor da saúde, € 464 M na administração local e € 389 M na Região Autónoma da Madeira<sup>2</sup>. Em janeiro de 2014, estes pagamentos totalizavam € 2.804 M.

A não acumulação de novos pagamentos externos em atraso relativos a dívida externa pelas AP's<sup>3</sup> constitui outro critério de desempenho (contínuo) que foi alcançado em 2013.

<sup>1</sup> Data do levantamento efetuado para determinar o valor total destas dívidas no conjunto das administrações públicas, de acordo com a respetiva ação prévia incluída no MPEF inicial.

<sup>2</sup> Através de uma operação de refinanciamento de dívida comercial por dívida financeira, com aval do Estado, até ao montante de € 1.100 M.

<sup>3</sup> Cfr. Memorando de Entendimento Técnico, “o atraso nos pagamentos de dívida externa será definido como o pagamento de dívida a não residentes que tenha sido contratada ou garantida pelas Administrações Públicas e que não tenha sido realizada no prazo de 7 dias após o vencimento (tendo em conta o período de carência contratual aplicável)”.



## Tribunal de Contas

### Caixa 2 – Requisitos de avaliação utilizados pelo FMI

As três instituições internacionais envolvidas no PAEF avaliaram trimestralmente o cumprimento das medidas e objetivos definidos no Programa, tendo constituído a avaliação favorável uma condição necessária para a libertação dos desembolsos adicionais. Os aspetos essenciais desta análise consubstanciaram-se na aferição do cumprimento das metas quantitativas fixadas para o saldo orçamental, a dívida pública e os pagamentos em atraso, bem como o acompanhamento do estado de implementação das medidas acordadas, onde se incluem os compromissos expressos nas ações prévias (*prior actions*) e nos referenciais estruturais (*structural benchmarks*).

As avaliações envolveram a verificação do cumprimento dos requisitos utilizados pelo FMI no âmbito de financiamentos concedidos aos países - contidos no Memorando de Políticas Económicas e Financeiras - em regra enquadrados nos seguintes tipos:

- ações prévias, consubstanciadas em medidas que um país se compromete implementar antes da aprovação do financiamento ou da conclusão de uma avaliação, que funciona como uma garantia do Programa inicial conter a base necessária para uma execução positiva ou como uma medida destinada a alinhar o Programa após desvios das políticas acordadas;
- referenciais estruturais, que compreendem as medidas de reforma (em regra, de natureza não quantitativa) que são fundamentais para atingir os objetivos do Programa e, como tal, funcionam como marcadores para aferir a implementação do Programa durante uma avaliação;
- critérios de desempenho quantitativo, que consistem em condições de natureza quantitativa fixadas no Programa (limite do saldo orçamental das AP's, limite máximo para a dívida das AP's e não acumulação de novos pagamentos externos em atraso relativos a dívida externa pelas AP's);
- objetivos indicativos, que visam complementar os critérios acima referenciados durante a avaliação do Programa (não acumulação de atrasos nos pagamentos domésticos pelas AP's).

### Caixa 3 – Desembolsos do PAEF até ao final de abril de 2014

O PAEF incluiu a concessão de um empréstimo ao Estado Português de cerca de € 78 mil M, com um período de utilização até 2014. O empréstimo foi concedido pelo Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira (MEEF) e pelo Fundo Europeu de Estabilidade Financeira (FEEF), envolvendo, no conjunto da UE, o montante de € 52 mil M, e pelo FMI (*Extended Fund Facility*) no valor equivalente a aproximadamente € 26 mil M.

Do valor global do empréstimo, € 12 mil M foram consignados ao mecanismo de apoio à solvabilidade bancária, não podendo ser utilizados em quaisquer outras finalidades.

De acordo com os dados veiculados no relatório do FMI de maio de 2011 que aprovou o financiamento a Portugal (*Table 3. Portugal: Public sector financing requirements and sources*), as necessidades de financiamento do Estado português ascendiam a cerca de € 152,4 mil M no período de 2011 a 2014, financiados através das instituições internacionais (€ 78 mil M), do recurso ao mercado (€ 69,2 mil M, repartido entre dívida de curto prazo, € 37,9 mil M, e dívida de médio e longo prazo, € 31,5 mil M) e das receitas de privatizações estimadas em € 5,0 mil M.

A informação constante da 11.ª avaliação (*Table 4. Portugal: General Government Financing Requirements and Sources*) revela um aumento das necessidades brutas de financiamento no mesmo período que alcançam € 227,1 mil M. Este aumento das necessidades de financiamento, face ao valor inicialmente estimado, é financiado essencialmente através do aumento do recurso ao mercado que passa a assumir o montante € 153,6 mil M. Realça-se que a partir da 3.ª avaliação do FMI (abril de 2012) a informação sobre as necessidades de financiamento passou a abranger as decorrentes das administrações regional e local e do setor empresarial do Estado.

**Necessidades brutas de financiamento e fontes de financiamento (2011 – 2014)**

(em mil milhões de euros)

	Programa Inicial	3.ª Av.	11ª Av.
Necessidades brutas de financiamento	152,4	177,7	227,1
Fontes de financiamento:	74,4	101,1	146,4
Acesso ao mercado:	69,4	103,2	153,6
Dívida MLP	31,5	34,7	74,4
Dívida CP	37,9	68,5	79,2
Utilização de depósitos	0	-7,7	-11,6
Receitas de privatizações	5	5,6	4,3
Financiamento PAEF	77,9	79,8	81,6

Fonte: FMI, Country Reports Nrs. 11/127, 12/77 e 14/102.

A emissão de dívida de curto e de médio e longo prazo aumentou significativamente; face ao inicialmente previsto, as fontes de financiamento passaram a incluir um valor disponível em depósitos; o valor do financiamento no âmbito do PAEF (incluindo-se o recebimento da última tranche, que não se veio a verificar) aumentou devido às diferenças cambiais e às margens e comissões.

No quadro seguinte apresenta-se o valor dos desembolsos do PAEF até ao final de abril de 2014.

(em milhões de euros)

Desembolsos	Valor Nominal (Moeda do Empréstimo)	Valor Nominal em EURO (1)
<b>Desembolsos em 2011</b>	<b>32.730,70</b>	<b>34.374,20</b>
FMI	11.503,00	13.146,50
FEEF	7.127,70	7.127,70
MEEF	14.100,00	14.100,00
<b>Desembolsos em 2012</b>	<b>27.249,00</b>	<b>28.530,00</b>
FMI	6.899,00	8.180,00
FEEF	12.350,00	12.350,00
MEEF	8.000,00	8.000,00
<b>Desembolsos em 2013</b>	<b>9.577,00</b>	<b>10.001,00</b>
FMI	2.977,00	3.401,00
FEEF	6.600,00	6.600,00
<b>Total de desembolsos acumulados 2011/2013</b>	<b>69.556,70</b>	<b>72.905,20</b>
<b>Desembolsos de janeiro a abril de 2014</b>	<b>4.614,00</b>	<b>4.808,00</b>
<b>Total de desembolsos acumulados</b>	<b>74.170,70</b>	<b>77.713,20</b>

(1) Valor nominal obtido através da taxa de câmbio do BCE à data de liquidação do empréstimo.

Fonte: Boletins Mensais do IGCP.

O Boletim Mensal do IGCP de junho de 2014 refere que “O Governo Português decidiu não solicitar uma extensão do Programa de Ajustamento para além do dia 30 de junho. Por esse motivo, não se realizará o 12º e último desembolso dos empréstimos da UE-FMI ao abrigo do PAEF, no montante total de EUR 2,6 mil milhões. A UE, através do MEEF, deverá efetuar em 2014 um último desembolso no valor de EUR 400 milhões, referente ainda à 11ª avaliação regular.”

Relativamente ao apoio à solvabilidade bancária, € 4.500 M foram aplicados na recapitalização do BCP e do BPI (em 2012) e € 1.100 M no BANIF (em 2013), ficando € 6.400 M por utilizar no final de 2013 (cfr. Relatório Anual de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública de 2012 e de 2013). Em agosto de 2014, foi concedido o empréstimo de € 3.900 M ao Fundo de Resolução.



## Tribunal de Contas

### 2.3 – Medidas de política orçamental para 2013

#### 2.3.1 – Previsão dos memorandos

O objetivo do défice para 2013 de 3% do PIB foi revisto na sequência das 5.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> atualizações, em outubro de 2012 e em junho de 2013, respetivamente, tendo-se fixado em 5,5% do PIB; para tal o Governo comprometeu-se a adotar medidas de consolidação orçamental que ascendiam a € 7.870 M.

A evolução previsional do impacto orçamental destas medidas é a que se apresenta no quadro seguinte, sendo de ressaltar que nem todas as medidas se encontravam quantificadas, ainda que delas decorresse o aumento da receita ou a redução da despesa.

Quadro 5 – Previsão do impacto – medidas de política orçamental 2013 no MoU

(em mil milhões de euros)

Medidas	MoU inicial e 1. <sup>a</sup> atualização	2. <sup>a</sup> à 4. <sup>a</sup> atualizações	5. <sup>a</sup> atualização	6. <sup>a</sup> atualização	7. <sup>a</sup> atualização	8. <sup>a</sup> à 10. <sup>a</sup> atualizações
Redução da despesa	2.200	2.100	2.635	2.475	3.350	não indica
Aumento da receita	775	725	1,35% do PIB	4.155	4.520	não indica
Meta do défice	5.224	3% do PIB	4,5% do PIB	4,5% do PIB	5,5% do PIB	5,5% do PIB

Fonte: MoU.

As medidas de consolidação orçamental previstas no MoU inicial e até à 4.<sup>a</sup> atualização recaíam principalmente na redução da despesa, com destaque para as despesas de funcionamento da administração central (€ 500 M), saúde (€ 375 M) e prestações sociais (€ 250 M); as medidas do lado da despesa representavam 74,3% do esforço de consolidação orçamental. O aumento da receita incidia sobre o IRS e o IRC (€ 325 M), o IMI (€ 250 M) e sobre os impostos especiais sobre o consumo (€ 150 M).

Com a 7.<sup>a</sup> atualização o aumento da receita passou a representar 57,4% do esforço de consolidação orçamental, sendo 34,3% desse esforço proveniente da receita do IRS. Por sua vez, as despesas com pessoal e as prestações sociais contribuíam com 26% para o esforço global de consolidação.

No quadro seguinte apresentam-se as medidas de redução de despesa e de aumento de receita previstas na 7.<sup>a</sup> atualização, o valor estimado e o seu peso.



Quadro 6 – Medidas de política orçamental 2013 – 7.ª atualização do MoU

(em milhões de euros)

Medidas de despesa		Valor	Peso
Redução da Despesa	<b>Despesa com pessoal</b> Redução do n.º de trabalhadores, otimização da afetação dos recursos humanos, redução da compensação por horas extraordinárias e prestações acessórias, convergência do regime de proteção na doença entre o setor público e o privado e redução da remuneração do pessoal na situação de licença extraordinária. Alteração do horário de trabalho, organização do tempo de trabalho e férias.	1.400	41,8%
	<b>Saúde</b> Racionalização dos recursos disponíveis e reformas na área do medicamento.	180	5,4%
	<b>Prestações sociais</b> Racionalização da despesa, incluindo um controlo mais rigoroso das condições de acesso.	650	19,4%
	<b>Consumo intermédio</b> Redução dos consumos intermédios em todos os ministérios.	400	11,9%
	<b>Despesas de capital</b> Redução das despesas de capital, em particular no Setor Empresarial do Estado.	250	7,5%
	<b>Renegociação dos contratos de PPP</b>	300	9,0%
	<b>Transferências</b> Redução de transferências, nomeadamente para as fundações.	120	3,6%
	<b>Despesas no âmbito do programa Polis</b>	50	1,5%
	Medidas de receita		Valor
Aumento da Receita	<b>IRS</b> Redução do número de escalões do IRS e aumento da taxa média do IRS; introdução de uma sobretaxa; aumento da tributação sobre os rendimentos de capital; redução das deduções à coleta e de benefícios fiscais.	2.700	59,7%
	<b>IRC</b> Limitação à dedutibilidade dos encargos com juros; redução dos benefícios fiscais; redução do limite mínimo de aplicação da taxa máxima de derrama estadual; alteração da fórmula de cálculo do pagamento especial por conta.	200	4,4%
	<b>Impostos indiretos</b> Aumento dos impostos sobre tabaco, álcool e bebidas alcoólicas, gás natural, património.	650	14,4%
	<b>Pensões</b> Aplicação de uma contribuição extraordinária de solidariedade.	400	8,8%
	<b>Contribuições sociais</b> Aumento das contribuições para os subsistemas de proteção na doença; alargamento da base contributiva.	270	6,0%
	<b>Fundos estruturais</b> Reprogramação dos fundos estruturais da UE.	300	6,6%
	<b>Combate à fraude e evasão fiscais e à economia informal</b>	ND	-
	<b>Benefícios fiscais</b> Congelamento dos benefícios fiscais.	ND	-
	<b>Crédito Fiscal Extraordinário ao Investimento</b>	ND	-

ND – Não Disponível.

Fonte: MoU.

Na despesa, a redução assentava nas despesas com pessoal no valor de € 1.400 M (41,8% do total do esforço de consolidação do lado da despesa), o dobro do indicado na 6.ª atualização, justificado essencialmente pela inclusão das medidas de alteração do horário de trabalho, organização do tempo de trabalho e férias. As outras despesas com maior peso na redução incidiam sobre as prestações sociais (€ 650 M), os consumos intermédios (€ 400 M), encargos com PPP (€ 300 M) e investimento (€ 250 M).

Ao nível da receita, as medidas relativas ao IRS ascendiam a € 2.700 M, representando 59,7% do esforço do lado da receita, seguida dos impostos indiretos com € 650 M e da contribuição extraordinária de solidariedade com € 400 M.



## Tribunal de Contas

### 2.3.2 – Previsão do Orçamento do Estado

O OE/2013 previa as medidas de consolidação orçamental necessárias para atingir o objetivo do défice de 4,5% do PIB, tal como definido na 5.<sup>a</sup> atualização, através da adoção de medidas que representavam no seu conjunto 3,2% do PIB, € 5.337,9 M, (€ 1.025,6 M proveniente da redução da despesa e € 4.312,4 M de aumento da receita)<sup>1</sup>.

Na quantificação destas medidas foram consideradas a reposição de 1 subsídio aos funcionários públicos e 1,1 subsídios aos reformados e pensionistas<sup>2</sup>, assim como o respetivo impacto no aumento da receita de IRS e de contribuições sociais, que se estimou em € 1.674 M e € 373 M, respetivamente.

No quadro seguinte apresenta-se a comparação da previsão do impacto das medidas de consolidação orçamental expressa na 5.<sup>a</sup> atualização do MoU (outubro de 2012) e no Relatório do OE/2013. Em termos metodológicos, os valores expressos no quadro relativos ao OE/2013 não integram o efeito da reposição de subsídios de modo a permitir a comparabilidade com a previsão do MoU, que não contempla esse efeito; quanto aos valores da receita no MoU, indicados em percentagem do PIB, utilizou-se o valor do PIB nominal subjacente ao OE/2013<sup>3</sup>.

**Quadro 7 – Comparação da previsão do impacto orçamental em 2013 – MoU e OE/2013**

(em milhões de euros)

	MoU (5. <sup>a</sup> atualização)	OE/2013	Diferença
<b>Despesa</b>	<b>2.635</b>	<b>2.699</b>	<b>64</b>
Despesas com o pessoal	630	727	97
Transferências sociais e subsídios	1.170	1.165	-5
Consumo intermédio	150	375	225
Prestações sociais em espécie (saúde)	485	181	-304
Despesas de capital	200	252	52
<b>Receita</b>	<b>2.252</b>	<b>3.939</b>	<b>1.688</b>
Impostos sobre a produção	834	685	-149
Impostos sobre o rendimento	1.251	3.025	1.774
Contribuições sociais	167	143	-24
Outras receitas	-	86	86

Fonte: Relatório do OE/2013, Quadro II.3.1; MoU, 5.<sup>a</sup> atualização.

Da análise do quadro destaca-se a diferença na previsão da receita de impostos sobre o rendimento entre os dois documentos, apresentando o OE uma previsão de mais € 1.774 M; na 6.<sup>a</sup> atualização (dezembro de 2012) a previsão foi revista para € 3.200 M, não se encontrando explicitado no MoU o fundamento para esta revisão. Por outro lado, o Relatório do OE também não contém informação completa e clara sobre a relação das medidas de consolidação orçamental em 2013 com as medidas de política orçamental acordadas no MoU.

Tal como verificado em 2012, a estimativa do impacto das medidas de consolidação orçamental inscritas no OE/2013 superou a estimativa do conjunto de medidas inscrita no MoU inicial e respetivas atualizações até à apresentação da proposta do OE.

<sup>1</sup> Conforme consta do Quadro II.3.1. – Medidas de consolidação orçamental em 2013, do Relatório do OE.

<sup>2</sup> Com o objetivo de dar cumprimento ao Acórdão n.º 353/2012 do Tribunal Constitucional.

<sup>3</sup> PIB nominal - € 166.782 M (fonte: Unidade Técnica de Apoio Orçamental – Parecer Técnico n.º 6/2012 “Análise à proposta do Orçamento do Estado para 2013”).



Este aspeto evidencia que o conjunto de medidas de consolidação inicialmente previstas não era consentâneo com os objetivos orçamentais acordados no MoU, revelando a fragilidade e inconsistência das previsões e implicando a necessidade de os Orçamentos do Estado introduzirem medidas adicionais, ainda que para atingir metas do défice menos exigentes; em 2012, o défice previsto era de 4,5% no OE inicial e de 5% em sede da segunda alteração orçamental (4,5% no MoU inicial); em 2013, o défice previsto atingia 4,5% no OE inicial e 5,5% no âmbito do primeiro orçamento retificativo (3% no MoU inicial).

A inclusão de novas medidas foi também determinada pelo não cumprimento dos objetivos de défice inicialmente fixados que implicaram um efeito dinâmico sobre os anos seguintes decorrente da alteração da base (efeito de *carry over*), assim como dos ajustamentos em baixa do cenário macroeconómico no contexto das avaliações do PAEF (cfr. desenvolvido no ponto 2.1 deste relato).

### 2.3.3 – Execução orçamental

À semelhança do verificado desde 2011, a CGE de 2013 não apresentou os resultados obtidos na execução das medidas de consolidação orçamental previstas no Relatório do OE e no PAEF, o que impede o exercício da sua apreciação. Esta falta reiterada de informação fundamentou a formulação de recomendações ao Governo no âmbito dos Pareceres às Contas Gerais do Estado de 2011 e de 2012 e no primeiro relatório de auditoria ao acompanhamento do PAEF<sup>1</sup>.

Relativamente aos procedimentos que assegurem o rigor e a fiabilidade das estimativas das medidas de consolidação orçamental, sua monitorização e apresentação dos resultados na CGE, a Ministra de Estado e das Finanças invocou, em sede de contraditório, o aumento da transparência orçamental e a melhoria da qualidade da informação, bem como a publicação mensal da Síntese da Execução Orçamental pela DGO.

Quanto à elaboração e publicitação de um relatório final de execução do PAEF, a Ministra de Estado e das Finanças invocou “*três documentos elaborados pelo Governo que, em conjunto, apresentam o balanço dos progressos alcançados ao longo do Programa*”: i) A gestão do programa de ajustamento – 1000 dias 450 medidas; ii) Caminho para o crescimento; e iii) DEO 2014/2018.

A DGO, em contraditório, referiu que na Conta Geral do Estado de 2013 o “*sub-ponto “II.1.1 – Medidas transversais da AP” do Relatório da CGE 2013, poderá constituir uma primeira abordagem no sentido de satisfazer a referida recomendação*”. Acrescentou ainda que “*a CGE 2013 incorporou informação dos Programas Orçamentais referente a medidas de consolidação para o caso dos que a prestaram*”. Não obstante, o invocado ponto da CGE/2013 elenca algumas medidas de consolidação orçamental sem contudo apurar os resultados da execução das mesmas, não dando cumprimento à recomendação. No que respeita à informação dos Programas Orçamentais, não sendo completa, tal como referido pela DGO, não responde ao objetivo referido.

Na ausência desta informação, a análise da execução das medidas de política orçamental encontra-se limitada à evolução da despesa e da receita das administrações públicas (administração central, segurança social e administrações regional e local) em 2013 face ao ano anterior (ver **Caixa 4 – Síntese da execução orçamental no período 2010/2013**), sem contudo ser possível quantificar por medida concreta, expressa quer no OE/2013 quer no MoU, os resultados imputados à execução orçamental.

---

<sup>1</sup> Recomendações n.ºs 25 do PCGE/2011 e do PCGE/2012; recomendação b) 5. do Relatório n.º 28/2013 – 2.ª S.



# Tribunal de Contas

Quadro 8 – Execução orçamental das administrações públicas em 2012/2013

(em milhões de euros)

Rubricas	2012	2013	Variação	
			Valor	%
Despesas com pessoal	14.657,5	16.410,8	1.753,3	12,0
Aquisição de bens e serviços	14.503,9	13.886,1	-617,8	-4,3
Juros e outros encargos	8.170,8	7.956,2	-214,6	-2,6
Transferências correntes	33.757,0	36.317,9	2.560,9	7,6
Subsídios	2.208,8	2.335,3	126,5	5,7
Outras despesas correntes	991,7	1.032,8	41,1	4,1
Investimento	4.509,2	4.493,4	-15,8	-0,4
Transferências de capital	1.008,4	1.001,6	-6,8	-0,7
Outras despesas de capital	109,4	170,7	61,3	56,0
<b>1 - Total despesa efetiva</b>	<b>79.916,7</b>	<b>83.604,8</b>	<b>3.688,1</b>	<b>4,6</b>
Impostos diretos	16.549,7	20.650,7	4.101,0	24,8
Impostos indiretos	21.117,4	21.267,9	150,5	0,7
Contribuições sociais	16.877,2	18.524,6	1.647,4	9,8
Transferências correntes	2.643,1	2.503,7	-139,4	-5,3
Outras receitas correntes	8.430,4	8.392,8	-37,6	-0,4
Vendas de bens de investimento	83,5	208,2	124,7	149,3
Transferências de capital	5.501,3	2.030,1	-3.471,2	-63,1
Outras receitas de capital	1.577,7	671,0	-906,7	-57,5
Diferenças de conciliação	-	470,9	-	-
<b>2 - Total receita efetiva</b>	<b>72.780,3</b>	<b>74.719,9</b>	<b>1.939,6</b>	<b>2,7</b>
<b>Saldo (2-1)</b>	<b>-7.136,4</b>	<b>-8.884,9</b>	<b>-1.748,5</b>	<b>24,5</b>

Fonte: Contas Gerais do Estado, volume I, de 2012 e de 2013, quadros 15 e 22, respetivamente “Conta Consolidada das Administrações Públicas – Ótica da Contabilidade Pública”.

Em 2013, a despesa total efetiva sofreu um aumento de € 3.688,1 M (4,6%) face ao ano anterior, com destaque para as *transferências correntes* (mais € 2.560,9 M, 7,6%) e para as *despesas com pessoal* (€ 1.753,3 M, 12,0%), decorrente do pagamento de prestações sociais substitutivas dos rendimentos do trabalho e do pagamento dos subsídios de férias e de Natal aos funcionários, pensionistas e reformados, em execução dos Acórdãos do Tribunal Constitucional anteriormente referidos.

A receita aumentou € 1.939,6 M<sup>1</sup>, incidindo na receita de *impostos diretos*, € 4.101,0 M, (especialmente em IRS, com mais € 3.336,1 M, e em IRC, com € 948,7 M<sup>2</sup>), e de *contribuições sociais*, € 1.647,4 M. Para estes resultados contribuíram as medidas previstas no PAEF e no OE, nomeadamente, as alterações no IRS (redução do número de escalões, aumento da taxa média, introdução de uma sobretaxa e redução das deduções à coleta e de benefícios fiscais), a reposição dos subsídios acima referida, a contribuição extraordinária de solidariedade, o alargamento da base contributiva aos subsídios de doença e de desemprego, bem como o regime extraordinário de regularização de dívidas fiscais e à segurança social<sup>3</sup>, que permitiu arrecadar € 1.042 M e € 235 M, respetivamente<sup>4</sup>.

O défice das AP's, na ótica da contabilidade nacional, situou-se nos 4,9% do PIB, menos 1,5 p.p. do que em 2012, contribuindo as medidas temporárias com um impacto líquido favorável uma vez que

<sup>1</sup> A variação global da receita encontra-se influenciada pelo efeito base da transferência dos fundos de pensões em 2012.

<sup>2</sup> Cfr. Relatório da Conta Geral do Estado, execução orçamental da administração central e execução orçamental da administração regional.

<sup>3</sup> Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 151-A/2013, de 31 de outubro.

<sup>4</sup> Cfr. trabalhos preparatórios do PCGE/2013.



totalizaram 0,8 p.p. do PIB na receita (regularização excepcional de dívidas fiscais e à segurança social, no valor de € 1.277 M) e 0,4 p.p. do PIB na despesa (recapitalização do BANIF, no valor de € 700 M).

#### Caixa 4 – Síntese da execução orçamental no período de 2010/2013

Considerando os três anos de vigência do PAEF (2011 a 2013), apresenta-se um quadro síntese da evolução da receita, da despesa e do saldo global das administrações públicas na ótica de caixa.

(em milhões de euros)

	2010	2011	2012	2013	Variação 2013/2010	
1 - Despesa efetiva	78.965,4	77.940,4	79.916,7	83.604,8	4.639,4	5,9
2 - Receita efetiva	67.420,8	72.077,6	72.780,3	74.719,9	7.299,1	10,8
3 – Saldo global	<b>-11.544,6</b>	<b>-5.862,8</b>	<b>-7.136,4</b>	<b>-8.884,9</b>	<b>2.659,7</b>	<b>23,0</b>

Nota: em 2012 verificou-se uma alteração significativa do universo por incorporação das EPR no perímetro orçamental.

Fonte: Contas Gerais do Estado 2010, 2011, 2012 e 2013.

As principais rubricas que contribuíram para o aumento da despesa no período foram:

- *Juros e outros encargos* - € 2.811 M (mais 55% face a 2010);
- *Transferências correntes* - € 2.144 M (mais 6%);
- *Aquisição de bens e serviços* - € 1.117 M (mais 9%).

Em sentido contrário, as rubricas da despesa que registaram diminuições foram as seguintes:

- *Despesas com o pessoal* - € 1.859 M (menos 10% face a 2010);
- *Transferências de capital* - € 442 M (menos 31%).

Na receita, as rubricas onde se observaram os maiores aumentos foram:

- *Impostos diretos* - € 4.043 M (mais 24% face a 2010);
- *Outras receitas correntes* - € 2.566 M (mais 41%).

As receitas que registaram as maiores diminuições foram as seguintes:

- *Transferências de capital* - € 747 M (menos 27% face a 2010);
- *Outras receitas de capital* - € 701 M (menos 50%).

No período em análise o ajustamento orçamental efetuou-se essencialmente com o aumento global da receita em 11%, contribuindo a receita fiscal e de contribuições sociais em 72,8% (mais € 5.314 M e uma taxa de crescimento de 9,6% no período), uma vez que do lado da despesa apenas duas rubricas (despesas com pessoal e transferências de capital) apresentaram um decréscimo (€ 2.301 M).

Estes resultados da execução orçamental demonstram que o esforço de consolidação orçamental assentou mais na receita do que na despesa, contrariamente ao inicialmente determinado no programa. O quadro seguinte sintetiza o impacto inicialmente esperado com a adoção de medidas de redução da despesa e de aumento da receita:

#### Esforço orçamental

(em milhões de euros)

2011		2012		2013	
Despesa	Receita	Despesa	Receita	Despesa	Receita
-6.000	3.400	-3.500	1.500	-2.500	800

Fonte: Decisão de Execução do Conselho n.º 2011/344/UE de 30 de maio.



# Tribunal de Contas

Acresce que o programa inicial previa que o aumento da receita resultasse fundamentalmente da receita dos impostos sobre o consumo; no entanto a execução orçamental no período 2010/2013 evidenciou que o principal aumento da receita fiscal se concentrou nos impostos sobre o rendimento, em especial o IRS, cuja receita registou um crescimento de 24,3%, enquanto as receitas dos impostos indiretos subiram apenas 3,2%.

Para além da relação entre o peso da receita e da despesa no esforço global de consolidação orçamental, o quadro seguinte identifica as principais medidas com impacto financeiro nos anos de 2011 a 2013 apurado com base nos valores disponibilizados nas CGE.

Principais medidas com impacto financeiro no triénio 2011/2013			
	2011	2012	2013
<b>Redução de despesa</b>			
Redução remuneratória aplicável aos trabalhadores da administração pública	N/D	N/D	N/D
Suspensão parcial dos subsídios de férias e de Natal dos trabalhadores da administração pública, reformados e pensionistas	-	N/D	-
<b>Aumento da receita</b>			
Sobretaxa extraordinária de IRS	790	-	-
Sobretaxa de IRS	-	-	N/D
Revisão e limitação dos benefícios e das deduções fiscais em sede de IRS e de IRC	-	N/D	N/D
Alterações dos escalões e aumento das taxas do IRS	-	-	N/D
Contribuição do setor bancário	-	140	127
Aumento da taxa normal de IVA para 23%	N/D	-	-
Sujeição do consumo de eletricidade e gás natural à taxa normal de IVA	N/D	-	-
Reestruturação das taxas do IVA	-	N/D	-
Contribuição extraordinária de solidariedade	-	6	153
Regime Especial de Regularização Tributária de elementos patrimoniais no exterior (RERT)	50	258	-
Regime extraordinário de regularização de dívidas fiscais e à segurança social (RERD)	-	-	1.277
Concessão do serviço público aeroportuário de apoio à aviação civil	-	800	400
Leilão dos direitos de utilização de frequências de 4.ª geração da rede móvel	-	272	20
Reprivatização da EDP - Energias de Portugal	600	1.672	-
Reprivatização da REN - Redes Energéticas Nacionais	-	496	-
Reprivatização do BPN	-	40	-
Reprivatização dos CTT	-	-	467
Reprivatização da ANA	-	-	993
Transferência dos fundos de pensões do setor bancário	3.263	2.687	-
Transferência dos fundos de pensões da PT	621	476	-
Transferência do fundo de pensões do BPN	-	97	-
Transferência do fundo de pensões do IFAP	-	-	48

Nota: N/D – Não disponível; valores em milhões de euros

Fonte: CGE de 2011 a 2013 e Síntese de Execução Orçamental de dezembro de 2013.

Em conclusão, destaca-se a natureza pontual das operações que originaram a cobrança de receita com relevância para o cumprimento das metas do défice no triénio de vigência do PAEF: as transferências dos fundos de pensões (€ 7.192 M), as reprivatizações e concessões (€ 5.760 M) e a regularização excepcional de dívidas fiscais e à segurança social (€ 1.585 M). A reversibilidade é também outro dos aspetos a referir sobre o conjunto das principais medidas com influência na consolidação orçamental: as reduções remuneratórias e a suspensão dos subsídios de férias e de Natal dos funcionários públicos, reformados e pensionistas; as sobretaxas em sede de IRS; as contribuições do setor bancário e de solidariedade; e as alterações operadas na tributação direta e no regime do IVA.

## 2.4 – Medidas Orçamentais Estruturais

### 2.4.1 – Saúde

O MoU inicial referia a intenção de reformar o sistema de saúde com o objetivo de “Aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais”.

As medidas inicialmente previstas ascendiam a 34, subsistindo 16 na 11.ª atualização, sendo 44 a totalidade das medidas a considerar, tendo presente as que foram adicionadas nos vários MoU e as que foram eliminadas por terem sido consideradas observadas.



Deste universo de 44 medidas dirigidas ao setor da saúde efetuou-se o acompanhamento de 20 sistematizadas da seguinte forma<sup>1</sup>:

- ◆ Plano estratégico do sistema de saúde (1 medida);
- ◆ Taxas moderadoras e deduções fiscais com despesas de saúde (2 medidas);
- ◆ Política do medicamento (11 medidas);
- ◆ Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (2 medidas);
- ◆ Hospitais e transporte de doentes (4 medidas).

Previamente refira-se que os dados relativos à execução financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foram obtidos de duas fontes que apresentam realidades distintas:

- ◆ ACSS – dados disponibilizados sobre o universo do SNS - setor público administrativo (SPA) e setor público empresarial (SPE) - em base de acréscimo modificada, que considera como receita os influxos financeiros ocorridos no ano, independentemente do ano em que se constitui o direito a recebê-los e a despesa corresponde às obrigações para com terceiros geradas no ano, independentemente da sua liquidação financeira, não se encontrando refletido o *stock* de dívida vencida;
- ◆ Direção-Geral do Orçamento (DGO) – dados extraídos do sistema de informação da gestão orçamental (SIGO) sobre o universo do SNS (SPA) em base de caixa.

O perímetro do SNS encontra-se definido pela ACSS de acordo com três critérios cumulativos: i) ser uma entidade pública prestadora de cuidados de saúde; ii) funcionar sob tutela do Ministério da Saúde e ser dele dependente; iii) ser financiada através do SNS<sup>2</sup>. Este perímetro inclui entidades do SPA e as do SPE, excluindo os hospitais PPP.

O universo SNS/SPA abrange os serviços e fundos autónomos do Ministério da Saúde, excluindo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o INFARMED, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), conforme definido pela ACSS no processo de consolidação de contas do SNS (sobre este tema, cfr. Relatório n.º 16/2011 do Tribunal de Contas).

---

<sup>1</sup> Não foram objeto de análise nesta auditoria: 2 medidas a concluir após 2014 (modelo sustentável dos subsistemas públicos de saúde e adoção pelos hospitais EPE do quadro contabilístico das empresas privadas); 9 medidas abrangidas por auditorias do TC, realizadas ou planeadas (reorganização dos cuidados de saúde primários nas USF, reorganização da rede hospitalar, pagamentos em atraso, aprovisionamento centralizado e acompanhamento centralizado das PPP) e 13 medidas de natureza funcional (atividade das farmácias, atividade dos profissionais de saúde, regras de concorrência da prestação de cuidados de saúde, recrutamento dos membros das administrações hospitalares, sistemas de monitorização e prescrição, sistema com indicadores de desempenho económico-financeiro, sistemas de tecnologias de informação e manuais de controlo interno das Administrações Regionais de Saúde).

<sup>2</sup> Cfr. Manual de Consolidação de Contas do Ministério da Saúde de 2012.



## Tribunal de Contas

---

### 2.4.1.1 – Plano estratégico do sistema de saúde

1 *Elaborar um plano estratégico para o sector da saúde, no contexto de, e consistente com, o enquadramento orçamental de médio prazo (4T/2011).*

Na 3.<sup>a</sup> avaliação a medida foi considerada observada, mas referia-se a necessidade de efetuar um ajustamento da versão final do plano estratégico, antes da sua publicação.

Em maio de 2012, foi publicado o Plano Estratégico do Sistema de Saúde – “*Estratégias sustentáveis para a maximização dos ganhos em saúde - Horizonte 2012-2016*” como o documento de referência de médio prazo do Ministério da Saúde.

O Plano identifica quatro eixos estratégicos: i) a cidadania em saúde; ii) equidade e acesso aos cuidados de saúde; iii) qualidade em saúde; iv) eficiência nas políticas de saúde. Identifica também os quatro grandes objetivos prioritários para o sistema de saúde: i) continuar a melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde; ii) garantir a sustentabilidade económica e financeira do SNS, mantendo os princípios fundamentais subjacentes à sua criação; iii) prevenir a doença e promover estilos de vida saudáveis; iv) aprofundar a cooperação internacional no domínio da saúde.

Relativamente ao objetivo de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, o Plano apresenta as medidas que visam o reequilíbrio financeiro de médio prazo do SNS, sistematizadas por áreas de impacto e por sector institucional (SPA e SPE), num total de redução de € 1.350 M, no período de 2011/2016:

- ◆ Alterações legislativas relativas à política do medicamento (€ 199 M);
- ◆ Prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico e fomento da adoção e implementação de normas de prescrição e orientação clínica (€ 244 M);
- ◆ Racionalização de recursos e controlo da despesa (€ 694 M);
- ◆ Outras medidas estruturantes (€ 213 M).

Estas medidas de consolidação orçamental correspondem, no essencial, às medidas previstas no MoU.



## 2.4.1.2 – Taxas moderadoras e deduções fiscais com despesas de saúde

### TAXAS MODERADORAS

2

*Rever e aumentar as taxas moderadoras do SNS através de:*

- *Uma revisão substancial das categorias de isenção atuais, incluindo uma aplicação mais rígida da condição de recursos, em colaboração com o MTSS;*
- *Aumento das taxas moderadoras em determinados serviços, assegurando que as taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários são menores do que as aplicáveis a consultas de especialidade e episódios de urgência;*
- *Legislar a indexação automática das taxas moderadoras do SNS à inflação.*

A 2.<sup>a</sup> avaliação considerou a medida observada com a aprovação do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro<sup>1</sup>, que identificou os cuidados de saúde sujeitos a taxas moderadoras, fixou a regra da sua indexação à inflação e alterou o regime de isenções. A 3.<sup>a</sup> avaliação completou a apreciação do cumprimento da medida com a publicação das Portarias n.ºs 306-A/2011 e 311-D/2011, de 20 e de 27 de dezembro, respetivamente, que aprovaram os novos valores das taxas moderadoras e os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção.

A partir da 2.<sup>a</sup> atualização do MoU estabeleceram-se como objetivos da implementação da medida o encaixe de € 150 M em 2012 e de € 50 M em 2013 em taxas moderadoras. Na 6.<sup>a</sup> atualização foi adicionada à medida a melhoria do sistema de faturação e cobrança de taxas moderadoras, de importâncias devidas pelas companhias de seguros e de reembolso das despesas relativas a cuidados de saúde prestados a doentes estrangeiros. A 7.<sup>a</sup> avaliação referiu que a arrecadação de receitas em 2012 aumentou € 110 M, abaixo da meta, e a 11.<sup>a</sup> reconheceu que as receitas adicionais não alcançaram os € 50 M fixados. A medida deixou de constar da 11.<sup>a</sup> atualização.

Seguidamente apresenta-se a apreciação sobre o cumprimento dos vários objetivos pretendidos com a medida.

#### a) Aumento das taxas moderadoras

O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa consagra o direito à proteção da saúde através de um serviço nacional de saúde universal e geral, tendencialmente gratuito, incumbindo ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

A Lei de Bases da Saúde<sup>2</sup> reforça o carácter universal e tendencialmente gratuito do SNS, prevendo, como medida reguladora do uso dos serviços de saúde, a cobrança de taxas moderadoras e a isenção do seu pagamento para os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos. No mesmo sentido, dispõe o Estatuto do SNS<sup>3</sup>, remetendo para decreto-lei o estabelecimento da relação das isenções em função da situação clínica, dos grupos de risco e dos financeiramente mais desfavorecidos.

<sup>1</sup> Alterado pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, pelas Leis n.ºs 66 -B/2012, de 31 de dezembro, e 51/2013, de 24 de julho, e pelo Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de agosto.

<sup>2</sup> Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

<sup>3</sup> Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.



## Tribunal de Contas

---

No desenvolvimento da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS, o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, regulava a matéria de taxas moderadoras e respetivas isenções em vigor à data da assinatura do MoU, vindo a ser posteriormente revogado pelo supra identificado Decreto-Lei n.º 113/2011, que concretizou os objetivos da medida em análise.

Estabelece o novo regime que são devidas taxas moderadoras pelos seguintes cuidados de saúde: *a)* consultas de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, nomeadamente em entidades convencionadas; *b)* exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas, com exceção dos efetuados em regime de internamento; *c)* atendimento permanente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgência hospitalar; e *d)* hospital de dia.

Comparativamente ao regime anterior verificou-se o aditamento da previsão de pagamento de taxas moderadoras nas consultas de enfermagem, nas consultas não presenciais e nas sessões de hospital de dia. Estabeleceu-se a regra da indexação automática à taxa da inflação divulgada pelo INE, relativa ao ano civil anterior, alterou-se o regime de isenções e condições de acesso às mesmas e estatuíram-se procedimentos de cobrança. Estipulou-se ainda o princípio de que as taxas moderadoras não podem exceder 1/3 dos valores constantes da tabela de preços do SNS<sup>1</sup>.

A Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro<sup>2</sup>, fixou o valor das taxas moderadoras em vigor para 2012 e as Circulares Normativas da ACSS atualizaram os valores das taxas para 2013 e para 2014<sup>3</sup>. A mesma Portaria impôs um limite de € 50 de taxas moderadoras devidas por cada atendimento na urgência, incluindo os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), um limite de € 25 para cada sessão de hospital de dia e de € 50 para cada MCDT individualmente.

No que toca aos anos de 2013 e de 2014, as Leis dos Orçamentos do Estado afastaram a regra da indexação à inflação nas consultas de cuidados de saúde primários (medicina geral e familiar, enfermagem, domiciliárias e não presenciais) e as Circulares Normativas da ACSS mantiveram os valores das taxas moderadoras dos MCDT; releva-se, no entanto, que os montantes das taxas moderadoras dos MCDT se encontram diretamente relacionados com a tabela de preços do SNS, pelo que a respetiva atualização pode provocar alterações nos valores a pagar<sup>4</sup>.

No quadro seguinte sintetiza-se a evolução do valor das taxas moderadoras nas consultas e nos atendimentos urgentes<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Preços a cobrar pelos cuidados prestados no SNS, tendo em conta os custos reais diretos e indiretos e o equilíbrio de exploração.

<sup>2</sup> Revogando as anteriormente previstas na Portaria n.º 1320/2010, de 28 de dezembro.

<sup>3</sup> Circulares n.ºs 05/2013, de 17 de janeiro, e 7/2014, de 14 de janeiro,

<sup>4</sup> Por exemplo, a um intervalo de preços de € 3,50 e € 3,99, corresponde uma taxa moderadora de € 1,00; se o preço de um MCDT aumentar para € 4,00, já a taxa será de € 1,10, porque recai no intervalo seguinte; se, pelo contrário, baixar para um valor inferior a € 3,50, também a taxa moderadora será menor. Salienta-se que os preços do SNS foram alterados em 2013 e em 2014 (Portarias n.ºs 163/2013, de 24 de abril e 20/2014, de 29 de janeiro, respetivamente).

<sup>5</sup> Exceto as sessões de hospital de dia, cuja taxa moderadora corresponde ao valor das taxas aplicáveis aos atos complementares de diagnóstico e terapêutica a realizar, com o limite máximo de € 25.

**Quadro 9 – Valor das taxas moderadoras nos anos de 2011/2014**

(em euros)

Portaria n.º 395 -A/2007, de 30 de março			Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro <sup>1</sup>				Taxa de variação (%)		
Tipologia	2011	2012	2013	2014	2012/ 2011	2014/ 2012	2014/ 2011		
Consultas	Hospitais Centrais	4,60	Consulta de especialidade	7,50	7,75	7,75	63,0	3,3	68,5
	Hospitais Distritais	3,10		141,9	3,3	150,0			
	Centros de Saúde	2,25	Consulta de medicina geral/ familiar ou outra que não a de especialidade	5,00	5,00	5,00	122,2	0,0	122,2
	-		Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em Cuidados de Saúde Primários (CSP)	4,00	4,00	4,00	-	0,0	-
	-		Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em hospitais	5,00	5,15	5,20	-	4,0	-
	-		Consulta sem a presença do utente	3,00	3,00	3,00	-	0,0	-
Serviço domiciliário	4,80	Consulta no domicilio	10,00	10,00	10,00	108,3	0,0	108,3	
Urgências	Urgência Polivalente	9,60	Urgência polivalente <sup>2</sup>	20,00	20,60	20,65	108,3	3,2	115,1
	Urgência básica e médico-cirúrgica	8,60	Urgência médico-cirúrgica	17,50	18,00	18,05	103,5	3,1	109,9
			Urgência básica	15,00	15,45	15,50	74,4	3,3	80,2
	Centros de Saúde	3,80	Serviço de atendimento permanente ou prolongado	10,00	10,30	10,35	163,2	3,5	172,4

(1) Com as atualizações constantes das Circulares Normativas da ACSS n.ºs 05/2013/DPS, de 17 de janeiro, e 7/2014/CD, de 14 de janeiro.

(2) Cfr. Despacho n.º 727/2007, de 15 de janeiro, que definiu a tipologia dos serviços de urgência (urgência polivalente, nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência; urgência médico-cirúrgica, segundo nível de acolhimento das situações de urgência; urgência básica, primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de cariz médico (não cirúrgico, à exceção de pequena cirurgia).

Da análise do quadro supra, resulta que, em média entre 2011 e 2012, o aumento das taxas moderadoras decorrente do novo regime foi de 111%, com destaque para as urgências nos serviços de atendimento permanente (163%), seguido das consultas nos hospitais distritais (142%) e das consultas nos cuidados de saúde primários (122%).

Procedeu-se também à análise da evolução das taxas moderadoras devidas pela realização dos MCDT, refletida no quadro seguinte, apresentando-se o valor médio resultante das taxas moderadoras fixadas nas tabelas de MCDT de cada ano, que evidencia um incremento de cerca de 180% (75% em 2012 face a 2011 e de 60% em 2013 comparativamente com 2012).

**Quadro 10 – Valor médio das taxas moderadoras nos MCDT nos anos de 2011/2014**

(em euros)

MCDT com taxa moderadora	2011	2012	2013	2014	Taxa variação 2014/2011 (%)
	4,06	7,11	11,38	11,36	180,1

Fonte: Portaria n.º 1320/2010, de 28 de dezembro (ano de 2011); tabelas de taxas moderadoras divulgadas no *site* da ACSS (anos 2012 a 2014).

Considerando que o novo regime determinou que as taxas moderadoras não podem exceder 1/3 dos valores constantes da tabela de preços do SNS<sup>1</sup>, o quadro seguinte sintetiza o resultado da verificação do cumprimento desta regra.

<sup>1</sup> Cfr. Portarias n.ºs 132/2009, de 30/1 (alterada pelas Portarias n.ºs 839-A/2009, de 31/7 e 19/2012, de 20/1), 163/2013, de 24/4, e 20/2014, de 29/1. Estas Portarias fixam, para os anos em análise, os preços das prestações de saúde a realizar pelos serviços e instituições do SNS e que servem de base à faturação.



## Tribunal de Contas

Quadro 11 – Valor das taxas moderadoras/preços SNS nos anos de 2012/2014

(em euros)

Tipologia	2012		2013		2014	
	Preço SNS	% taxa moderadora sobre preços SNS	Preço SNS	% taxa moderadora sobre preços SNS	Preço SNS	% taxa moderadora sobre preços SNS
Consulta de especialidade	31,00	24,2	31,00	25,0	31,00	25,0
Consulta de medicina geral/ familiar ou outra que não a de especialidade	31,00	16,1	31,00	16,1	31,00	16,1
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em CSP	15,00	26,7	16,00	25,0	16,00	25,0
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais em hospitais	15,00	33,3	16,00	32,2	16,00	32,2
Consulta sem a presença do utente	25,00	12,0	25,00	12,0	25,00	12,0
Consulta no domicílio	42,00	23,8	34,48	29,0	33,10	30,2
Urgência polivalente	147,00	13,6	112,07	18,4	112,07	18,3
Urgência médico-cirúrgica	108,00	16,2	56,16	32,1	85,91	21,0
Urgência básica	51,00	29,4	31,98	48,3	51,00	30,4
Serviço de atendimento permanente ou prolongado	36,00	27,8	30,00	34,3	36,00	28,8

Fonte: Portarias n.ºs 132/2009, de 30/1 (alterada pelas Portarias n.ºs 839-A/2009, de 31/7 e 19/2012, de 20/1), 163/2013, de 24/4, e 20/2014, de 29/1.

Em 2013 as taxas moderadoras devidas pela urgência básica (€ 15,45, representando 48,3% do preço do SNS) e pelo serviço de atendimento permanente ou prolongado (€ 10,35, representando 34,3% do preço do SNS) eram superiores ao limite de 1/3 atrás mencionado; em 2012, o valor cobrado pela consulta de enfermagem nos hospitais correspondia exatamente a 1/3 do preço SNS, mantendo-se próximo do limite máximo nos dois anos subsequentes. No corrente ano, as taxas moderadoras representam, em média, 24% dos preços do SNS (22% em 2012 e 27% em 2013).

Em contraditório, a ACSS referiu que os preços da urgência básica e do serviço de atendimento permanente ou prolongado fixados para 2013 (Portaria n.º 163/2013) foram alterados pela Portaria n.º 20/2014, a qual fez retroagir os seus efeitos naqueles dois casos à data da entrada em vigor da Portaria anterior, corrigindo a situação acima apontada.

### b) Isenções de taxas moderadoras

O novo regime das taxas moderadoras operou alterações significativas nas isenções face ao anterior, destacando-se: *i)* redução das tipologias de isenções; *ii)* criação da figura da dispensa da cobrança de taxas moderadoras; *iii)* alteração dos critérios de acesso e comprovação das isenções motivadas por insuficiência económica; *iv)* eliminação da redução de 50% do valor das taxas moderadoras para utentes com idade igual ou superior a 65 anos.

Relativamente ao anterior, o regime aprovado apenas manteve a correspondência relativamente a algumas categorias de isenção - crianças até aos 12 anos, grávidas e parturientes, incapacitados das Forças Armadas e doentes transplantados – alterando outras, nomeadamente as relativas a dadores benévolos de sangue, dadores vivos de células e bombeiros, que deixaram de ser totais, para apenas abrangerem as prestações de cuidados de saúde primários e, no caso dos bombeiros, os hospitalares, desde que resultantes da sua atividade.

As isenções anteriormente atribuídas por motivo da situação económica dos utentes (pensionistas e trabalhadores com pensão/rendimento igual ou inferior ao salário mínimo nacional e beneficiários do rendimento social de inserção) foram agregadas numa única situação, a de insuficiência económica, que abrange os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou



inferior a 1,5 do valor do indexante de apoios sociais (IAS), ou seja, € 628,83, fixando a Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, as regras de determinação dos rendimentos, da composição do agregado familiar e de capitação.

Os utentes com doenças crónicas<sup>1</sup>, as quais conferiam uma isenção total aos respetivos portadores, passaram a estar, com algumas exceções, integrados na figura da dispensa de pagamento de taxas moderadoras apenas nos cuidados de saúde relacionados com as respetivas doenças, deixando de serem isentos, exceto se provarem incapacidade igual ou superior a 60%.

Por força das alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, consideraram-se isentos os desempregados com subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 do valor do IAS que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não possam comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos legalmente previstos.

Mais recentemente o Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de agosto, isentou do pagamento de taxas moderadoras as crianças e jovens em processo de promoção e proteção, os menores que se encontrem em cumprimento de medida tutelar de internamento ou de guarda, as crianças e jovens integrados em situação de acolhimento e os requerentes de asilo e refugiados e respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos.

No quadro seguinte apresenta-se a comparação entre as isenções previstas no regime anterior e as atualmente em vigor, bem como o número de utentes registados em cada uma das categorias no período de 2010/2013.

**Quadro 12 – Comparação entre regimes – N.º de utentes por categorias de isenções de taxas moderadoras**

Decreto-Lei n.º 173/2003			Decreto-Lei n.º 113/2011		
Isenções	N.º de Utentes		Isenções	N.º de Utentes	
	2010	2011		2012	2013
Crianças até aos 12 anos de idade	1.405.211	1.360.397	Crianças até aos 12 anos de idade	1.345.055	1.267.671
Doentes transplantados de órgãos	47	74	Doentes transplantados	3.068	3.785
Militares e ex-militares das Forças Armadas incapacitados de forma permanente	215	741	Militares e ex-militares das Forças Armadas incapacitados de forma permanente	2.565	3.367
Dadores benévolos de sangue	192.745	156.487	Dadores benévolos de sangue, nas prestações em CSP	43.390	68.667
Bombeiros	35.354	29.291	Bombeiros nas prestações em CSP e, no exercício da sua atividade, em hospitais	18.494	21.846
Dadores vivos de órgãos, de células de medula óssea ou progenitoras hematopoiéticas	827	1.292	Dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em CSP	733	944
Declaração médica	Grávidas e parturientes <sup>a)</sup>	1.089.104	Grávidas e parturientes	40.002	35.953
	Pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente não inferior a 50%		Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%	94.565	111.309
	Insuficientes renais, diabéticos, hemofílicos, parkinsonicos, tuberculosos, doentes com sida e seropositivos, oncológicos, paramiloidósicos, com doença de Hansen, espondilite anquilosante, esclerose múltipla; doentes portadores de doenças crónicas; doentes mentais crónicos				
	Beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes				
	Beneficiários de subsídio mensal vitalício				

<sup>1</sup> Anteriormente tipificadas no Decreto-Lei n.º 173/2003 e na Portaria n.º 349/96, de 8 de agosto, ambos revogados.



# Tribunal de Contas

Decreto-Lei n.º 173/2003			Decreto-Lei n.º 113/2011			
Isenções	N.º de Utentes		Isenções	N.º de Utentes		
	2010	2011		2012	2013	
Insuficiência económica	Pensionistas com pensão não superior ao SMN, cônjuges e filhos menores dependentes	1.733.783	1.678.443	Utentes em situação de insuficiência económica e dependentes do agregado familiar; desempregados com subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 vezes o IAS, que, devido a situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a insuficiência económica, respetivo cônjuge e dependentes	2.953.765	2.995.389
	Desempregados, cônjuges e filhos menores dependentes					
	Beneficiários de prestação eventual por situações de carência paga por serviços oficiais, cônjuges e filhos menores					
	Trabalhadores por conta de outrem com rendimento mensal não superior ao SMN, cônjuges e filhos menores dependentes					
	Os beneficiários do rendimento social de inserção					
	Internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal					
Potenciais dadores de órgãos de células de medula óssea ou progenitoras hematopoiéticas, quanto aos cuidados de saúde relacionados com a avaliação da possibilidade da dádiva	53	83	Integra a categoria de dispensa de taxas moderadoras			
Alcoólicos e toxicodependentes inseridos em programas de recuperação (recurso a serviços oficiais)	b)	b)	Integra a categoria de dispensa de taxas moderadoras			
Vítimas de violência doméstica	b)	b)	Integra a categoria de dispensa de taxas moderadoras			
<b>Número total de isentos</b>	<b>4.457.339</b>	<b>4.272.870</b>	<b>Número total de isentos</b>	<b>4.501.637</b>	<b>4.508.931</b>	
Redução de 50% para utentes com idade igual ou superior a 65 anos	2.181.534	2.215.691	Sem correspondência			
Sem correspondência			Utentes dispensados de taxas moderadoras	890.120 <sup>c)</sup>	890.120 <sup>c)</sup>	
<b>Total (isenções e reduções)</b>	<b>6.638.873</b>	<b>6.488.561</b>	<b>Total (isenções e dispensas)</b>	<b>5.391.757</b>	<b>5.399.051</b>	

Nota: População portuguesa (censos 2011): 10.562.178.

- A informação prestada pela ACSS não permite distinguir o n.º de grávidas e parturientes dos restantes utentes isentos devido a condições clínicas (isenção designada por "declaração médica"), uma vez que estes dados só passaram a ser recolhidos a partir de 2011.
- Os dados reportados não permitem distinguir estas categorias de utentes.
- A informação prestada pela ACSS nesta categoria não revela fiabilidade tendo em conta que a constância do valor nos dois anos indica que não há um recenseamento concreto e atualizado dos utentes abrangidos.

Fonte: Dados fornecidos pela ACSS.

Em resultado da alteração do regime de isenções, verificou-se que os utentes isentos por força de condições económicas aumentaram 1.275.322 (mais 76%, face a 2011); o número de isentos por declaração médica foi reduzido a 134.567, representando 13% face aos inscritos em 2011; a redução de 50% do valor das taxas moderadoras para utentes com idade igual ou superior a 65 anos beneficiava, em 2011, 2.215.691 utentes.

Em termos totais, em 2012 existiam mais 228.676 utentes isentos do que em 2011, e, face a 2010, mais 44.298; entre 2012 e 2013, verificou-se um aumento de 7.294 utentes isentos. No período de 2010/2013, o número total de utentes isentos representou cerca de 39% do número total de utentes registados.

### c) Evolução da receita cobrada de taxas moderadoras

O quadro seguinte apresenta a evolução das receitas de taxas moderadoras cobradas pelas entidades do SNS pertencentes ao SPA e ao SPE no período de 2010 a 2013.

**Quadro 13 – Receitas de taxas moderadoras nos anos de 2010/2013 – SNS (SPA/SPE)**

(em milhões de euros)

Entidades	Taxas moderadoras				Variação		Taxa de variação (%)		
	2010	2011	2012	2013	2012/2011	2013/2012	2012/2011	2013/2012	2013/2011
Hospitais (SPA e SPE)	42,40	50,05	76,42	85,30	26,38	8,88	52,7	11,6	70,4
Adm. Reg. Saúde (CSP)	25,25	31,87	88,08	89,68	56,21	1,61	176,4	1,8	181,4
Outros	0,03	0,03	0,11	0,08	0,08	-0,03	233,9	-23,7	154,8
<b>Total</b>	<b>67,68</b>	<b>81,95</b>	<b>164,61</b>	<b>175,07</b>	<b>82,66</b>	<b>10,46</b>	<b>100,9</b>	<b>6,4</b>	<b>113,6</b>

Fonte: Dados fornecidos pela ACSS.

No referido período, a receita proveniente de taxas moderadoras aumentou € 107,4 M (159%) em resultado da entrada em vigor do novo regime em 2012, ano em que a receita duplicou face ao ano anterior (mais € 82,7 M face a uma cobrança de € 82 M em 2011).

Este aumento da receita cobrada foi ainda superior se forem consideradas apenas entidades do SNS que integram o SPA com impacto na CGE, conforme se observa no quadro seguinte.

**Quadro 14 – Receitas de taxas moderadoras 2010/2013 – SNS/SPA**

(em milhões de euros)

Entidades	2010	2011	2012	2013	Diferença 2011/2013	Taxa de variação 2011/2013 (%)	Taxa de variação 2010/2013 (%)
Adm. Reg. Saúde (CSP)	25,8	33,0	87,0	100,3	62,9	204,4	289,2
Hospitais (SPA)	3,2	2,3	2,5	2,3	-0,1	-1,8	-28,3
Outros	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	127,4	127,7
<b>Total</b>	<b>29,1</b>	<b>35,4</b>	<b>89,7</b>	<b>102,9</b>	<b>63,0</b>	<b>190,6</b>	<b>253,8</b>

Nota: Em 2011, a cobrança registada no SIGO é inferior em € 0,5 M à do Relatório e Contas do SNS, devido a diferenças de reporte por parte de algumas entidades e à alteração do universo do SPA.

Fonte: SIGO – SFA.

A atualização dos valores das taxas moderadoras em 2012 representou um aumento da receita em 190,6% face ao regime anterior. No que respeita aos hospitais, a diminuição é justificada pela alteração do número de entidades que se encontra no perímetro orçamental com a saída de 13 serviços desde 2010.

Apesar da alteração do regime de taxas moderadoras ter originado um aumento médio de mais de 100% no valor das taxas nas consultas e urgências e de 180% nos MCDT, o peso destas receitas na despesa e receita totais do SNS/SPA continuou a ser residual - em 2012 foi de 0,9% em ambas as componentes e em 2013 representou 1,2% e 1,1% da despesa e da receita, respetivamente, conforme quadro seguinte.

**Quadro 15 – Execução financeira SNS/SPA nos anos de 2010/2013**

(em milhões de euros)

Execução financeira	2010	2011	2012	2013
Despesa (excluindo transferências entre SFA)	9.346,1	8.693,8	9.658,0	8.684,9
Receita (excluindo transferências entre SFA)	9.647,0	8.857,7	10.274,3	8.966,0
Taxas moderadoras	29,1	35,4	89,7	102,9
<b>Peso das taxas moderadoras sobre a despesa (%)</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>1,2</b>
<b>Peso das taxas moderadoras sobre a receita (%)</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>

Fonte: SIGO.



## Tribunal de Contas

### d) Atividade assistencial

Para além do desempenho financeiro decorrente do aumento das taxas moderadoras, é importante conhecer a tendência verificada no período de 2010 a 2013 no que respeita à utilização/prestação dos cuidados de saúde no SNS, não obstante a dificuldade e complexidade em correlacionar a evolução da atividade assistencial com a alteração do regime de taxas moderadoras e/ou outras medidas com possíveis impactos na procura de cuidados de saúde.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução do desempenho assistencial no período em análise, tendo por base a tipologia de atos geradores de taxa moderadora.

**Quadro 16 – Atividade assistencial nos anos de 2010/2013**

(em número)

Tipologia	Anos				Variação		
	2010	2011	2012	2013	2012/2011	2013/2012	2013/2011
CSP – consultas médicas e SAP	34.411.212	33.772.327	31.496.527	31.178.198	-2.275.800	-318.329	-2.594.129
Hospitais - consultas médicas <sup>(a)</sup>	10.810.530	11.081.178	11.300.374	11.623.755	219.196	323.381	542.577
Urgências	6.410.852	6.416.281	5.965.670	6.107.930	-450.611	142.260	-308.351
<b>Subtotal</b>	<b>51.632.594</b>	<b>51.269.786</b>	<b>48.762.571</b>	<b>48.909.883</b>	<b>-2.507.215</b>	<b>147.312</b>	<b>-2.359.903</b>
Sessões de hospital de dia <sup>(b)</sup>	1.218.411	1.252.833	1.240.501	1.228.723	-12.332	-11.778	-24.110
<b>Total</b>	<b>52.851.005</b>	<b>52.522.619</b>	<b>50.003.072</b>	<b>50.138.606</b>	<b>-2.519.547</b>	<b>135.534</b>	<b>-2.384.013</b>

(a) Sem medicina do trabalho.

(b) Sem hemodiálise.

Fonte: ACSS e Contas Gerais do Estado de 2012 e de 2013.

Em termos globais, verificou-se uma quebra da atividade assistencial de 4,5% entre 2011 e 2013, incidindo a quase totalidade sobre os cuidados de saúde primários que se reduziu em 7,7%. Apenas as consultas médicas hospitalares registaram uma variação positiva de 4,9%.

Considerando o número de atos que originaram o pagamento de taxas moderadoras, observa-se no quadro seguinte a mesma tendência de redução da atividade assistencial desde 2011 (7,2%), com exceção das consultas hospitalares, destacando-se os cuidados de saúde primários (13,9%) que por si só representam 70,0% da quebra total.

**Quadro 17 – Atividade assistencial - Atos com taxa moderadora paga nos anos de 2010/2013**

(em número)

Tipologia	2010	2011	2012	2013	2012/2011	2013/2012	2013/2011
Consultas CSP	11.086.359	10.950.619	9.838.029	9.402.414	-1.083.147	-438.051	-1.521.198
Consultas hospitalares	2.589.507	2.695.413	3.001.479	2.974.187	276.527	-29.136	247.391
Urgências	1.557.395	1.648.882	1.305.096	1.209.253	-343.786	-95.843	-439.629
<b>Subtotal</b>	<b>15.233.261</b>	<b>15.294.914</b>	<b>14.144.604</b>	<b>13.585.854</b>	<b>-1.150.406</b>	<b>-563.030</b>	<b>-1.713.436</b>
MCDT	14.324.062	14.969.820	14.720.538	14.569.238	-294.183	-163.983	-458.166
<b>Total</b>	<b>29.557.323</b>	<b>30.264.734</b>	<b>28.865.142</b>	<b>28.155.092</b>	<b>-1.444.589</b>	<b>-727.012</b>	<b>-2.171.601</b>

Fonte: ACSS – Dados enviados em 11/04/2014 e, quanto aos CSP, em 09/07/2014 (data de extração 08/07/2014).

Tendo em conta que a maior quebra na atividade assistencial se deveu aos cuidados de saúde primários, no quadro seguinte apresenta-se a sua desagregação por tipologia de consultas médicas.

**Quadro 18 – Atividade assistencial – tipologia de cuidados de saúde primários nos anos de 2011/2013**

(em número)

Anos	Presenciais		Não presenciais		Domiciliárias		SAP	
	Total	Tx. mod. paga	Total	Tx. mod. paga	Total	Tx. mod. paga	Total	Tx. mod. paga
2011	22.758.433	10.256.555	7.672.215	5	193.147	12.575	3.148.532	681.484
2012	20.999.463	7.178.342	7.980.729	2.161.207	196.721	21.265	2.319.614	477.215
2013	20.986.481	6.872.535	7.978.231	2.119.183	205.991	22.312	2.007.495	388.384

Nota: Dados de 2010 não disponíveis por tipologia de atos.

Fonte: ACSS (BD SINUS, extraída em 08/07/2014) e Contas Gerais do Estado de 2012 e de 2013.

Os dados constantes do quadro anterior revelam uma redução na utilização global de consultas médicas presenciais e do serviço de atendimento permanente, quer no total das consultas quer naquelas que originaram o pagamento de taxa moderadora. No caso das consultas não presenciais, a tendência foi a do seu aumento; salienta-se que até 2012 não eram devidas taxas moderadoras pela prestação desta tipologia de consultas.

No que respeita às consultas domiciliárias verificou-se um aumento de 1,9% entre 2011 e 2012. No entanto, no mesmo período constata-se que o número de consultas domiciliárias com pagamento de taxas moderadoras aumentou de 12.575 para 21.265 (mais 8.690, representativos de um acréscimo de 69,1%).

Em 2013, as consultas presenciais com taxas moderadoras pagas representavam 32,7% do total destas consultas (em 2011, 45,1%), as não presenciais 26,6% (em 2011, como referido, não eram pagas) e as domiciliárias 10,8% (em 2011, 6,5%) e as consultas no SAP 19,3% (em 2011, 21,6%).

**e) Melhoria do sistema de faturação e de cobrança****i) Taxas moderadoras**

O novo regime das taxas moderadoras veio contemplar a regra da cobrança no momento da realização das prestações de saúde, ou, em caso de impossibilidade, nos 10 dias subsequentes à notificação para o seu pagamento e determinou que as entidades prestadoras dos serviços de saúde adotassem procedimentos internos de melhoria do sistema de cobrança, nomeadamente a utilização de meios eletrónicos.

Com a alteração a este regime ocorrida em 2012 (Decreto-Lei n.º 128/2012<sup>1</sup>, alterado pelas Leis n.ºs 66-B/2012 e 51/2013<sup>2</sup>), introduziu-se a qualificação como contraordenação punível com coima a falta de pagamento das taxas no prazo de 10 dias, cabendo à Autoridade Tributária e Aduaneira a instauração dos processos de contraordenação, a aplicação da coima e a cobrança coerciva, e à ACSS o levantamento do auto de notícia.

Para a operacionalização da gestão da cobrança e recuperação dos valores em dívida, o Despacho n.º 12011/2013, de 18 de setembro, do Secretário de Estado da Saúde, determinou o desenvolvimento de um sistema de informação sobre taxas moderadoras (SITAM) a disponibilizar pela SPMS, o qual ainda se encontrava em fase de testes em setembro de 2014, prevendo a ACSS que o mesmo venha a ser alargado a toda a rede de unidades do SNS até ao início de 2015.

<sup>1</sup> Que acolheu a norma constante do artigo 193.º da Lei do OE/2012.

<sup>2</sup> Lei do OE para 2013 e primeira alteração a esta Lei.



## Tribunal de Contas

Seguidamente apresenta-se a evolução dos saldos das dívidas de taxas moderadoras no período de 2010 a 2013.

**Quadro 19 – Taxas moderadoras - valores em dívida nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE)**

(em milhões de euros)

Entidades	2010	2011	2012	2013 (p)
Hospitais	5,7	9,2	10,8	7,0
Cuidados de saúde primários	0,5	8,5	3,6	-2,2
<b>Total em dívida</b>	<b>6,2</b>	<b>17,7</b>	<b>14,3</b>	<b>4,7</b>
<b>Valor faturado</b>	<b>73,9</b>	<b>99,6</b>	<b>178,9</b>	<b>179,8</b>
<b>Peso da dívida/faturação (%)</b>	<b>8,4</b>	<b>17,7</b>	<b>8,0</b>	<b>2,6</b>

Nota: Os valores apresentados correspondem à diferença entre proveitos (extraídos dos balancetes) e valores recebidos (formulário de recebimento de clientes).

Fonte: ACSS

Constata-se que o valor em dívida diminuiu € 13 M entre 2011 e 2013, menos 15,1%; em 2013, encontrava-se em dívida 2,6% do valor faturado<sup>1</sup>.

### ii) Reembolsos das despesas relativas a cuidados de saúde prestados a estrangeiros

Os instrumentos internacionais de coordenação de legislação de segurança social contemplam a concessão de cuidados de saúde a doentes estrangeiros, em regime de reciprocidade, devendo cada Estado estabelecer os meios de obter informação acerca dos doentes, número e tipologia dos atos praticados, com vista ao reembolso das despesas realizadas pelos estabelecimentos de saúde por parte das instituições dos Estados em cujo regime de segurança social se encontram inscritos os doentes.

Nesse contexto, os procedimentos administrativos com vista à faturação e cobrança das despesas incorridas pelos doentes estrangeiros implementados determinam que as entidades do SNS devem debitar às ARS os cuidados de saúde prestados, as quais elaboram listagens das despesas e remetem-nas à ACSS que as envia à segurança social para efeitos da respetiva cobrança. Com base na informação prestada pela segurança social, a ACSS transfere para as ARS um subsídio extraordinário referente ao pagamento dos valores faturados<sup>2</sup>.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução dos valores cobrados e dos montantes em dívida nos anos de 2010 a 2013.

**Quadro 20 – Doentes estrangeiros – cobrança e valores em dívida nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE)**

(em milhões de euros)

	2010	2011	2012	2013	Variação (%) 2013/2010
Cobrança	19,7	50,5	90,9	47,6	141,8
Valores em dívida	22,9	34,7	39,9	(a)	-

(a) Informação não disponibilizada pela ACSS.

Fonte: ACSS.

<sup>1</sup> A relação entre as taxas moderadoras em dívida e o valor faturado pode estar subvalorizado por alguns hospitais apenas registarem as taxas moderadoras quando as cobram (cfr. Relatório n.º 18/2014).

<sup>2</sup> Despacho Conjunto n.º 315/97, de 24 de setembro.



Verifica-se que a taxa de variação da cobrança no período em análise foi de 141,8%, sendo de realçar o aumento acumulado da cobrança verificado entre 2011 e 2012 de € 71,2 M; os valores em dívida ascendiam a € 39,9 M em 2012, dos quais € 22,9 M (57,4%) se reportam a 2010 e anos anteriores.

### iii) Pagamentos efetuados pelas companhias de seguro

Com a finalidade de agilizar a troca de informação entre as entidades do SNS e as empresas de seguros referente à faturação de cuidados de saúde prestados nos hospitais a vítimas de acidentes abrangidos por um contrato de seguro de responsabilidade civil automóvel ou de acidentes de trabalho, foi celebrado em junho de 2011 um protocolo entre a ACSS e a Associação Portuguesa de Seguradores para a implementação de um sistema informático<sup>1</sup>.

No quadro seguinte apresentam-se os valores em dívida pelas companhias de seguros no final dos anos em análise.

**Quadro 21 – Companhias de Seguros – cobrança e valores em dívida nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE)**

(em milhões de euros)

	Anos				Variação (%)	
	2010	2011	2012	2013 (p)	2012/2011	2013/2012
Cobrança	70,1	77,4	46,3	49,4	8,8	-24,0
Valores em dívida	19,9	36,8	40,1	30,5	-40,1	6,7

Fonte: ACSS.

Verifica-se que em 2012 ocorreu uma diminuição dos valores em dívida que representou 40% (€ 31,0 M); relativamente ao período de 2010/2013, a taxa de variação foi de -29,4% (€ 20,6 M).

### f) Aferição global do cumprimento da medida

Conforme anteriormente referido, com a implementação da medida pretendia-se aumentar a cobrança de taxas moderadoras em € 150 M (2012) e em € 50 M (2013). Com a 6.ª atualização, os objetivos quantitativos foram mantidos mas passou a contribuir para o seu cumprimento, para além da revisão das taxas moderadoras, a melhoria do sistema de faturação e cobrança de importâncias devidas pelas companhias de seguros e o reembolso das despesas relativas a cuidados de saúde prestados a doentes estrangeiros.

No quadro seguinte identificam-se os valores cobrados de taxas moderadoras, das importâncias devidas por companhias de seguros e dos valores recebidos pela prestação de cuidados de saúde a doentes estrangeiros.

**Quadro 22 – Cobrança de taxas moderadoras/ companhias de seguros/ doentes estrangeiros nos anos de 2010/2013 - SNS (SPA/SPE)**

(em milhões de euros)

Cobrança	2010	2011	2012	2013 (p)	2012/2011	2013/2012	2013/2011
Taxas moderadoras	67,7	81,9	164,6	175,1	82,7	10,5	93,1
Companhias de seguro	19,9	36,8	40,1	30,5	3,3	-9,6	-6,3
Doentes estrangeiros	19,7	50,5	90,9	47,6	40,5	-43,3	-2,9
<b>Total</b>	<b>107,2</b>	<b>169,2</b>	<b>295,6</b>	<b>253,1</b>	<b>126,4</b>	<b>-42,5</b>	<b>83,9</b>

Fonte: ACSS.

<sup>1</sup> Plataforma FHS – Faturação Hospitalar a Seguradoras”.



## Tribunal de Contas

Conforme se observa da informação constante do quadro, o objetivo fixado para 2012 de um aumento em € 150 M não foi alcançado, tendo sido obtida uma receita adicional face ao ano anterior de € 126,4 M, menos € 23,6 M do que o previsto.

Em 2013, verificou-se, inclusive, uma redução da cobrança em € 42,5 M, em virtude da evolução dos pagamentos relativos às companhias de seguros, à prestação de cuidados a doentes estrangeiros e às dívidas em atraso, que em 2012 tiveram um impacto significativo no aumento da receita; realça-se que apenas foram cobrados em 2013 mais € 10,5 M de taxas moderadoras; neste ano, o desvio foi de € 92,5 M face ao objetivo fixado.

### DEDUÇÕES FISCAIS EM DESPESAS DE SAÚDE

**3** Reduzir substancialmente (em dois terços no total) as deduções fiscais relativas a encargos com a saúde, incluindo seguros privados (3T/2011).

As alterações ao Código do IRS e ao Estatuto dos Benefícios Fiscais introduzidas pela Lei do OE/2012<sup>1</sup> deram cumprimento à medida do MoU ao reduzir em 2/3 as deduções nesta matéria.

As deduções à coleta das despesas de saúde foram reduzidas de 30% para 10%, introduziu-se um limite máximo de 2 vezes o IAS<sup>2</sup>, estabeleceram-se novos limites regressivos e retirou-se o direito à dedução à coleta nos dois últimos escalões de rendimento coletável. As deduções à coleta com prémios de seguros de saúde<sup>3</sup> foram também reduzidas de 30% para 10% e definiram-se novos limites máximos de dedução destas despesas.

O quadro seguinte apresenta os resultados da implementação das novas regras fiscais em termos da evolução do valor global das deduções à coleta, com a discriminação do valor total das deduções referentes a despesas de saúde e respetivo peso.

Quadro 23 – Evolução das deduções à coleta em IRS

(em milhões de euros)

Deduções à Coleta em sede de IRS	Anos				Variação			
	2010	2011	2012	2013 (p)	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2011
Total das deduções	3.851,6	3.575,0	2.806,6	2.565,5	-276,6	-768,4	-241,1	-1.009,5
Deduções das despesas de saúde	698,0	645,1	219,7	211,8	-52,9	-425,4	-7,9	-433,3
<b>Peso das despesas de saúde (%)</b>	<b>18,1</b>	<b>18,0</b>	<b>7,8</b>	<b>8,3</b>	<b>19,1</b>	<b>55,4</b>	<b>3,3</b>	<b>42,9</b>

Fonte: Relatório Despesa Fiscal 2014 (Ministério das Finanças).

Considerando a evolução das deduções à coleta em sede de IRS, constata-se que as deduções com despesas de saúde diminuíram € 425,4 M em 2012, correspondendo a uma queda de 10,2 p.p. do seu peso no total das deduções nesse ano face a 2011. O novo enquadramento fiscal das despesas de saúde contribuiu em 55,4% para a quebra do valor total das deduções à coleta em 2012, pese embora a

<sup>1</sup> Artigos 108.º (alterou os artigos 78.º e 82.º do Código do IRS) e 144.º (alterou o artigo 74.º do Estatuto dos Benefícios Fiscais).

<sup>2</sup> Nos agregados com três ou mais dependentes, o limite é elevado em montante correspondente a 30 % do valor do IAS, por cada dependente, caso existam despesas de saúde.

<sup>3</sup> Abrangendo também as contribuições pagas a associações mutualistas ou a instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde.



redução das deduções em 2/3 em termos normativos não tenha tido igual equivalência nos resultados quantitativos, tendo sido obtidos menos € 24,6 M do que a variação prevista (€ 450,0 M).

### 2.4.1.3 – Política do medicamento

#### MEDICAMENTOS GENÉRICOS

4 *Remover todas as barreiras à entrada de genéricos, especialmente através da redução de barreiras administrativas/legais, com vista a acelerar a comparticipação de genéricos (4T/2011).*

Com esta medida pretendeu-se acelerar a entrada de medicamentos genéricos<sup>1</sup> no mercado através da eliminação da possibilidade de impugnação, com fundamento na proteção dos direitos da propriedade industrial, das decisões proferidas no âmbito dos procedimentos administrativos da concessão das autorizações de introdução no mercado (AIM)<sup>2</sup> e do preço de venda ao público (PVP)<sup>3</sup> por parte das empresas produtoras de medicamentos originais.

A demora causada pela suspensão da AIM e/ou do PVP impedia a comercialização dos medicamentos genéricos e a realização das inerentes poupanças para o SNS e para o utente.

Para a concretização da medida, foi aprovada a Lei n.º 62/2011, de 12 de dezembro, que criou um regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial quando estejam em causa medicamentos de referência e medicamentos genéricos, procedendo à separação entre os atos administrativos de AIM e PVP e a eventual resolução de conflitos em matéria de direitos de

propriedade industrial<sup>4</sup>, e introduziu a sujeição a arbitragem necessária dos litígios emergentes da invocação de direitos de propriedade industrial, incluindo os procedimentos cautelares.

A 3.ª avaliação considerou a medida observada com a publicação da referida Lei; a 3.ª atualização do MoU determinou que fosse apresentado, durante o 1.º trimestre de 2013, um relatório sobre a eficácia desta legislação.

Em 22 de março de 2013 foi publicado o “*Relatório de monitorização da implementação da legislação relativa à remoção das barreiras à entrada de medicamentos genéricos no mercado*” elaborado pelo INFARMED onde se indica que em dezembro de 2011 se encontravam suspensas as AIM de 1.089

<sup>1</sup> Medicamento com a mesma substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e indicações terapêuticas de um medicamento original que serviu de medicamento de referência. A comercialização de medicamentos genéricos depende da proteção de patente atribuída ao medicamento original, sendo que apenas após o esgotamento deste direito de propriedade industrial pode ser comercializado o medicamento genérico.

<sup>2</sup> A comercialização de medicamentos no território nacional está sujeita a autorização do INFARMED.

<sup>3</sup> O preço de venda ao público é o preço máximo para os medicamentos no estágio de retalho.

<sup>4</sup> Estabeleceu-se que a apreciação do INFARMED cinge-se à qualidade, eficácia e segurança do medicamento: i) o pedido de AIM e de PVP não pode ser indeferido com fundamento na existência de direitos de propriedade industrial; ii) a autorização, ou registo, de introdução no mercado de um medicamento não pode ser alterada, suspensa ou revogada com fundamento na existência de direitos de propriedade industrial; iii) o procedimento e a decisão de autorização do PVP do medicamento não têm por objeto a apreciação da existência de direitos de propriedade industrial.



## Tribunal de Contas

medicamentos<sup>1</sup> (correspondentes a 30 DCI<sup>2</sup>) e o PVP de 593 medicamentos (24 DCI); em março de 2013 essas suspensões estavam reduzidas a 320 AIM e 200 PVP, correspondendo a 18 e 15 DCI, respetivamente. O mesmo relatório identificou que após entrada em vigor da Lei n.º 62/2011 apenas dois medicamentos foram suspensos, com efeito na AIM e PVP, referentes a uma nova DCI.

De acordo com relatório do INFARMED “os medicamentos genéricos das substâncias onde existia pelo menos um genérico com igual DCI, forma farmacêutica e dosagem, que se encontravam suspensos mas que foram desbloqueados em 2012, representam 5,5% do mercado total destes produtos, que por sua vez constitui 2,5% do mercado total do SNS, em volume. Decorrente desta diminuição do número de medicamentos suspensos, a estimativa de poupança ocorrida em 2012 com a entrada destes medicamentos genéricos no mercado é de 2 milhões de euros nos encargos do SNS. Esta medida teve um impacto particularmente significativo para os utentes cujos encargos reduziram aproximadamente 3 milhões de euros, isto é, -0,5%.”<sup>3</sup>.

5

*Incentivar os médicos, a todos os níveis do sistema, tanto público como privado, a prescrever genéricos e os medicamentos de marca que sejam menos dispendiosos (3T/2011).*

Uma das medidas de incentivo à prescrição e ao consumo de medicamentos genéricos traduz-se na prescrição por denominação comum internacional da substância ativa (DCI), a qual já se encontrava prevista anteriormente à assinatura do MoU<sup>4</sup>.

A Lei n.º 11/2012, de 8 de março, veio tornar obrigatória a prescrição de medicamentos por DCI. No caso dos medicamentos comparticipados pelo SNS, apenas é admissível a prescrição por denominação comercial em casos excecionais: a) medicamento com substância ativa para a qual não exista medicamento genérico comparticipado ou para a qual só exista original de marca e licenças e b) justificação técnica do médico quanto a insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito em caso de: i) medicamento com margem ou índice terapêutico estreito<sup>5</sup>; ii) fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, de intolerância ou reação adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial; iii) medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração superior a 28 dias.

A Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio, regulamentou a prescrição e dispensa de medicamentos, os modelos de receita médica e as obrigações de informação a prestar aos utentes.

Com a 4.ª atualização do MoU e face ao cumprimento da medida com a publicação da referida Lei foi estabelecido que seria apresentado um relatório em dezembro de 2012 sobre a aplicação da obrigatoriedade da prescrição por DCI; este prazo foi adiado para dezembro de 2013 no âmbito da 7.ª atualização.

Em 30 de outubro de 2013, o INFARMED apresentou um relatório da operação de fiscalização à verificação do cumprimento das disposições regulamentares de prescrição e dispensa de

<sup>1</sup> Constituindo cada medicamento o trinómio nome/forma farmacêutica/dosagem, englobando várias apresentações.

<sup>2</sup> DCI - designação comum internacional recomendada pela Organização Mundial de Saúde para substâncias ativas de medicamentos.

<sup>3</sup> Cfr. página 16.

<sup>4</sup> Quer no Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto (Estatuto do Medicamento), quer na Lei n.º 14/2000, de 8 de agosto (comparticipação dos medicamentos pelo SNS).

<sup>5</sup> Medicamento que tem uma diferença pequena entre a dose terapêutica e a dose tóxica. Por essa razão, a sua utilização ou a troca por um medicamento similar deve ser sempre acompanhada pelo médico. O INFARMED divulga a lista das substâncias ativas com margem ou índice terapêutico estreito.



medicamentos tendo concluído que a utilização de exceções à prescrição por DCI representava 8% em julho, sendo a exceção mais recorrente o tratamento superior a 28 dias.

**6**

*Aumento gradual e significativo da % de medicamentos genéricos para, pelo menos, 30% do total de medicamentos prescritos em ambulatório (em termos de volume), em 2012, e novos aumentos significativos em 2013.*

Esta medida foi introduzida na 3.<sup>a</sup> atualização do MoU, tendo sido adicionados objetivos para 2013 e 2014 fixando-se a percentagem de medicamentos genéricos comparticipados pelo SNS em 45% e 60%, respetivamente, do total de medicamentos prescritos em ambulatório<sup>1</sup> (em termos de volume).

No quadro seguinte apresenta-se a evolução da quota de medicamentos genéricos no mercado do SNS<sup>2</sup> em unidades<sup>3</sup> e em volume<sup>4</sup> no período de 2010 a 2013.

**Quadro 24 – Evolução da quota de medicamentos genéricos no mercado do SNS nos anos de 2010/2013**

(% em n.º unidades e de embalagens)

Quota	2010	2011	2012	2013
Em unidades	31,4%	36,2%	41,2%	44,7%
Em embalagens	26,0%	30,3%	35,3%	39,0%

Nota: Os dados de 2013 incluem, a partir de abril, as embalagens referentes aos subsistemas públicos de saúde integrados no SNS (ADSE, ADM e SAD).

Fonte: INFARMED.

A meta para 2012 foi atingida; porém, em 2013, a quota de medicamentos genéricos no mercado do SNS ficou aquém da meta fixada para esse ano.

Em contraditório, o INFARMED alegou que considera a medida cumprida no ano de 2013, tendo por referência a quota de medicamento genéricos em unidades (45%). Porém, a meta estabelecida no MoU aferia-se em termos de volume (número de embalagens), não tendo sido alterada nas atualizações do MoU.

Considerando o objetivo de alcançar uma meta de 60% em 2014, o Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro, veio prever a possibilidade de serem implementados incentivos à promoção de medicamentos genéricos através da dispensa destes medicamentos poder ser objeto de remuneração adicional às farmácias participantes em programas de saúde pública, à semelhança de soluções de incentivos já existentes noutros países (Bélgica, França, Itália, Suíça e Reino Unido).

No quadro seguinte apresenta-se a evolução dos encargos do SNS com medicamentos genéricos, face ao mercado do SNS.

<sup>1</sup> Dispensados em farmácias.

<sup>2</sup> Percentagem de medicamentos genéricos no total de medicamentos comparticipados pelo SNS dispensados nas farmácias.

<sup>3</sup> Percentagem calculada considerando as unidades de cada embalagem.

<sup>4</sup> Percentagem calculada sobre o número de embalagens.



## Tribunal de Contas

Quadro 25 – Evolução do consumo e dos encargos com medicamentos no mercado do SNS nos anos de 2010/2013

(em milhões de unidades e em milhões de euros)

Anos	Mercado de medicamentos não genéricos - SNS			Mercado de medicamentos genéricos - SNS			Mercado SNS total	
	Unidades	PVP	Encargos SNS	Unidades	PVP	Encargos SNS	Encargos SNS	Encargos utentes
2010	3.555,8	1.786,4	1.188,0	1.630,6	562,9	452,6	1.640,7	708,7
2011	3.266,1	1.618,9	1.046,1	1.855,9	481,8	280,1	1.326,2	774,5
2012	3.052,7	1.442,6	946,0	2.141,5	380,1	227,2	1.173,2	649,5
2013 com subsistemas	3.071,4	1.412,0	915,5	2.483,6	413,2	244,8	1.160,2	665,0
2013 sem subsistemas	2.958,2	1.358,8	885,0	2.410,3	400,2	238,2	1.123,2	635,8
2013 /2010 (com subsistemas)	-13,6%	-21,0%	-22,9%	52,3%	-26,6%	-45,9%	-29,3%	-6,2%
2013 /2010 (sem subsistemas)	-16,8%	-23,9%	-25,5%	47,8%	-28,9%	-47,4%	-31,5%	-10,3%

Nota: Os dados apresentados têm por base o Centro de Conferência de Faturas e não a contabilidade do SNS, sendo, por conseguinte, diversos dos disponibilizados pela ACSS.

Fonte: INFARMED.

Verificou-se que o aumento do consumo de medicamentos genéricos teve um efeito de redução dos encargos do SNS, quer por substituição ao consumo de medicamentos não genéricos, quer por via do seu PVP ser mais baixo. Apesar da subida do consumo de genéricos no mercado do SNS do período em análise (52,3%), a despesa do SNS com estes medicamentos diminuiu (45,9%).

A diminuição verificada nos encargos dos utentes, de 10,3% no período 2010/2013, resultou do efeito conjugado da redução destes encargos no mercado de medicamentos não genéricos do SNS (20,8%) e do aumento dos mesmos no mercado do SNS com medicamentos genéricos (46,8%) decorrente do respetivo aumento de consumo.

### PRESCRIÇÃO

7 *Tornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico, abrangidos por sistemas de comparticipação pública, para todos os médicos tanto no sector público como no sector privado (3T/2011).*

O Estatuto do Medicamento<sup>1</sup> previa que a prescrição de medicamentos fosse preferencialmente efetuada por via eletrónica; por sua vez o Decreto-Lei n.º 242-B/2006, de 29 de dezembro<sup>2</sup>, estabelecia que a comparticipação de medicamentos pelo SNS dependia de prescrição de receita médica eletrónica ou manual.

O Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro<sup>3</sup>, determinou que, a partir de 1 de março de 2011, a comparticipação do Estado apenas seria possível mediante receita médica eletrónica, remetendo-se para portaria a sua regulamentação. A Portaria n.º 198/2011, de 18 de maio<sup>4</sup>, fixou as regras de prescrição de medicamentos comparticipados, prevendo exceções à receita eletrónica nos casos de prescrição no domicílio, de falência do sistema eletrónico, de profissionais com volume de prescrição igual ou inferior a 50 receitas por mês e de outras situações excecionais de inadaptação comprovada,

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 176/2006.

<sup>2</sup> Regula o sistema de pagamento às farmácias da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.

<sup>3</sup> Que alterou o referido Decreto-Lei n.º 242-B/2006.

<sup>4</sup> Apesar de a portaria entrar em vigor em 1 de julho de 2011, a Circular Informativa da ACSS n.º 24-CD/STIC, de 1 de julho, veio admitir as receitas manuais até 1 de agosto de 2011 face à necessidade de criar condições para generalização das receitas eletrónicas.



precedidas de registo e confirmação na ordem profissional respetiva<sup>1</sup>. Refira-se que no caso de medicamentos não comparticipados a prescrição eletrónica continuou a ser facultativa.

Posteriormente, a Lei n.º 11/2012, de 8 de março<sup>2</sup>, generalizou a regra da prescrição eletrónica a todos os medicamentos, consoante da Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio<sup>3</sup>, o regulamento da prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica, as condições de dispensa de medicamentos e as obrigações de informação a prestar aos utentes, bem como as exceções à utilização da receita eletrónica, similares às referidas na Portaria n.º 198/2011, reduzindo-se porém a 40 por mês o volume de receitas que permite a sua emissão manual.

A prescrição por via eletrónica encontra-se sujeita à sua materialização (impressão da receita médica resultante da prescrição efetuada por meios eletrónicos), mas prevê-se a desmaterialização do circuito de prescrição, dispensa e conferência de medicamentos<sup>4</sup>.

No âmbito do cumprimento da medida sob análise, foram publicados pelo Governo dois relatórios, o primeiro datado de 15 de novembro de 2011 e o segundo de agosto de 2012, cobrindo o período entre fevereiro de 2011 e junho de 2012<sup>5</sup>. A evolução mensal do número de receitas eletrónicas e manuais encontra-se sumariada no quadro seguinte e teve por base os dados reportados às datas constantes dos relatórios.

**Quadro 26 – Evolução mensal do número de receitas eletrónicas**

(em milhares)

Tipologia	Fevereiro 2011				Setembro 2011				Junho 2012			
	Receitas			Rec. Eletr. %	Receitas			Rec. Eletr. %	Receitas			Rec. Eletr. %
	Eletrónicas	Manuais	Total		Eletrónicas	Manuais	Total		Eletrónicas	Manuais	Total	
CSP	3.056	240	3.296	92,7	3.580	118	3.698	96,8	3.482	46	3.529	98,7
Hospitais SNS	591	185	776	76,2	773	42	816	94,8	793	19	811	97,7
Medicina privada	85	1.125	1.209	7,0	478	629	1.107	43,2	830	297	1.126	73,7
<b>Total</b>	<b>3.733</b>	<b>1.550</b>	<b>5.282</b>	<b>70,7</b>	<b>4.831</b>	<b>790</b>	<b>5.620</b>	<b>86,0</b>	<b>5.105</b>	<b>362</b>	<b>5.467</b>	<b>93,4</b>

Nota: De acordo com os relatórios, os dados reportam-se a receitas comparticipadas aceites pelo Centro de Conferência de Faturas.

Fonte: Relatórios - Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório (novembro 2011) e Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (agosto 2012).

Conforme se observa, a percentagem das receitas eletrónicas sobre o total de receitas comparticipadas pelo SNS aceites pelo Centro de Conferência de Faturas (CCF)<sup>6</sup> teve uma evolução positiva, de 71% em fevereiro de 2011 para 93% em junho de 2012.

O setor público (CSP e Hospitais SNS) apresentou no último período de referência uma adesão à prescrição eletrónica de 99% (em fevereiro de 2011, registava 90%).

<sup>1</sup> A especificação destas situações excecionais consta do Despacho n.º 9187/2011, de 21 de julho.

<sup>2</sup> Alterou o Estatuto do Medicamento.

<sup>3</sup> Revogando a anterior Portaria n.º 198/2011.

<sup>4</sup> Cfr. Despacho n.º 4322/2013, do Secretário de Estado da Saúde.

<sup>5</sup> O primeiro relatório reporta-se ao período de fevereiro a setembro de 2011 e o segundo cobre os meses de fevereiro de 2011 a junho de 2012.

<sup>6</sup> Responsável, a nível nacional, pelo processo de conferência de faturas, desde a receção dos ficheiros e documentos de prescrição e prestação até ao apuramento dos valores devidos pelo SNS. Iniciou atividade em março de 2010 e a sua gestão é assegurada por uma entidade privada através de contrato de prestação de serviços, sendo os equipamentos e sistemas de informação necessários às operações propriedade da ACSS (cfr. RCM n.º 96/2007, de 23 de julho).



## Tribunal de Contas

Destaca-se a medicina privada, representativa de cerca de ¼ do número de receitas comparticipadas, em que o peso das receitas por via eletrónica evoluiu de 7,0% para 73,7% entre fevereiro de 2011 e junho de 2012, sendo o setor onde o impacto da medida mais se fez notar.

No quadro seguinte indicam-se os dados relativos à evolução do número de receitas emitidas manualmente, discriminados por tipo de exceções à prescrição eletrónica e origem do prescriptor em conformidade com a informação constante dos relatórios publicados.

**Quadro 27 – Receitas manuais – evolução por tipologia das exceções**

(em unidades)

	Período	Prescrição no domicílio	Falência do sistema eletrónico	Volume de receitas	Inadaptação	Sem identificação
CSP	Setembro 2011	2.574	68.747	1.269	3.632	42.194
	Junho 2012	5.075	32.756	884	3.252	4.509
Hospitais SNS	Setembro 2011	507	16.141	1.305	1.535	22.997
	Junho 2012	1.185	12.594	1.122	1.837	2.112
Medicina privada	Setembro 2011	41.222	323.193	82.432	49.836	131.981
	Junho 2012	41.342	135.892	53.972	42.424	23.144
<b>Total Setembro 2011</b>		44.303	408.081	85.006	55.003	197.172
<b>Total Junho 2012</b>		47.602	181.242	55.978	47.513	29.765
<b>Taxa de variação (2012/2011)</b>		7,4	-55,6	-34,1	-13,6	-84,9

Nota: de acordo com os relatórios, os dados reportam-se a receitas comparticipadas aceites pelo Centro de Conferência de Faturas.

Fonte: Relatórios - Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório (novembro 2011) e Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (agosto 2012).

Verificou-se que entre setembro de 2011 e junho de 2012 o número de receitas manuais sem identificação da exceção diminuiu significativamente (85%), assim como os casos fundamentados na falência do sistema eletrónico (56%); refere-se no relatório de novembro de 2012 que “*Em todos os sectores, a exceção por falência do sistema é a mais elevada (...), embora a tendência seja decrescente. É difícil a monitorização do recurso a esta exceção sendo que representa menos de 1% dos momentos de prescrição no SNS.*”

No que respeita aos MCDT, o Despacho n.º 9186/2011, de 21 de julho, determinou que, a partir de 1 de setembro de 2011, a prescrição de MCDT cujos encargos sejam suportados por verbas do SNS, apenas pode ser feita através de documento eletrónico<sup>1</sup>. A prescrição manual apenas é admitida excecionalmente em caso de falência dos sistemas de informação que suportam a prescrição eletrónica<sup>2</sup>. Refira-se que os MCDT, para que possam ser comparticipados pelo SNS, não podem ser requisitados no âmbito da medicina privada, encontrando-se restrita a prescrição às unidades de CSP do SNS (quanto aos hospitais do SNS, devem usar a sua capacidade instalada para a realização de MCDT, não podendo recorrer às entidades convencionadas pelas ARS<sup>3</sup>).

No relatório de agosto de 2012 refere-se que “*em junho de 2012, registaram-se no Centro de Conferência de Faturas (CCF) 1.547.820 pedidos de requisições de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica*

<sup>1</sup> Anteriormente, o Despacho n.º 3956/2010, 4 de março, também do Secretário de Estado da Saúde, já previa que a requisição de MCDT, cujos encargos fossem suportados pelo SNS, deveria ser efetuada sob a forma de documento pré-impresso, impresso por meios informáticos ou eletrónicos.

<sup>2</sup> Cfr. Despacho n.º 10783-A/2011, de 31 de agosto.

<sup>3</sup> Cfr. Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto.



(MCDT) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Destes, 98% correspondem a requisições Eletrónicas e 2% a Manuais”<sup>1</sup>.

## DESPESA PÚBLICA COM MEDICAMENTOS

Um dos objetivos das medidas na área da saúde constantes do MoU (inicial e subsequentes) era o de gerar poupanças na despesa pública com medicamentos de modo a que não excedesse 1,25% do PIB até final de 2012 e 1% do PIB em 2013 e em 2014. De seguida apresentam-se as medidas acordadas nos memorandos que se entende contribuirão de uma forma direta para o alcance deste objetivo.

8

*Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias, na base da experiência adquirida noutros Estados Membros. O novo sistema deverá assegurar uma redução na despesa pública com medicamentos e incentivar a venda de medicamentos menos dispendiosos. O objetivo é que lucros menores na distribuição contribuam, pelo menos, com um mínimo de 50 milhões de euros para a redução da despesa pública em medicamentos (4T/2011).*

9

*Se o novo sistema de cálculo de margens de lucro não produzir o efeito estimado, introduzir-se-á uma contribuição sob a forma de um desconto médio (reembolso) que será calculado sobre a margem de lucro. O desconto reduzirá a margem de lucro em pelo menos 3 pontos percentuais. O desconto será cobrado mensalmente pelo Estado através do CCF, preservando a rentabilidade das farmácias mais pequenas situadas em zonas remotas com menor faturação (Isto deverá realizar-se se o novo sistema de cálculo de margens de lucro não produzir as poupanças estimadas nos lucros de distribuição) (1T/2012).*

Na 2.<sup>a</sup> atualização especificou-se que o objetivo de poupança de € 50 M com a alteração das margens de lucro das distribuidoras e das farmácias deveria ocorrer em 2012 (medida 8) e que o desconto médio seria de 2 p.p. no caso das farmácias e 4 p.p. no caso dos grossistas (medida 9<sup>2</sup>). A 3.<sup>a</sup> atualização deixou de mencionar a medida 8, mas determinou que fosse apresentado um relatório de avaliação intercalar das poupanças obtidas com a alteração do cálculo das margens de lucro das empresas grossistas e das farmácias (3.<sup>o</sup> trimestre de 2012). Estas duas medidas deixaram de constar dos memorandos a partir da 6.<sup>a</sup> atualização.

O anterior regime estabelecia que as margens máximas de comercialização dos medicamentos participados e não participados eram de 8% para os grossistas e de 20% para as farmácias, calculadas sobre o PVP, deduzido do IVA<sup>3</sup>.

O PVP é o preço máximo para os medicamentos no estágio de retalho, sendo composto pelo preço de venda ao armazenista (PVA - preço máximo para os medicamentos no estágio de produção ou importação), pelas margens de comercialização do grossista e do retalhista, pela taxa sobre a comercialização de medicamentos<sup>4</sup> e pelo IVA.

Em cumprimento dos compromissos constantes das medidas em análise, foi publicado o Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que, revogando o anterior regime, fixou as novas margens de

<sup>1</sup> O relatório considera um universo representativo dos pedidos realizados no setor dos CSP, exceto entidades integradas em ULS.

<sup>2</sup> Adiado-se o seu cumprimento para o 3.<sup>o</sup> trimestre de 2013.

<sup>3</sup> Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março, na redação do Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio.

<sup>4</sup> Correspondente a 0,4% do volume de vendas de cada medicamento, calculada sobre um PVP de referência, incluindo os vendidos no mercado hospitalar, sendo devida pelos titulares AIM ou pela entidade que fique responsável, por indicação do primeiro, pela sua comercialização (cfr. Decreto-Lei n.º 282/95, de 26 de outubro).



## Tribunal de Contas

comercialização dos medicamentos, as quais passaram a incidir, regressivamente, sobre o preço de venda ao armazenista (PVA), introduzindo uma componente fixa, conforme se sintetiza seguidamente.

DL 112/2011 PVA	Grossistas		Retalhistas	
	Margem	Comissão	Margem	Comissão
até € 5	11,20%		27,90%	
entre € 5,01 e € 7	10,85%		25,70%	€ 0,11
entre € 7,01 e € 10	10,60%		24,40%	€ 0,20
entre € 10,01 e € 20	10,00%		21,90%	€ 0,45
entre € 20,01 e € 50	9,20%		18,40%	€ 1,15
acima de € 50		€ 4,60		€ 10,35

A alteração da forma de cálculo das margens, que anteriormente recaía sobre o PVP, deduzido do IVA, traduziu-se numa diminuição das margens dos grossistas e dos retalhistas, conforme se exemplifica através de medicamento com um PVA de € 10:

### Exemplo - Medicamento - PVA - 10€

Regime anterior (DL 65/2007)	Regime DL 112/2011
PVP sem IVA = PVA 10€ + 8% PVP + 20% PVP = 13,88€	PVP sem IVA = 10€ + 1,06€ + 2,64€ = 13,70€
Margem grossista = 13,88€ x 8% = 1,11€	Margem grossista = 10€ x 10,6% = 1,06€
Margem farmácia = 13,88€ x 20% = 2,77€	Margem farmácia = 10€ x 24,4% = 2,44€ + 0,20€ = 2,64€

**Regime DL 112/2011** Margem do grossista sobre o PVP sem IVA – 1,06€ / 13,70€ x 100 = 7,7% (anteriormente 8%)

**Regime DL 112/2011** Margem da farmácia sobre o PVP sem IVA – 2,64€ / 13,70€ x 100 = 19,3% (anteriormente 20%)

Em 5 de fevereiro foi publicado o Decreto-Lei n.º 19/2014 que procedeu à revisão das margens de comercialização, valorizando a componente fixa em detrimento da componente variável, conforme se expõe.

DL 19/2014 PVA	Grossistas		Retalhistas	
	Margem	Comissão	Margem	Comissão
até € 5	2,24%	0,25€	5,58%	0,63€
entre € 5,01 e € 7	2,17%	0,52€	5,51%	1,31€
entre € 7,01 e € 10	2,12%	0,71€	5,36%	1,79€
entre € 10,01 e € 20	2,00%	1,12€	5,05%	2,80€
entre € 20,01 e € 50	1,84%	2,20€	4,49%	5,32€
acima de € 50	1,18%	3,68€	2,66%	8,28€

Tomando o mesmo exemplo de um medicamento com um PVA de € 10, verifica-se que as margens grossista e retalhista sofreram uma maior redução face à anterior fórmula de cálculo.

### Exemplo - Medicamento - PVA - 10€

Regime anterior (DL 65/2007)	Regime atual (DL 19/2014)
PVP sem IVA = PVA 10€ + 8% PVP + 20% PVP = 13,88€	PVP sem IVA = 10€ + 0,92€ + 2,33€ = 13,25€
Margem grossista = 13,88€ x 8% = 1,11€	Margem grossista = 10€ x 2,12% + 0,71€ = 0,92€
Margem farmácia = 13,88€ x 20% = 2,77€	Margem farmácia = 10€ x 5,36% + 1,79€ = 2,33€

**Regime atual** Margem do grossista sobre o PVP sem IVA – 0,92€ / 13,25€ x 100 = 6,94% (anteriormente 8%)

**Regime atual** Margem da farmácia sobre o PVP sem IVA – 2,33€ / 13,25€ x 100 = 17,58% (anteriormente 20%)



O INFARMED realizou dois relatórios de monitorização do impacto da alteração das margens de comercialização (de 5 de julho e de 10 de setembro de 2012), sendo que o primeiro abrangeu os medicamentos dispensados no mercado do SNS no período compreendido entre janeiro e abril de 2012 e o segundo entre janeiro e junho do mesmo ano.

No segundo relatório, que contempla o período coberto pelo primeiro, o INFARMED estimou que esta medida representou numa poupança nos encargos do SNS com medicamentos de € 19,6 M (redução de 3,2%) e para os utentes de € 7,4 M (menos 2,2%)<sup>1</sup>. Relativamente à remuneração das farmácias e dos grossistas, foi estimada uma redução de 10,4% e de 9,4%, respetivamente, face ao anterior regime das margens de comercialização. Tendo em conta estes dados parcelares, o INFARMED previu uma poupança total de cerca de € 46 M nos encargos do SNS para o ano de 2012, abaixo do valor definido na medida do MoU (€ 50 M).

No relatório realça-se, como limitação, a dificuldade de isolar o impacto financeiro da alteração das margens de comercialização face ao conjunto de outras medidas implementadas no mesmo período.

No que toca à medida 9, não foi aplicada, conforme informação prestada pela ACSS.

**10** *Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca com uma substância ativa similar (3T/2011).*

Na 1.<sup>a</sup> atualização esta medida sofreu modificações, tendo sido revista a redução para 50% e acrescentado que os preços dos medicamentos seriam reduzidos automaticamente após a expiração da respetiva patente<sup>2</sup>.

O artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 112/2011 estabeleceu que o PVP dos medicamentos genéricos a introduzir no mercado nacional é inferior no mínimo em 50% ao PVP do medicamento de referência ou inferior em 25% quando o PVA do medicamento de referência se situar abaixo de € 10.

Na parte que respeita à redução automática do preço dos medicamentos após a expiração da patente, a medida foi sucessivamente adiada e reformulada<sup>3</sup> ficando ligada ao objetivo quantitativo da despesa pública com medicamentos e apenas como medida de contingência.

**11** *Rever o sistema atual de preços de referência<sup>4</sup> baseado em preços internacionais, alterando os países de referência para os três países da UE com os níveis de preços mais baixos ou para países com níveis comparáveis em termos de PIB per capita (4T/2011).*

O regime da formação dos preços dos medicamentos constava do Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março, o qual estabelecia que o preço inicial do medicamento formava-se através da comparação com

<sup>1</sup> A metodologia adotada pelo INFARMED consistiu na comparação dos dados calculados com as novas margens com um cenário de não implementação da medida (antigas margens).

<sup>2</sup> 20 anos – artigo 99º do Código da Propriedade Industrial.

<sup>3</sup> A partir da 8.ª/9.ª atualização passou a fazer-se referência à promulgação de legislação que preveja uma redução automática em 50% do preço dos medicamentos não patenteados que tenham tido uma autorização de mercado de 15 anos e que não sejam sujeitos à concorrência dos genéricos no mercado português.

<sup>4</sup> Preço de referência: valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogéneos, correspondente à média dos 5 preços mais baixos (preços praticados) dos medicamentos que integram cada grupo homogéneo; grupo homogéneo: conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, dosagem e via de administração, forma farmacêutica ou com formas farmacêuticas equivalentes, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado. Valor a pagar pelo utente = PVP- (preço de referência x taxa de comparticipação).



## Tribunal de Contas

---

a média dos preços dos países de referência, sendo o valor assim obtido o preço máximo a praticar nos estádios de produção ou de importação. Os países de referência eram a Espanha, a Itália, a França e a Grécia<sup>1</sup>.

O Decreto-Lei n.º 112/2011<sup>2</sup> definiu novos países de referência (Espanha, Itália e Eslovénia); posteriormente, o Decreto-Lei n.º 34/2013, de 27 de fevereiro, estipulou, como critério para a sua definição, os três países da UE que, face a Portugal, apresentem ou um PIB *per capita* comparável em paridade de poder de compra ou um nível de preços de medicamentos mais baixo, dando cumprimento à medida do MoU em análise. Este último diploma estabeleceu também que os referidos países seriam anualmente definidos por portaria até ao dia 15 de novembro do ano anterior.

Em cumprimento desta disposição legal, a Portaria n.º 91/2013, de 28 de fevereiro, estabeleceu como países de referência a considerar em 2013 para efeitos de revisão anual de preços dos medicamentos, a Espanha, a França e a Eslováquia. Para 2014, a Portaria n.º 335-A/2013, de 15 de novembro, fixou a Eslovénia, a Espanha e a França. Em ambos os anos, atendeu-se ao critério do nível de preços de medicamentos mais baixo.

**12** *Transferir a responsabilidade pela formação dos preços dos medicamentos para o Ministério da Saúde, por exemplo, para o INFARMED (4T/2011).*

Esta medida, introduzida na 1.ª atualização, foi cumprida através do Decreto-Lei n.º 152/2012, de 12 de julho, que atribuiu ao INFARMED a competência para autorizar o PVP dos medicamentos, bem como regular os preços dos medicamentos comparticipados ou a participar, sem prejuízo da audição da Direção-Geral das Atividades Económicas (entidade que anteriormente exercia estas competências).

**13** *Monitorizar mensalmente a despesa com medicamentos de forma a garantir que a despesa pública global nesta área não exceda 1,25% do PIB, em 2012, e 1% do PIB em 2013.*

**14** *Caso se venha verificar um desvio da despesa pública face ao objetivo fixado para 2013, o Governo irá implementar medidas de contingência que incluirão reduções administrativas de preços (além da revisão anual de preços), designadamente promovendo a promulgação de legislação que preveja uma redução automática em 50% do preço dos medicamentos sem genéricos e autorizados no mercado há já 15 anos (2T/2013).*

Apesar desta medida apenas ter sido autonomizada na 3.ª atualização, as metas da despesa com medicamentos já constavam dos objetivos iniciais da apresentação das medidas na área da saúde desde o memorando inicial, tendo sido introduzida a referência à monitorização mensal desta despesa. Na 10.ª atualização foi acrescentado o limite quantitativo da despesa aplicável ao ano de 2014 (1% do PIB).

Relativamente aos encargos do SNS com medicamentos, existem duas entidades que efetuam a sua monitorização, o INFARMED, que divulga mensalmente desde 2006/2007 análises do mercado de medicamentos (subdividido em ambulatorio, hospitalar e vendas de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias) e a ACSS, enquanto entidade central do Ministério da Saúde, a quem compete a gestão dos recursos financeiros afetos ao SNS, incluindo a elaboração e execução do

---

<sup>1</sup> O PVP dos medicamentos é determinado com base na média dos PVA em vigor nos países de referência.

<sup>2</sup> Revogando o Decreto-Lei n.º 65/2007.



respetivo orçamento. Os dados apresentados pelo INFARMED reportam-se ao consumo de medicamentos e os da ACSS à faturação/contabilidade do SNS, pelo que os mesmos não são coincidentes.

Assim, o INFARMED divulga os dados do consumo no mercado ambulatorio que são disponibilizados pelo CCF, os quais se encontram sujeitos a atualizações por parte desta entidade, e os do mercado hospitalar<sup>1</sup> que são valorizados por cada hospital de acordo com os seus critérios de imputação de custos aos medicamentos, podendo incluir, ou não, eventuais descontos comerciais, *rappel* ou outras formas de desconto atribuídas pela indústria farmacêutica no âmbito dos concursos públicos de aquisição de medicamentos. Por sua vez, a ACSS utiliza os dados contabilísticos comunicados pelas unidades de saúde que, no mercado ambulatorio, podem incluir acertos de faturação calculados fora do CCF e, no mercado hospitalar, integram preços líquidos (preços brutos abatidos dos descontos) e estimativas que não são registadas no sistema de gestão da farmácia (corte de operações de final do ano).

O quadro seguinte evidencia a diferença na despesa final com medicamentos apurada por cada uma destas entidades e para cada um dos mercados.

**Quadro 28 – Diferença no apuramento da despesa com medicamentos no SNS – INFARMED e ACSS**

(em milhões de euros)

Mercado	INFARMED (1)				ACSS (2)			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Ambulatório	1.640,7	1.326,2	1.173,2	1.160,2	1.707,5	1.381,9	1.224,5	1.214,5
Hospitalar	1.028,1	1.043,9	1.017,9	974,8	1.077,6	1.096,0	955,6	920,0
<b>Total</b>	<b>2.668,8</b>	<b>2.370,1</b>	<b>2.191,1</b>	<b>2.135,0</b>	<b>2.785,1</b>	<b>2.477,9</b>	<b>2.180,1</b>	<b>2.134,5</b>

<b>Diferença – mercado ambulatório (2)-(1)</b>	66,2	55,7	51,3	54,3
<b>Diferença – mercado hospitalar (2)-(1)</b>	49,5	52,1	-62,3	-54,8
<b>Diferença – mercado total (2)-(1)</b>	115,4	107,8	-11,0	-0,5

Fonte: INFARMED e ACSS.

No período de 2010 a 2013, a despesa total com medicamentos reportada pela ACSS é superior à apurada pelo INFARMED, com exceção para o ano de 2012 devido à despesa no mercado hospitalar ter sido inferior à daquele instituto (situação idêntica ocorrida em 2013 mas que foi compensada pela diferença no mercado ambulatório).

#### a) Acordo com indústria farmacêutica

No sentido de contribuir para o cumprimento dos objetivos para a despesa pública em 2012 e 2013 foi celebrado, em 14 de maio de 2012, um acordo entre os Ministros das Finanças, da Economia e Emprego e da Saúde e a Indústria Farmacêutica, representada pela APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, através do qual a indústria farmacêutica se comprometeu ao pagamento de uma contribuição na parte que excedesse os objetivos de despesa pública<sup>2</sup>. Com a assinatura deste acordo, a medida 14 não foi implementada.

<sup>1</sup> Consumos reportados com base no Código Hospitalar Nacional de Medicamentos para as 47 entidades hospitalares do SNS que correspondem à totalidade dos hospitais do SNS com gestão pública.

<sup>2</sup> Desde 1997 que têm vindo a ser celebrados acordos com a indústria farmacêutica com a finalidade deste setor colaborar na redução da despesa pública com medicamentos mediante uma contribuição.



## Tribunal de Contas

---

Este acordo estipulou que o objetivo de despesa pública com medicamentos em 2012 seria de € 2.038 M<sup>1</sup>, correspondendo € 842 M ao mercado hospitalar e € 1.196 M ao mercado ambulatorio<sup>2</sup>. Nesse contexto, as empresas aderentes ao acordo aceitaram colaborar numa redução da despesa em € 300 M, face aos valores verificados no ano de 2011, dos quais € 170 M no mercado hospitalar e € 130 M no mercado ambulatorio.

Para 2013, o objetivo nominal de despesa pública com medicamentos não se encontrava definido no acordo, remetendo-se para os compromissos estabelecidos no PAEF, o qual é omissivo.

Em 19 de setembro de 2013 foi estabelecido um aditamento ao referido acordo através do qual a indústria farmacêutica se comprometeu a contribuir, nesse ano, com € 122 M para a redução da despesa pública com medicamentos no mercado hospitalar. Este aditamento não indicou os objetivos máximos de despesa pública com medicamentos com a discriminação dos valores nominais da despesa por mercado ambulatorio e por mercado hospitalar.

As cláusulas 6.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> do acordo determinaram a constituição, pela indústria farmacêutica, de dois fundos, um para a despesa hospitalar e outro para a de ambulatorio, cuja finalidade foi a do pagamento por parte das empresas aderentes ao acordo das respetivas contribuições<sup>3</sup>.

A Portaria n.º 407/2012, de 14 de dezembro, procedeu à criação destes dois Fundos de Gestão das Contribuições Especiais da Indústria Farmacêutica para a Estabilização SNS para os mercados ambulatorio e hospitalar, estabelecendo que, caso os objetivos máximos da despesa não fossem atingidos, os valores devidos pela indústria farmacêutica constituíam receita do SNS, afeta ao pagamento a fornecedores<sup>4</sup>.

Para 2014 foi celebrado novo acordo com a APIFARMA em 26 de abril desse ano, comprometendo-se a indústria farmacêutica a contribuir com € 160 M para alcançar o objetivo de despesa pública com medicamentos de € 2.000 M. Este acordo não efetua a distinção da contribuição e da despesa por mercado ambulatorio e mercado hospitalar.

Relativamente à metodologia de apuramento da despesa pública com medicamentos o MoU e o acordo celebrado em 2012 não identificam a fonte dos dados para esse efeito. O acordo celebrado em 2014 refere expressamente a utilização dos dados fornecidos pelo INFARMED para efeitos da aferição do cumprimento do objetivo de despesa pública com medicamentos no SNS.

Quanto ao cumprimento dos objetivos definidos no acordo para 2012, a ACSS informou que:

- ◆ Mercado ambulatorio - “No âmbito do mercado ambulatorio, e não obstante o referencial de despesa de 1.196 M€, foi apurada uma redução efectiva de despesa de 153 M€, tendo por base dados finais disponibilizados pelo INFARMED (1.173 M€ de despesa em 2012 vs 1.326 M€ de despesa apurada em 2011). Considerou-se, deste modo, não só atingido, como ultrapassado, o objectivo de 130 M€ referido no n.º 2 da cláusula 3.ª do Acordo”, concluindo que, face ao cumprimento do objetivo de redução

---

<sup>1</sup> Considerando que a cláusula 3.ª determina que o valor considerado do PIB é de € 170.000 M, o limite quantitativo para a despesa pública em 2012 (1,25% do PIB) corresponderia a € 2.125 M.

<sup>2</sup> Farmácias.

<sup>3</sup> Correspondentes ao pagamento de 2% da faturação mensal do SNS de cada empresa, aferida no final de cada mês; caso a despesa pública não respeite os limites fixados no acordo, poderiam ser aumentados os fundos até 4% da faturação mensal do SNS de cada empresa.

<sup>4</sup> Caso contrário, as quantias depositadas nos Fundos seriam devolvidas às empresas aderentes, acrescidas dos juros bancários vencidos.



de despesa pública no mercado ambulatorio, a contribuição da indústria farmacêutica centrou-se no mercado hospitalar;

- ◆ Mercado hospitalar - o valor da despesa utilizada na análise do cumprimento do objetivo fixado no acordo foi de € 988,7 M<sup>1</sup>, conforme resultou de uma auditoria para o apuramento do valor global da despesa incorrido pelas entidades hospitalares do SNS com medicamentos em 2012, solicitada pela APIFARMA devido à existência de divergências com a ACSS quanto ao cálculo desta despesa. Tendo em conta o objetivo fixado de despesa no mercado hospitalar de € 842 M foi apurada uma contribuição total de € 146,7 M, à qual foram deduzidos € 10 M por compensação da redução maior da despesa no mercado ambulatorio face à redução fixada<sup>2</sup>. Considerando a metodologia para apuramento e repartição da contribuição devida pela indústria farmacêutica por cada empresa aderente ao acordo<sup>3</sup>, apurou-se a contribuição total de € 108,4 M, à qual foram ainda deduzidas as despesas com investigação e desenvolvimento das empresas<sup>4</sup>, no valor total de € 10,3 M;
- ◆ Para o ano de 2013, a ACSS informou que foi acordada uma contribuição total de € 97,5 M com as empresas associadas da APIFARMA no que se refere ao mercado hospitalar, a qual também está sujeita à dedução das despesas com investigação e desenvolvimento das empresas, no valor de € 8,6 M. Esclareceu ainda que *“No âmbito do universo das empresas não associadas da APIFARMA, o INFARMED, I.P. apresentou um acordo individual a estabelecer com o Ministério da Saúde às empresas identificadas com os consumos mais significativos, no universo referido, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, explanando a contribuição individual, que reflecte a quota de mercado das empresas não associadas na despesa hospitalar. Deste universo, a contribuição realizada per fez um total de cerca de 3,2 MEUR”*;

---

<sup>1</sup> Empresas aderentes ao acordo: € 793,5 M; Empresas não aderentes ao acordo € 195,2 M.

<sup>2</sup> Cfr. n.º 3 da cláusula 3.ª do acordo.

<sup>3</sup> O cálculo da contribuição total individual de cada empresa tem em conta três componentes, a contribuição solidária, a contribuição no segmento ambulatorio e contribuição no segmento hospitalar, assim como a quota da empresa em cada mercado e nos encargos do SNS (cfr. Parecer do Instituto Superior de Estatística e Gestão da Universidade Nova de Lisboa).

<sup>4</sup> Despacho n.º 13025-A/2013 do Secretário de Estado da Saúde, de 11 de outubro.



## Tribunal de Contas

---

- ◆ No que concerne às empresas não aderentes ao acordo, a ACSS referiu ainda que contribuiriam para a redução da despesa em meio hospitalar através da aplicação de medidas administrativas, como a medida imposta aos hospitais para que, durante o ano de 2013, os medicamentos só pudessem ser adquiridos a preços inferiores aos praticados em cada um desses hospitais à data de 11 de outubro de 2012<sup>1</sup>.

Assim, segundo a informação prestada, o valor das contribuições ascendia a € 98,1 M relativos à aplicação do acordo de 2012 e a € 88,9 M referentes ao aditamento de 2013.

Em 8 de outubro de 2014, a ACSS tinha recebido as contribuições de algumas empresas aderentes, no valor total de € 3 M (€ 0,9 M e € 2,1 M referentes aos acordos de 2012 e ao aditamento de 2013, respetivamente), o que representa 1,6% do valor total das contribuições apuradas (€ 187 M). A ACSS informou ainda que, *“no âmbito do protocolo e respectivo aditamento, a ACSS não recebeu qualquer quantia proveniente dos Fundos criados pela Portaria n.º 407/2012, de 14 de dezembro, havendo a indicação, por parte do INFARMED, de que os mesmos não terão sido operacionalizados”*.

Em contraditório, a ACSS veio prestar informação adicional, referindo que *“o procedimento acordado para regularização dos montantes das contribuições determinadas para cada uma das empresas aderentes privilegiava a emissão de notas de crédito aos hospitais do SNS respetivos”* que ascenderam a € 79,9 M em 2012 e a € 86,2 M em 2013. Este entendimento não decorre do Acordo uma vez que este previa que a contribuição se efetuasse através do Fundo de Gestão das Contribuições Especiais da Indústria Farmacêutica para a Estabilização SNS para o mercado hospitalar. A ACSS acrescentou que, tendo em conta os meios de pagamento utilizados, não houve necessidade de execução dos Fundos.

De acordo com os novos dados fornecidos pela ACSS encontram-se por regularizar € 17,3 M e € 0,6 M do Acordo de 2012 e do aditamento de 2013, respetivamente.

### **b) Aferição do cumprimento da medida**

Considerando a natureza da informação disponibilizada pelo INFARMED e pela ACSS, a aferição do cumprimento do objetivo da despesa com medicamentos estabelecido no MoU será efetuada tendo por base a informação contabilística da responsabilidade da ACSS<sup>2</sup>.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução da despesa com medicamentos no SNS, a qual representa os encargos assumidos no ano, excluindo o *stock* de dívida vencida.

---

<sup>1</sup> Aquisição com uma redução de preço de 2,5% para os medicamentos para os quais exista medicamento genérico ou similar ou biológico similar autorizado e comercializado, com a mesma denominação comum internacional e forma farmacêutica e de 23,5% para os outros medicamentos (Cfr. Despacho n.º 2545/2012 do Secretário de Estado da Saúde).

<sup>2</sup> Na sua resposta de 26/03/2014 a este Tribunal, o INFARMED considerou que, para efeitos de monitorização das medidas/objetivos estabelecidos no MoU no âmbito da despesa com medicamentos no SNS devem ser considerados os dados contabilísticos disponibilizados pela ACSS.

**Quadro 29 – Evolução da despesa com medicamentos no SNS nos anos de 2010/2013**

(em milhões de euros)

Mercado	Anos				Variação			
	2010	2011	2012	2013	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2011
Ambulatório	1.707,5	1.381,9	1.224,5	1.214,5	-325,6	-157,4	-10,0	-167,4
Hospitalar	1.077,6	1.096,0	955,6	961,3	18,4	-140,3	5,7	-134,7
<b>Total</b>	<b>2.785,1</b>	<b>2.477,9</b>	<b>2.180,1</b>	<b>2.175,8</b>	<b>-307,2</b>	<b>-297,7</b>	<b>-4,3</b>	<b>-302,1</b>

<b>Total da redução da despesa - mercado ambulatório (%)</b>	-19,1	-11,4	-0,8	-12,1
<b>Total da redução/aumento da despesa - mercado hospitalar (%)</b>	1,7	-12,8	0,6	-12,3
<b>Total da redução da despesa (%)</b>	-11,0	-12,0	-0,2	-12,2

Fonte: dados fornecidos pela ACSS.

Desde 2010 a despesa com medicamentos tem vindo a ser reduzida, com especial destaque para os anos de 2011 e de 2012. No período de 2010/2013, a redução da despesa no mercado ambulatório alcançou € 493,0 M (28,9%) e no hospitalar € 116,3 M (10,8%).

A partir de 1 de abril de 2013, a despesa com a comparticipação de medicamentos por parte dos subsistemas públicos de saúde passou a ser suportada pelo SNS<sup>1</sup>.

Note-se que desde 2010 as entidades prestadoras do SNS deixaram de emitir faturação aos subsistemas públicos de saúde pela prestação de cuidados de saúde aos respetivos beneficiários; no período de 2010 a 2012 estes subsistemas transferiram para a ACSS € 365,0 M relativos a dívidas por prestação de cuidados de saúde<sup>2</sup>.

Em 2013, a título de contrapartida financeira relativa aos encargos com medicamentos, os subsistemas transferiram para a ACSS o valor total de € 51,4 M (€ 35,0 M provenientes da ADSE, € 7,4 M da ADM, € 4,6 M da GNR e € 4,4 M da PSP).

O quadro seguinte sintetiza os resultados alcançados face ao objetivo fixado no MoU (1,25% do PIB em 2012 e 1% em 2013).

**Quadro 30 – Comparação da despesa com medicamentos face ao objetivo do MoU para 2012 e 2013**

(em milhões de euros)

	Mercado ambulatório		Mercado hospitalar		Mercado Total	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Objetivo MoU	1.196,0	1.063,0	842,0	650,0	2.038,0	1.713,0
Execução	1.224,5	1.214,5	955,6	961,3	2.180,1	2.175,8
<b>Desvio</b>	<b>28,5</b>	<b>151,5</b>	<b>113,6</b>	<b>311,3</b>	<b>142,1</b>	<b>462,8</b>

Nota: os valores do objetivo para 2013 (mercados hospitalar e ambulatório) foram disponibilizados pelo INFARMED.

Fonte: ACSS.

<sup>1</sup> Cfr. artigo 151.º do OE/2013 e Despachos n.ºs 4115/2013 e 4516/2013, de 20 e de 28 de março (GNR, PSP e ADM) e 4631/2013, de 3 de abril (ADSE).

<sup>2</sup> Com o objetivo de “eliminar as relações financeiras” entre o SNS e a ADSE e outros subsistemas de saúde públicos foi assinado, em janeiro de 2010, o Memorando de Entendimento pelos Ministros das Finanças e da Administração Pública, da Saúde, da Defesa Nacional e da Administração Interna (Lei n.º 55-A/2010 de 31 de dezembro).



## Tribunal de Contas

---

Apesar da redução ocorrida em 2012 e em 2013, as metas para a despesa com medicamentos não foram alcançadas, verificando-se um desvio acumulado de € 604,9 M, dos quais € 425,0 M (70,3%) respeitam ao mercado hospitalar. A despesa com medicamentos alcançou 1,32% do PIB em 2012 e 1,31% em 2013<sup>1</sup>.

Quanto à fonte de informação, o INFARMED alegou em contraditório que, para a aferição do cumprimento da medida, o valor da despesa pública com medicamentos no mercado ambulatorio a ter em conta é o disponibilizado pelo INFARMED e no mercado hospitalar o valor apresentado pela ACSS<sup>2</sup>. No mesmo sentido, foram produzidas alegações pelo Ministro da Saúde, informando que se tratou de pressupostos acordados com as instituições internacionais. A ACSS invocou que o cumprimento da medida foi acompanhado com recurso aos dados fornecidos pelo INFARMED.

No que respeita ao valor do PIB a utilizar para aferição da despesa pública com medicamentos, o Ministro da Saúde e o INFARMED informaram, em contraditório, que o valor a considerar seria de € 170.000 M para os anos de 2012 e de 2013. Relativamente ao âmbito da despesa pública com medicamentos, invocaram que não deveria ser considerada a despesa com os subsistemas públicos de saúde (no mercado ambulatorio).

Conforme já referido, o MoU não especificou a fonte dos dados para apuramento da despesa pública com medicamentos. Tendo em conta que os dados da ACSS correspondem à informação contabilística comunicada pelas unidades de saúde e os do INFARMED se encontram sujeitos a atualizações, considera-se que a informação da ACSS é a mais adequada para efeitos do apuramento da meta para a despesa pública com medicamentos.

No que respeita ao valor do PIB, quer se utilize o valor divulgado pelo INE quer se utilize o invocado pelo Ministro da Saúde e pelo INFARMED, a meta para a despesa com medicamentos não foi cumprida em ambos os anos em análise<sup>3</sup>.

Relativamente aos subsistemas públicos de saúde, salienta-se que, na formulação do MoU, o objetivo de redução da despesa pública com medicamentos se refere a “*despesa pública global*”, pelo que apenas é suscetível de ser interpretada no sentido mais abrangente. Em todo o caso, ainda que não se considere a despesa pública com medicamentos relativa aos subsistemas, a meta para 2013 continua a não ser atingida.

Para complementar a análise, no quadro seguinte apresenta-se a despesa com medicamentos refletida nas CGE de 2010 a 2013, a qual integra apenas as entidades do SNS incluídas no perímetro orçamental, excluindo, assim, as unidades de saúde de natureza empresarial. Salienta-se que os encargos com a comparticipação dos medicamentos dispensados nas farmácias (mercado ambulatorio) são da responsabilidade das ARS<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Valor do PIB – PDE de abril de 2014 (INE).

<sup>2</sup> Conforme anteriormente referido, o INFARMED informou o Tribunal que “*Para efeitos de monitorização das medidas/objectivos estabelecidos com a TROIKA no âmbito da despesa com medicamentos no SNS, devem ser considerados os dados contabilísticos disponibilizados pela ACSS.*”

<sup>3</sup> Considerando o PIB de € 170.000 a despesa com medicamentos alcançou 1,28% em 2012 e em 2013.

<sup>4</sup> Neste sentido, cfr. Portaria n.º 193/2011, de 13/05, alterada pela Portaria n.º 24/2014, de 31/01.

**Quadro 31 – Evolução da despesa com produtos vendidos em farmácias nos anos de 2010/2013 – SNS/SPA**

(em milhões de euros)

Entidade	2010	2011	2012	2013	2013/2010	Variação (%)	2013/2011	Variação (%)
ARS Norte	548,9	469,1	492,6	442,5	-106,4	-19,4	-26,6	-4,8
ARS Centro	339,7	279,4	251,2	238,6	-101,1	-29,8	-40,8	-12,0
ARS LVT	616,4	497,0	448,4	488,6	-127,8	-20,7	-8,5	-1,4
ARS Alentejo	101,5	82,8	72,5	62,2	-39,3	-38,7	-20,6	-20,3
ARS Algarve	64,3	55,2	49,8	48,0	-16,4	-25,4	-7,3	-11,3
<b>Subtotal ARS</b>	<b>1.670,8</b>	<b>1.383,6</b>	<b>1.314,5</b>	<b>1.279,9</b>	<b>-391,0</b>	<b>-23,4</b>	<b>-103,8</b>	<b>-6,2</b>
<b>Subsistemas públicos de saúde (ADSE, ADM, GNR e PSP)</b>	<b>202,8</b>	<b>93,5</b>	<b>75,1</b>	<b>29,0</b>	<b>-173,8</b>	<b>-85,7</b>	<b>-64,5</b>	<b>-31,8</b>
<b>Total</b>	<b>1.873,6</b>	<b>1.477,1</b>	<b>1.389,5</b>	<b>1.308,9</b>	<b>-564,7</b>	<b>-30,1</b>	<b>-168,3</b>	<b>-9,0</b>

Fonte: SIGO e Relatórios de Atividade da ADSE 2010/2013.

Da análise dos dados constantes do quadro constata-se que no período compreendido entre 2011 e 2013 a redução da despesa com medicamentos dispensados em farmácias e comparticipados pelo SNS foi de 6,2%; considerando os subsistemas públicos, a redução foi de 9,0%.

Tendo em conta o universo do SNS/SPA, em 2010 o peso da despesa com medicamentos representava 17,9% do total da despesa destas entidades e, em 2013, 14,7%.

#### 2.4.1.4 – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica<sup>1</sup>

15

*Adotar medidas para aumentar a concorrência entre prestadores privados e reduzir em pelo menos 10% a despesa global (incluindo taxas) do SNS com entidades privadas que prestem serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica ao SNS até ao final de 2011, e de 10% adicionais até ao final de 2012.*

16

*Introduzir uma revisão periódica (pelo menos em cada dois anos) dos preços pagos aos prestadores privados, com o objetivo de reduzir o custo dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica mais desenvolvidos (1T/2012).*

Ao longo das diversas atualizações, as medidas foram sofrendo algumas alterações, tendo sido unificadas na 3.ª atualização; a medida foi considerada observada na 7.ª avaliação, tendo deixado de constar do MoU.

Com estas medidas pretendia-se reduzir os preços que constituem encargos do SNS com MCDT pagos aos prestadores privados aderentes aos contratos de convenção<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico (MCD) e prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica (MCT) (fonte: INE, conceitos).

<sup>2</sup> Contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde e as entidades privadas que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde.



## Tribunal de Contas

A ACSS divulga periodicamente as tabelas dos preços das convenções, os quais já incluem a taxa moderadora devida por cada um dos atos<sup>1</sup>. Salienta-se que os preços das convenções são diferentes dos preços das prestações de saúde a realizar pelos serviços e instituições do SNS.

No caso específico das convenções na área da diálise, o Despacho 10569/2011, de 23 de agosto, reduziu em 12,5% o preço compreensivo<sup>2</sup> da hemodiálise convencional (€ 450,68 sem acessos vasculares e em € 470,09 com acessos) alterando os preços fixados nos Despachos n.ºs 19109/2010, de 27 de dezembro, e n.º 47-A/2011, de 3 de janeiro.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução das médias dos preços estabelecidos nas convenções, por áreas de especialidade, exceto diálise, no período 2010/2014<sup>3</sup> e respetivas taxas moderadoras.

**Quadro 32 – Evolução do valor médio dos preços das convenções e das respetivas taxas moderadoras**

(em euros)

MCDT - Áreas	2010		2011		2012		2013		2014	
	Preço	TxMod								
Análises	11,3	1,1	9,1	1,0	9,0	1,5	9,0	1,8	9,0	1,8
Anatomia	12,9	3,6	12,9	3,7	18,9	7,2	25,0	11,5	26,0	11,5
Cardiologia	18,4	3,4	22,0	4,2	22,6	6,5	22,6	5,7	22,6	5,7
Medicina Nuclear	20,4	5,6	107,3	5,5	94,5	10,6	96,2	14,6	96,2	14,6
Eletroencefalografia	47,0	5,2	47,0	5,3	47,0	12,3	47,0	10,8	47,0	10,8
Gastrenterologia	31,9	4,5	34,8	4,6	32,5	9,0	32,5	13,9	33,2	18,0
Medicina Física e de Reabilitação	2,2	1,1	2,2	1,1	2,5	1,8	2,6	1,9	2,6	1,9
Otorrinolaringologia	10,8	1,2	10,8	1,1	12,7	3,6	11,9	4,3	11,9	4,3
Pneumologia-Imunologia	13,6	2,8	14,5	3,0	14,3	5,7	14,1	7,7	13,8	7,6
Urologia	65,2	4,9	65,2	5,0	65,2	9,0	65,2	13,2	65,2	13,2
Neurofisiologia	51,0	9,0	51,0	9,1	51,0	13,6	48,5	13,4	48,5	13,4
Radiologia-Radioterapia	33,0	5,4	17,0	4,5	17,5	5,0	18,3	3,9	18,3	3,9
Consultas	5,3	2,2	5,3	2,3	7,5	7,5	7,8	7,8	7,8	7,8
Psicologia	2,8	0,0	2,8	0,0	3,6	1,0	3,6	1,0	3,6	1,0
Exames comuns	16,2	2,6	16,6	3,2	16,6	4,9	17,5	5,8	17,5	5,8

Fonte: Elaboração com base nas últimas tabelas de preços das convenções de cada ano divulgadas pela ACSS (01/10/2010; 01/11/2011; 01/10/2012; 01/10/2013 e 01/04/2014).

Conforme resulta da leitura do quadro, a área em que ocorreu o maior aumento de preços em 2011 foi a medicina nuclear; em compensação, outras áreas viram os preços reduzidos – análises e radiologia/radioterapia.

Em contraditório, a ACSS refere que na área da medicina nuclear os preços passaram a incluir o exame e o radiofármaco, não sendo comparável com a anterior tabela, e que nas áreas de análises clínicas e de radiologia foram retiradas várias posições correspondentes a análises e exames considerados não necessários para o diagnóstico, inviabilizando a análise de variação de preços. Acrescentou, ainda, que as variações parecem grandes mas verificam-se em análises com pouca produção e nas quais existia uma grande diferença relativamente aos preços SNS.

<sup>1</sup> O Despacho n.º 22598-A/2009, de 13 de outubro, atualizou os preços das convenções e iniciou a harmonização da nomenclatura dos serviços convencionados com a das tabelas do SNS; posteriormente, as atualizações foram objeto de publicação no *site* da ACSS. No período em análise a tabela foi atualizada 2 vezes em 2010, 5 em 2011, 3 em 2012 e 5 em 2013. Até ao final do 3.º trimestre de 2014 apenas foi divulgada uma nova tabela (abril).

<sup>2</sup> Preço global por doente por semana.

<sup>3</sup> Para o apuramento das médias foram excluídos os atos previstos nas tabelas para os quais não se encontrava indicado o respetivo preço.



Verificou-se que variação dos preços das convenções não foi preponderante nos anos de vigência do PAEF, sendo mais significativo o aumento do peso relativo das taxas moderadoras nos preços, ou seja, a parte do preço que é suportada pelos utentes. Assim, de um peso de 12,8% em 2011 evoluiu-se para 23,9% em 2012, ano em que foram revistas as taxas moderadoras em cumprimento do Programa, sendo que em 2014 o seu peso alcançou os 28,6%, o que significa que em média o utente não isento suporta mais de ¼ do preço, reduzindo, desta forma, a parte do preço que constitui encargo do SNS. A partir de 2012, o utente cobre a totalidade do preço pago pelo SNS ao prestador convençãoado no caso das consultas, ou seja, a prestação é efetuada a custo nulo para o SNS.

O último parecer divulgado da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) sobre as tabelas de preços do SNS e das convenções de abril/maio de 2013<sup>1</sup> refere a tendência de redução dos preços dos MCDT no SNS e o aumento nas convenções; assinala ainda que “Nos exames comparáveis, temos agora os preços das convenções fixados, em média, em 79% dos preços pagos aos estabelecimentos do SNS, o que compara com os 59% das tabelas anteriormente em vigor”. No mesmo parecer a ERS indica que nas áreas das análises clínicas, radiologia e medicina física e de reabilitação os preços das tabelas das convenções são, em média, inferiores aos dos serviços prestados a título privado.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução da despesa pública com MCDT.

**Quadro 33 – Evolução da despesa com MCDT nos anos de 2010/2013**

(em milhões de euros)

MCDT	2010	2011	2012	2013	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
Diagnóstico	486,2	431,5	364,1	372,4	-54,7	-67,4	8,3	-113,8
Terapêutica, do qual:	445,0	450,7	422,8	417,0	5,7	-27,9	-5,8	-28,0
Diálise	235,9	238,0	219,9	225,3	2,1	-18,1	5,4	-10,6
<b>Total</b>	<b>931,2</b>	<b>882,2</b>	<b>786,9</b>	<b>789,4</b>	<b>-49,0</b>	<b>-95,3</b>	<b>2,5</b>	<b>-141,8</b>

Taxa de variação Custo MCDT	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
Diagnóstico	-11,3%	-15,6%	2,3%	-23,4%
Terapêutica	1,3%	-6,2%	-1,4%	-6,3%
<b>Total</b>	<b>-5,3%</b>	<b>-10,8%</b>	<b>0,3%</b>	<b>-15,2%</b>

Fonte: ACSS.

No período de 2010/2013 verificou-se uma redução da despesa com MCDT de € 141,8 M, com o ano de 2012 a apresentar uma maior redução (€ 95,3 M); nos meios complementares de diagnóstico ocorreu a diminuição mais significativa (23,4% no período).

Face às metas definidas no MoU, de redução de 10% da despesa do SNS até ao final de 2011 e de 10% adicionais até ao final de 2012, consta-se que a primeira não foi alcançada, tendo ficado pelos 5,3%, e a segunda foi atingida (10,8%). Em 2013, a despesa aumentou 0,3% (€ 2,5 M).

<sup>1</sup> Emitido ao abrigo da alínea e) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio (atualmente, artigo 15.º dos Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto).



## Tribunal de Contas

### 2.4.1.5 – Hospitais, custos com o pessoal e com o transporte de doentes

#### HOSPITAIS

17 *Apresentar uma descrição detalhada das medidas para alcançar uma redução de € 200 M nos custos operacionais dos hospitais, em 2012 (€ 100 M em 2012, que acrescem a poupanças superiores a € 100 M já em 2011), incluindo a redução de cargos dirigentes, em resultado da concentração e da racionalização nos hospitais públicos e nos centros de saúde (3T/2011).*

18 *Prosseguir com a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais (de acordo com o DL 30/2011, de 2 de março) e do funcionamento conjunto dos hospitais. Estas melhorias deverão permitir reduções adicionais nos custos operacionais em, pelo menos, 5% em 2013. Um plano de ação detalhado será publicado em 30 de novembro de 2012 e a sua implementação será finalizada no 1º trimestre de 2013 (2T/2012).*

A medida relativa à redução dos custos operacionais sofreu algumas alterações, nomeadamente na sequência da apresentação do plano de redução de custos nos hospitais EPE com o detalhe das medidas por hospital, passando a referir a sua implementação. A medida 17 deixou de constar da 7.ª atualização por ter sido considerada observada.

Em matéria de custos operacionais, a 1.ª atualização do MoU incluiu também na medida relativa à reorganização da rede hospitalar a indicação de que “de 2011 a 2013, a redução global dos custos operacionais dos hospitais deverá ser de, pelo menos, 15% face a 2010”, subsistindo até à 7.ª atualização duas medidas relativas à redução dos custos operacionais, com metas distintas – a redução de € 200 M até 2012 representava 3,5% face a 2010, enquanto os 15% correspondiam a € 851 M de redução prevista para 3 anos. Da conjugação destas duas metas resulta que a redução em 2013 deveria alcançar € 651 M.

Por outro lado, o Despacho n.º 10783-A/2011, de 31 de agosto, referindo o MoU, determinou que, para o ano de 2012, a meta de referência para a redução dos custos operacionais dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado era de 11% face ao valor de 2011 (cerca de € 596 M).

A quantificação dos objetivos para a redução dos custos operacionais não se encontrava claramente definida, verificando-se a existência de incoerências entre as três metas fixadas nas medidas do MoU e no despacho acima identificado.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução dos custos operacionais dos hospitais no período de 2010/2013.

**Quadro 34 – Evolução dos custos operacionais dos hospitais nos anos de 2010/2013**

(em milhões de euros)

Custos Operacionais	2010	2011	2012	2013 (p)	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
Hospitais SPA	173,8	159,6	145,2	131,4	-14,2	-14,4	-13,8	-42,4
Hospitais, centros hospitalares e ULS - EPE	5.356,3	5.148,5	4.831,2	4.790,8	-207,9	-317,3	-40,4	-565,5
<b>Total</b>	<b>5.530,2</b>	<b>5.308,1</b>	<b>4.976,4</b>	<b>4.922,2</b>	<b>-222,1</b>	<b>-331,7</b>	<b>-54,2</b>	<b>-607,9</b>
<b>Entidades não comparáveis a)</b>	<b>143,3</b>	<b>114,3</b>	<b>127,1</b>	<b>141,2</b>	<b>-29,0</b>	<b>12,8</b>	<b>14,1</b>	<b>-2,1</b>

Taxa de variação dos Custos Operacionais	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
Hospitais SPA	-8,2%	-9,0%	-9,5%	-24,4%
Hospitais, Centros hospitalares e ULS - EPE	-3,9%	-6,2%	-0,8%	-10,6%
<b>Total</b>	<b>-4,0%</b>	<b>-6,2%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>-11,0%</b>
<b>Entidades não comparáveis a)</b>	<b>-20,2%</b>	<b>11,2%</b>	<b>11,1%</b>	<b>-1,5%</b>

a) Entidades não comparáveis: inclui os hospitais de Braga, de Vila Franca e Cascais que foram transformados em PPP no período de referência e as Unidades Locais de Saúde (ULS) do Nordeste e do Litoral Alentejano, criadas em 2011 e em 2012, respetivamente, agregando a primeira o Centro Hospitalar do Nordeste e o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste e a segunda o Hospital do Litoral Alentejano e o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

Fonte: ACSS.

Verifica-se que no final de 2012 os custos operacionais reduziram-se em € 553,7 M, ultrapassando a meta de € 200 M acima referida. Porém no período de 2011 a 2013 apenas se alcançou uma redução global de 11% (€ 607,9 M), inferior à meta de 15% estabelecida no MoU.

## CUSTOS COM O PESSOAL

**19**

*Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre as várias Administrações Regionais de Saúde. Adotar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, de modo a reduzir em pelo menos 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012 e 10% adicionais em 2013. Implementar um controlo mais rigoroso das horas de trabalho e das atividades dos profissionais nos hospitais (T1-2012).*

Na sequência das atualizações do MoU, a medida foi sujeita a alterações quanto ao seu conteúdo programático, destacando-se a alteração das metas de redução da despesa com horas extraordinárias de 10% para 20% (1.<sup>a</sup> atualização), a revisão do sistema de remuneração do trabalho nas urgências, do regime de prevenção e do “pagamento por chamada” (3.<sup>a</sup> atualização), assim como o alinhamento da remuneração das horas extraordinárias no setor da saúde com as previstas no enquadramento geral (5.<sup>a</sup> atualização). Esta medida deixou de constar da 11.<sup>a</sup> atualização.

Em contraditório, a ACSS realçou que a alteração ao Estatuto do SNS<sup>1</sup> determinou a aplicação do regime de mobilidade interna dos trabalhadores em funções públicas aos profissionais de saúde independente da natureza jurídica da relação de emprego e da pessoa coletiva pública.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução dos custos com pessoal no SNS no período 2010 a 2013, desagregados por remuneração base e suplementos remuneratórios.

<sup>1</sup> Aditamento do artigo 22.º-A (Leis n.ºs 66-A/2012 e 83-C/2013, de 31 de dezembro).



# Tribunal de Contas

### Quadro 35 – Evolução dos custos com pessoal nos anos de 2010/2013

(em milhões de euros)

Custos com pessoal	2010	2011	2012	2013 (p)	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
Remuneração base	2.133,8	2.006,6	1.973,2	1.960,7	-127,1	-33,5	-12,5	-173,1
Suplementos remuneratórios:	738,9	679,8	630,3	518,5	-59,1	-49,5	-111,8	-220,3
<b>Horas extraordinárias</b>	<b>300,0</b>	<b>264,1</b>	<b>212,5</b>	<b>164,1</b>	<b>-35,9</b>	<b>-51,7</b>	<b>-48,4</b>	<b>-135,9</b>
Prevenções	43,2	39,8	34,3	26,5	-3,5	-5,5	-7,8	-16,7
Trabalho em regime de turnos	163,4	157,7	165,0	112,8	-5,7	7,3	-52,2	-50,6
Subsídio de refeição	111,5	111,1	110,6	110,7	-0,4	-0,5	0,0	-0,8
Abono p/ falhas, aj.custo, vestuário e alimentação	4,0	3,9	4,2	4,2	-0,1	0,3	0,0	0,2
SIGIC (Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia)	46,9	35,8	32,6	31,5	-11,1	-3,2	-1,1	-15,4
Gratificações, incentivos e prémios	28,6	30,3	34,8	32,6	1,7	4,6	-2,2	4,1
Subsídio de fixação, formação e perícias forenses	13,4	12,3	14,0	14,0	-1,1	1,7	0,0	0,6
Outros suplementos	27,9	24,8	22,2	22,1	-3,1	-2,5	-0,1	-5,8
<b>Total</b>	<b>2.872,6</b>	<b>2.686,4</b>	<b>2.603,5</b>	<b>2.479,2</b>	<b>-186,2</b>	<b>-82,9</b>	<b>-124,3</b>	<b>-393,5</b>

Taxa de variação dos custos com pessoal	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
Remuneração base	-6,0	-1,7	-0,6	-8,1
Suplementos remuneratórios, dos quais:	-8,0	-7,3	-17,7	-29,8
<b>Horas extraordinárias</b>	<b>-12,0</b>	<b>-19,6</b>	<b>-22,8</b>	<b>-45,3</b>
<b>Total</b>	<b>-8,0</b>	<b>-13,7</b>	<b>-22,7</b>	<b>-38,6</b>

Fonte: ACSS.

Os custos com o pessoal reduziram-se em € 393,5 M no período (38,6%), verificando-se que os suplementos remuneratórios foram responsáveis por 56% desta redução. Os custos com horas extraordinárias contribuíram com 61,7% para a redução ocorrida nos suplementos e com 34,5% nos custos com pessoal.

Face às metas estabelecidas no MoU conclui-se que as mesmas foram cumpridas (42,4% no conjunto dos anos de 2012 e de 2013).

No quadro seguinte apresenta-se a despesa com o pessoal refletida nas CGE de 2010 a 2013, a qual integra apenas as entidades do SNS incluídas no perímetro orçamental, excluindo as unidades de saúde de natureza empresarial.

### Quadro 36 – Evolução das despesas com o pessoal nos anos de 2010/2013 - SNS/SFA

(em milhões de euros)

	2010	2011	2012	2013	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
<b>Despesas com o pessoal:</b>	1.153,2	1.021,5	825,0	939,7	-131,7	-196,5	114,7	-213,5
<b>Remunerações certas e permanentes</b>	806,2	704,6	567,3	656,7	-101,6	-137,3	89,4	-149,5
<b>Abonos variáveis ou eventuais, dos quais:</b>	153,1	136,6	121,1	109,4	-16,5	-15,4	-11,8	-43,7
<b>Horas extraordinárias</b>	<b>75,4</b>	<b>63,2</b>	<b>44,1</b>	<b>31,8</b>	<b>-12,2</b>	<b>-19,1</b>	<b>-12,4</b>	<b>-43,7</b>

Taxa de variação das despesas com o pessoal	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2013/2010
Despesas com o pessoal	-11,4	-19,2	13,9	-18,5
Remunerações certas e permanentes	-12,6	-19,5	15,8	-18,5
Abonos variáveis ou eventuais, dos quais:	-10,8	-11,3	-9,7	-28,6
<b>Horas extraordinárias</b>	<b>-16,2</b>	<b>-30,2</b>	<b>-28,0</b>	<b>-57,9</b>

Fonte: SIGO/SFA.



A despesa com horas extraordinárias no período de 2010/2013 apresentou uma redução de 57,9% (€ 43,7 M), substancialmente superior à verificada no conjunto das despesas com o pessoal (-18,5%, € 213,5 M).

## CUSTOS COM O TRANSPORTE DE DOENTES

### 20 Reduzir os custos com o transporte de doentes em 1/3 (3T/2011).

As alterações efetuadas à redação da medida incidiram no prazo para o seu cumprimento, fixando-se no 4.º trimestre de 2012 (2.ª atualização), e na introdução do ano sobre o qual seria aferida a implementação da medida, ano de 2010 (3.ª atualização). A medida deixou de constar do MoU na 7.ª atualização.

O artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 113/2011 (regime das taxas moderadoras), na redação do Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, fixou as regras de isenção e de comparticipação do transporte não urgente de utentes<sup>1</sup>, determinando que os utentes apenas se encontram isentos no caso de se verificarem as condições cumulativas da situação clínica e da insuficiência económica, assegurando a comparticipação do SNS no pagamento do transporte de doentes para a prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada.

A Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio<sup>2</sup>, veio, na sequência daquele diploma legal, regulamentar o transporte não urgente, determinando que a isenção do respetivo pagamento apenas ocorre quando, comprovada a insuficiência económica nos mesmos termos da isenção do pagamento de taxas moderadoras, o doente tenha uma incapacidade igual ou superior a 60% ou se encontre em condição clínica incapacitante. Especificou ainda as situações em que o SNS comparticipa no transporte, nomeadamente, insuficiência renal crónica, reabilitação em fase aguda e doenças oncológicas.

Por sua vez, o Despacho n.º 7702-A/2012, 4 de junho<sup>3</sup>, fixou o preço máximo a pagar pelo SNS às entidades transportadoras na contratação de serviços de transporte não urgente de doentes.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução dos custos com o transporte não urgente de doentes no período de 2010 a 2013.

**Quadro 37 – Evolução dos custos com transporte não urgente de doentes nos anos de 2010/2013**

(em milhões de euros)

2010	2011	2012	2013	2011/2010	2012/2011	2013/2012
151,3	122,7	99,4	98,1	-28,6	-23,4	-1,2

Fonte: ACSS.

Verifica-se que ocorreu uma redução dos custos desde 2011, tendo-se atingido a meta definida no MoU através da redução de € 52,0 M no período de 2010/2012 (34,4%).

<sup>1</sup> Transporte de doentes associado à realização de uma prestação de saúde e cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços do SNS, ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde.

<sup>2</sup> Alterada pela Portaria n.º 178-B/2012, de 1 de junho.

<sup>3</sup> Revogou o anterior Despacho n.º 6717/2012, 17 de maio.



## Tribunal de Contas

### 2.4.1.6 – Síntese da implementação das medidas

No quadro seguinte apresenta-se o ponto de situação das medidas orçamentais estruturais na área da saúde analisadas neste relato.

**Quadro 38 – Ponto de situação de medidas orçamentais estruturais até ao 1.º semestre de 2014**

Medidas orçamentais estruturais na área da saúde - MoU inicial		C	NC	NA
1.	Elaborar um plano estratégico para o sector da saúde	X		
2.a)	Rever e aumentar as taxas moderadoras: revisão das isenções atuais e indexação à inflação	X		
2.b)	Aumentar em € 150 M a receita de taxas moderadas em 2012		X	
2.c)	Aumentar em € 50 M a receita de taxas moderadas em 2013		X	
3.	Reduzir as deduções fiscais relativas a encargos com a saúde, incluindo seguros privados	X		
4.	Remover todas as barreiras à entrada de genéricos	X		
5.	Incentivar os médicos a prescrever medicamentos genéricos	X		
6.a)	Aumentar a % de medicamentos genéricos para 30% do total de medicamentos prescritos em ambulatório em 2012	X		
6.b)	Aumentar a % de medicamentos genéricos para 45% em 2013		X	
7.	Tornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico	X		
8.	Alterar o cálculo das margens de lucro das empresas distribuidoras e das farmácias	X		
9.	Se o sistema de cálculo de margens de lucro não produzir o efeito estimado, introduzir uma contribuição sob a forma de um desconto médio que será calculado sobre a margem de lucro			X
10.	Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca	X		
11.	Rever o sistema atual de preços de referência baseado em preços internacionais	X		
12.	Transferir a responsabilidade pela formação dos preços dos medicamentos para o Ministério da Saúde	X		
13.a)	Monitorizar a despesa com medicamentos para a despesa pública global não exceder 1,25% do PIB em 2012		X	
13.b)	Monitorizar a despesa com medicamentos para a despesa pública global não exceder 1% do PIB em 2013		X	
14.	Caso se venha verificar um desvio da despesa pública face ao objetivo fixado para 2013, implementar medidas de contingência que incluirão reduções administrativas de preços			X
15.a)	Adotar medidas para aumentar a concorrência entre prestadores privados e reduzir em 10% a despesa do SNS com entidades privadas que prestem serviços de MCDT ao SNS até ao final de 2011		X	
15.b)	Reduzir em 10% a despesa do SNS com MCDT até ao final de 2012	X		
16.	Rever periodicamente os preços pagos aos prestadores privados com MCDT	X		
17.	Reduzir em € 200 M os custos operacionais dos hospitais em 2012	X		
18.	No período de 2011 a 2013, a redução global dos custos operacionais dos hospitais deverá ser de 15% face a 2010		X	
19.a)	Reduzir em 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012	X		
19.b)	Reduzir em 10% as despesas com horas extraordinárias em 2013	X		
20.	Reduzir os custos com o transporte de doentes em 1/3	X		

C – Cumprida; NC – Não Cumprida; NA – Não Aplicável.

Para efeito de aferição do seu cumprimento, as 20 medidas analisadas foram subdivididas em 26 metas, das quais 17 foram atingidas, 7 não foram cumpridas e 2 não chegaram a ser implementadas, por se traduzirem em medidas de contingência.

Tendo em conta a natureza dos objetivos fixados, verificou-se que 11 corresponderam a estudos ou a iniciativas legislativas/regulamentares e 13 referem-se a metas quantitativas, concentrando-se as 7 metas não cumpridas nesta tipologia.



## 2.4.2 – Administração Pública

Dando continuidade à análise realizada no âmbito da auditoria anterior, neste ponto procede-se ao acompanhamento das medidas da administração pública referentes à redução do número de trabalhadores e à implementação do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC), no período entre a 7.<sup>a</sup> e a 11.<sup>a</sup> atualizações.

### 2.4.2.1 – Número de trabalhadores da Administração Pública

1

*Limitar as admissões de trabalhadores na administração pública, com vista a atingir decréscimos anuais em 2012-2014 de 1% por ano na administração central e de 2% por ano nas administrações regional e local. O Governo submeterá à Assembleia da República uma proposta de lei para implementar esta medida ao nível da administração local e promoverá as iniciativas necessárias para que cada Região Autónoma apresente o respetivo plano para atingir este objetivo (3.º trimestre de 2011).*

A meta inicialmente prevista de redução de trabalhadores na administração central de 1% por ano aumentou para 2% com a 2.<sup>a</sup> atualização do MoU. A medida permaneceu inalterada quanto aos objetivos do decréscimo anual de trabalhadores até à 11.<sup>a</sup> atualização.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução do número de trabalhadores no período de 2011 a 2013.

**Quadro 39 – Evolução do número de trabalhadores das administrações públicas**

Administrações Públicas (*)	31-12-2011	31-12-2012	31-12-2013	Variação			30-06-2014 (p)
				2012/2011	2013/2012	2013/2011	
Administração central	458.951	437.081	419.406	-21.870	-17.675	-39.545	411.407
Administração regional - Açores	15.177	14.837	14.501	-340	-336	-676	14.495
Administração regional - Madeira	17.679	17.261	16.835	-418	-426	-844	16.659
Administração local	120.759	116.421	112.997	-4.338	-3.424	-7.762	110.398
<b>Total</b>	<b>612.566</b>	<b>585.600</b>	<b>563.739</b>	<b>-26.966</b>	<b>-21.861</b>	<b>-48.827</b>	<b>552.959</b>
<b>Taxa de variação</b>				<b>2012/2011</b>	<b>2013/2012</b>	<b>2013/2011</b>	
<b>Administração central</b>				<b>-4,8</b>	<b>-4,0</b>	<b>-8,6</b>	
<b>Administrações regional e local</b>				<b>-3,3</b>	<b>-2,8</b>	<b>-6,0</b>	
<b>Total</b>				<b>-4,4</b>	<b>-3,7</b>	<b>-8,0</b>	

(\*) Universo: administrações públicas de acordo com o SEC 95.

Fonte: Síntese Estatística do Emprego Público – 2.º trimestre de 2014 – DGAEP.

Conforme decorre da leitura do quadro, a meta anual de redução de trabalhadores foi cumprida em 2013 (-3,7%). Entre 31 de dezembro de 2011 e o final do 1.º semestre de 2014, a redução do número de trabalhadores alcançou os 9,7% (menos 59.607 trabalhadores), superando os objetivos fixados.

### 2.4.2.2 – PREMAC

2

*Reduzir os cargos dirigentes e os serviços em, pelo menos, 15% na administração central (4º trimestre de 2011, prorrogada na 2.ª Atualização do MoU – 9/12/2011 para abril de 2012).*



## Tribunal de Contas

3

*Com vista a aumentar a eficiência da administração central e racionalizar a utilização de recursos, implementar a 2.<sup>a</sup> fase do Programa de Reestruturação da Administração Central (4.<sup>o</sup> trimestre de 2011, prorrogada na 2.<sup>a</sup> Atualização do MoU – 9/12/2011 para o 3.<sup>o</sup> trimestre de 2012).*

As metas de redução de dirigentes e de serviços da administração central foram aumentadas na 2.<sup>a</sup> atualização para 27% e 40%, respetivamente. A medida deixou de constar a partir da 4.<sup>a</sup> atualização, por ter sido considerada observada no relatório de avaliação da CE.

Dando continuidade à avaliação da implementação do PREMAC efetuada no Relatório n. 28/2013 – 2.<sup>a</sup> Secção, deste Tribunal, apresenta-se no quadro seguinte a evolução do número de entidades/estruturas e de dirigentes, aferida em 30 de junho de 2011 (data de referência do levantamento do número de entidades) e em 31 de março de 2013 (dada da última informação disponível no âmbito do Relatório), apresentando-se a atualização da informação no final do primeiro semestre de 2014.

**Quadro 40 – Evolução do número de entidades/estruturas e de dirigentes**

	30-06-2011 (1)	31-03-2013 (2)	30-06-2014 (3)
N.º de Entidades / Estruturas	428	346	363
Dirigentes, dos quais:	5.614	4.891	4.818
Superiores	727	578	567
Intermédios	5.614	4.891	4.251

Taxa de variação	(2)-(1)	(3)-(2)	(3)-(1)
<b>Nº de entidades/estruturas</b>	-19,2	4,9	-15,2
<b>Nº de dirigentes</b>	-12,9	-1,5	-14,2

Nota: Com exclusão dos tribunais, centros de saúde, estabelecimentos de ensino, estabelecimentos hospitalares, forças armadas e de segurança, gabinetes dos representantes da República e dos membros do Governo

Fonte: DGAEP, informação prestada em 17/10/2014.

Verificou-se que o número de entidades/estruturas aumentou no período compreendido entre o primeiro trimestre de 2013 e o segundo trimestre de 2014 (mais 17 entidades/estruturas), pelo que a redução encontra-se nos 15,2%, inferior à apurada no Relatório n.º 28/2013, de 19,2%, não concretizando o objetivo de 40% de redução do número de entidades/estruturas estabelecido no MoU.

No que respeita ao número de dirigentes, a redução aumentou para 14,2%, face aos 12,9% anteriormente apurados, ainda assim aquém da meta de 27% fixada no MoU.

Quanto aos processos de reorganização/restruturação dos organismos implícitos ao PREMAC, a Deliberação do Conselho de Ministros n.º 256/2012, de 17 de maio, previa que os procedimentos (a finalizar com a aprovação dos mapas de pessoal) seriam concluídos até 30 de junho de 2012, de modo a “garantir, já no Orçamento do Estado para 2013, uma tradução das poupanças alcançadas em consequência do PREMAC”. Este objetivo não se concretizou, sendo o Relatório do OE/2013 omissivo quanto à poupança global decorrente do PREMAC<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Cfr. Relatório do PREMAC (setembro de 2011): “(...) não será, ainda, possível estimar a redução global de despesa decorrente deste exercício, porquanto, em resultado deste processo de reorganização serão, naturalmente, alterados os mapas de pessoal dos novos órgãos e serviços, sendo de esperar que, nesse contexto, existam significativas oportunidades de melhoria na utilização dos recursos humanos afetos às estruturas do Estado (...)”.



Neste contexto, no quadro seguinte apresenta-se o ponto da situação do número de entidades que apresentaram os mapas de postos de trabalho e dos aprovados, bem como do número de postos de trabalho correspondentes<sup>1</sup>.

**Quadro 41 – Ponto da situação da aprovação dos mapas de pessoal**

<b>Universo – 150 entidades da administração direta e indireta do Estado previstas no PREMAC</b> (ponto da situação em março/2014) <sup>1</sup>	
N.º de entidades que apresentaram os mapas de pessoal	N.º de entidades com processos aprovados
104	57
Postos de trabalho propostos	Postos de trabalho aprovados
+1.496	+433

(1) Último ponto da situação efetuado pela DGAEP; com a entrada em vigor da Lei da Requalificação, as listas e o mapa comparativo de efetivos existentes e postos de trabalho necessários deixaram, em regra, de ser apresentados para aprovação dos membros do Governo responsáveis pelas finanças e pela administração pública, conforme informação prestada pelo Gabinete do Secretário de Estado da Administração Pública.

Verificou-se que se encontravam por fixar as estruturas de pessoal de 47 organismos; tendo em conta o aumento do número de postos de trabalho (1.496 propostos, dos quais 433 aprovados) face aos efetivamente existentes antes da implementação do PREMAC, os resultados apontam para um possível aumento da despesa.

A Ministra de Estado e das Finanças, em contraditório, informou que irá ser elaborado um relatório final do PREMAC pelo Ministério das Finanças no início de 2015.

O Secretário de Estado da Administração Pública, também em sede de contraditório, enviou cópia do Despacho n.º 4235/2014/SEAP, de 27 de novembro, que determina à DGAEP a elaboração do relatório final sobre o PREMAC até ao dia 15 de janeiro de 2015.

<sup>1</sup> Cfr. Relatório n.º 28/2013: em 30 de setembro de 2013, das 150 entidades consideradas, 48 tinham os processos finalizados implicando mais 351 postos de trabalho, encontrando-se por aprovar 53 processos, que apresentavam mais 1.102 postos de trabalho.



## Tribunal de Contas

---

### 3 – CONCLUSÕES

Face à matéria exposta, retiram-se as seguintes conclusões.

#### PREVISÕES MACROECONÓMICAS E ORÇAMENTAIS DO PAEF

O cenário macroeconómico e orçamental base definido em junho de 2011 foi revisto em sede das avaliações do PAEF por parte da CE/BCE e do FMI em resultado de alterações verificadas na economia internacional, em particular na área do euro, e do impacto esperado de medidas de política orçamental introduzidas pelo Governo.

Face às previsões de abril de 2014 e aos valores verificados na economia portuguesa, os indicadores PIB, taxa de desemprego, défice orçamental e dívida pública apresentam uma evolução mais desfavorável face ao cenário base, com exceção para o PIB e para o défice orçamental do ano de 2011.

A formulação das medidas a executar no âmbito do PAEF teve, assim, por base perspetivas macroeconómicas e orçamentais otimistas (*cf. ponto 2.1*).

#### REQUISITOS DO MEMORANDO DE POLÍTICAS ECONÓMICAS E FINANCEIRAS

As oito ações prévias e os três referenciais estruturais definidos no MoU entre a 7.<sup>a</sup> e a 11.<sup>a</sup> atualização relativos, respetivamente, às medidas dirigidas ao cumprimento das metas fixadas para o défice orçamental e ao reforço da gestão financeira pública/redução dos riscos orçamentais foram cumpridos (*cf. ponto 2.2.1*).

As metas trimestrais definidas para o défice orçamental (€ 8,9 mil M) e a dívida pública (€ 191,3 mil M) em 2013 foram atingidas (€ 7,2 mil M e € 187,5 mil M, respetivamente) (*cf. ponto 2.2.2*).

O objetivo de não acumulação de atrasos nos pagamentos domésticos pelas AP's continuou a não ser cumprido em 2013 com a constituição de novos pagamentos em atraso no valor de € 250 M, em particular com origem nos hospitais EPE.

Porém, no final de 2013 o *stock* dos pagamentos em atraso reduziu-se em € 1.095 M face a dezembro de 2012, em particular nas administrações local (€ 613 M) e regional (€ 422 M); no entanto, estes setores continuavam a ser os principais responsáveis pelo *stock* registado no final do ano (€ 1.178 M, 62,1%), seguidos dos hospitais EPE (€ 611 M, 32,2%).

Em termos acumulados, os pagamentos efetuados ao abrigo dos programas de regularização de dívidas totalizaram € 2.754 M no final de dezembro de 2013 (dos quais € 1.346 M em 2013), correspondendo a € 1.901 M no setor da saúde, € 464 M na administração local e € 389 M na Região Autónoma da Madeira.

O objetivo de não acumulação de novos pagamentos externos em atraso relativos a dívida externa foi alcançado em 2013 (*cf. ponto 2.2.3*).



## DESEMBOLSOS DO PROGRAMA

No final de 2013, o valor nominal dos empréstimos recebidos ascendia a € 72.905 M. Até abril de 2014 o valor do empréstimo alcançava € 77.713 M (€ 51.228 M da UE e € 26.485 M do FMI), não tendo sido recebido o último desembolso dos empréstimos no valor de € 2,6 mil M, em consequência da decisão do Governo de não solicitar a extensão do programa para além de 30 de junho de 2014.

As necessidades de financiamento para o período de 2011 a 2014 definidas no início do PAEF ascendiam a cerca de € 152 mil M, dos quais € 78 mil M provenientes da assistência financeira e € 74 mil M de outras fontes de financiamento (€ 5 mil M de receita de privatizações e € 69 mil M do acesso ao mercado).

Em abril de 2014, as necessidades de financiamento no mesmo período alcançaram cerca de € 227 mil M, suportado pelo financiamento das instituições internacionais, no valor de € 82 mil M (incluindo diferenças cambiais, margens e comissões) e por outras fontes de financiamento, no valor total de € 146 mil M (*cf. Caixa 3*).

## MEDIDAS DE POLÍTICA ORÇAMENTAL PARA 2013

As medidas previstas no MoU inicial e até à 4.<sup>a</sup> atualização visavam principalmente a redução da despesa pública, representando 74,3% do esforço de consolidação orçamental. Com a 7.<sup>a</sup> atualização verificou-se uma inversão do perfil de ajustamento orçamental cabendo ao aumento da receita 57,4% do esforço de consolidação orçamental, no qual se destaca o peso da receita previsional a arrecadar em sede do IRS (34,3%) (*cf. ponto 2.3.1*).

Tal como verificado em 2012, a estimativa do impacto das medidas de consolidação orçamental inscritas no OE/2013 superou a estimativa do conjunto de medidas inscrita no MoU inicial e respetivas atualizações até à apresentação da proposta do OE (5.<sup>a</sup> atualização, em outubro de 2012).

Concorreram para este facto a inclusão de novas medidas no OE, em resultado: i) da fragilidade e inconsistência das previsões; ii) do não cumprimento dos objetivos de défice inicialmente fixados e do respetivo efeito dinâmico sobre os anos seguintes decorrente da alteração da base (efeito de *carry over*); iii) das revisões em baixa do cenário macroeconómico; iv) da substituição de medidas declaradas inconstitucionais (*cf. ponto 2.3.2*).

Conforme se tem constatado desde 2011, a CGE de 2013 também não apresentou os resultados obtidos na execução das medidas de consolidação orçamental previstas no Relatório do OE e no PAEF, o que impede a sua apreciação e afeta a transparência e publicidade das contas públicas.

Na ausência desta informação, a análise da execução das medidas de política orçamental encontra-se limitada à evolução da despesa e da receita das administrações públicas.

Assim, em 2013 a despesa efetiva aumentou € 3.688 M (4,6%) face ao ano anterior, com destaque para as *transferências correntes* (mais € 2.561 M, 7,6%) e para as *despesas com pessoal* (€ 1.753 M, 12%), decorrente do pagamento de prestações sociais substitutivas dos rendimentos do trabalho e do pagamento dos subsídios de férias e de Natal aos funcionários, pensionistas e reformados.

A receita aumentou € 1.940 M, designadamente na receita de *impostos diretos*, € 4.101 M (IRS, com mais € 3.336 M, e IRC, com € 949 M) e de *contribuições sociais*, € 1.647 M. Para estes resultados



## Tribunal de Contas

---

contribuíram as alterações no IRS, a reposição dos subsídios acima referida, a contribuição extraordinária de solidariedade, o alargamento da base contributiva aos subsídios de doença e de desemprego, bem como o regime extraordinário de regularização de dívidas fiscais e à segurança social, que arrecadou € 1.277 M (*cf. ponto 2.3.3*).

Considerando o triénio de 2011 a 2013, as rubricas da despesa que registaram diminuições foram as seguintes: *despesas com o pessoal* - € 1.859 M (menos 10% face a 2010) e *transferências de capital* - € 442 M (menos 31%). Na receita, as rubricas onde se observaram os maiores aumentos foram: *impostos diretos*, € 4.043 M (mais 24% face a 2010) e *outras receitas correntes*, € 2.566 M (mais 41%).

Contrariamente ao previsto no Programa, que preconizava um ajustamento orçamental estrutural, o cumprimento das metas do défice no triénio assentou essencialmente em operações de natureza pontual – a transferência dos fundos de pensões (€ 7.192 M), as reprivatizações e concessões (€ 5.760 M) e a regularização excecional de dívidas fiscais e à segurança social (€ 1.585 M) – e em medidas reversíveis – as reduções remuneratórias e a suspensão dos subsídios de férias e de Natal dos funcionários públicos, reformados e pensionistas, as sobretaxas em sede de IRS, a contribuição do setor bancário e a de solidariedade e as alterações na tributação direta e no regime do IVA (*cf. Caixa 4*).

### MEDIDAS ORÇAMENTAIS ESTRUTURAIS - SAÚDE

No setor da saúde, o PAEF funcionou como um indutor à implementação de um conjunto de medidas para contenção do crescimento da despesa pública no setor da saúde, parte das quais já anteriormente se encontravam previstas: o incentivo à prescrição e consumo de medicamentos genéricos, a prescrição eletrónica e por denominação comum internacional e o sistema de preços de referência.

#### a) **Taxas moderadoras e deduções fiscais das despesas com saúde**

O novo regime das taxas moderadoras aprovado em 2011 introduziu o pagamento nas consultas de enfermagem, nas consultas não presenciais e nas sessões de hospital de dia, fixou a regra da indexação automática à taxa da inflação, alterou as categorias de isenção e respetivas condições de acesso e criou a figura da dispensa da cobrança de taxas moderadoras. Conjuntamente com estas alterações foram fixados novos valores das taxas para 2012, atualizados nos anos seguintes.

Em termos totais, em 2012 existiam mais 228.676 utentes isentos do que em 2011. Os utentes isentos por motivo de condições económicas aumentaram 1.275.322 (76%) e os isentos por declaração médica reduziram-se em 911.495 (87%). A dispensa de pagamento de taxa moderadora abrangia, em 2012, 890.120 utentes; a redução de 50% do valor das taxas moderadoras para utentes com idade igual ou superior a 65 anos, eliminada no novo regime, beneficiava, em 2011, 2.215.691 utentes.

Tendo por base a tipologia de atos geradores de taxa moderadora, verificou-se uma quebra da atividade assistencial de 5% entre 2011 e 2013, incidindo a quase totalidade sobre os cuidados de saúde primários que se reduziu em 8%; apenas as consultas médicas hospitalares registaram uma variação positiva de 5%. Considerando o número de atos que originaram o pagamento de taxas moderadoras, observou-se a mesma tendência desde 2011 (-7%), com exceção das consultas hospitalares, destacando-se os cuidados de saúde primários (-14%) que por si só representam 70% da quebra total.



A alteração do valor das taxas moderadoras em 2012 gerou um aumento, em média, no valor das taxas nas consultas e nos atendimentos urgentes de 111% (115% no triénio 2011/2014) e nos MCDDT de 75% (180% no triénio).

O peso do valor das taxas moderadoras das consultas e dos atendimentos urgentes nos preços do SNS representava 22% em 2012 (27% em 2013 e 24% em 2014).

No período de 2010/2013, a receita proveniente de taxas moderadoras aumentou € 107 M (159%) em resultado da entrada em vigor do novo regime em 2012, ano em que a receita duplicou face ao ano anterior (€ 165 M que compara com € 82 M em 2011); em 2013, a cobrança situou-se em € 175 M.

Restringindo a análise ao universo do SNS/SPA que apresenta dados disponíveis para 2013, verificou-se que o peso destas receitas na execução orçamental continuou a ser residual – 0,9% e 1,2% na cobertura da despesa em 2012 e 2013, respetivamente.

As metas de cobrança adicional de taxas moderadoras, incluindo os resultados da melhoria de procedimentos relativos aos pagamentos das dívidas das companhias de seguros e dos cuidados prestados a doentes estrangeiros, de € 150 M em 2012 e de € 50 M em 2013, não foram alcançadas; em 2012 foi obtida uma receita adicional de € 126,4 M e em 2013 houve uma redução da cobrança de € 42,5 M.

A alteração dos limites das deduções fiscais com despesas de saúde e prémios de seguros de saúde, introduzida no OE/2012, contribuiu para a redução das deduções à coleta com estas despesas em € 425 M (€ 220 M face a € 645 M em 2011); os dados provisórios para 2013 apontam para uma tendência decrescente destas deduções, € 212 M (*cf. ponto 2.4.1.2*).

#### **b) Medicamentos genéricos**

A meta fixada para a quota de medicamentos genéricos no mercado do SNS de 30% para 2012 foi atingida, tendo-se alcançado 35%; em 2013, situou-se em 39%, aquém do objetivo de 45% para esse ano.

No período de 2010/2013 o aumento do consumo de medicamentos genéricos teve um efeito de redução dos encargos do SNS, quer por substituição do consumo de medicamentos não genéricos, quer por via do seu PVP ser mais baixo. Apesar da subida do consumo de genéricos no mercado do SNS do período em análise (52%), a despesa do SNS com estes medicamentos diminuiu (46%).

A diminuição verificada nos encargos dos utentes, de 10,3% no período 2010/2013, resultou do efeito conjugado da redução destes encargos no mercado de medicamentos não genéricos do SNS (21%) e do aumento dos mesmos no mercado do SNS com medicamentos genéricos (47%) decorrente do respetivo aumento de consumo (*cf. ponto 2.4.1.3*).

#### **c) Despesa pública com medicamentos**

Desde 2010 a despesa pública com medicamentos tem vindo a ser reduzida, com especial destaque para 2011 e 2012 (em que esta despesa totalizou € 2.478 M e € 2.180 M, respetivamente, que comparam com € 2.785 M em 2010); em 2013, esta despesa atingiu € 2.176 M. No período em análise, a redução da despesa no mercado ambulatorio alcançou € 493,0 M (28,9%) e no hospitalar € 116,3 M (10,8%).



## Tribunal de Contas

---

As metas para a despesa com medicamentos (de 1,25% do PIB em 2012 e de 1% em 2013) não foram alcançadas, verificando-se um desvio acumulado de € 604,9 M, dos quais € 425,0 M (70%) respeitam ao mercado hospitalar. Esta despesa alcançou 1,32% do PIB em 2012 e 1,31% em 2013.

No sentido de contribuir para o cumprimento dos objetivos para a despesa pública com medicamentos em 2012 foi celebrado, em maio de 2012, um acordo com a indústria farmacêutica, através do qual esta aceitou colaborar numa redução da despesa em € 300 M, face aos valores verificados no ano de 2011, dos quais € 170 M no mercado hospitalar e € 130 M no mercado ambulatorio e se comprometeu ao pagamento de uma contribuição, na parte que excedesse os objetivos de despesa pública.

Para 2013, foi estabelecido um aditamento ao referido acordo através do qual a indústria farmacêutica se comprometeu a contribuir, nesse ano, com € 122 M para a redução da despesa pública com medicamentos no mercado hospitalar.

Decorrente da aplicação do acordo e respetivo aditamento, as contribuições a efetuar pela indústria farmacêutica totalizaram € 187 M, dos quais € 3 M foram recebidos pela ACSS e € 166 M foram regularizados através de notas de crédito aos hospitais do SNS, encontrando-se por receber € 18 M (*cf. ponto 2.4.1.3*).

### **d) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica**

Observou-se uma redução da despesa com MCDT, verificando as maiores diminuições em 2011 e em 2012 (€ 882 M e € 787 M, que comparam com € 931 M em 2010); em 2013, esta despesa ascendeu a € 789 M. No período de 2010/2013 a redução da despesa atingiu € 142 M, em especial nos meios complementares de diagnóstico (-23%).

Face às metas definidas no MoU, de redução de 10% da despesa do SNS até ao final de 2011 e de 10% adicionais até ao final de 2012, consta-se que a primeira não foi alcançada, tendo ficado pelos 5,3%, e a segunda foi atingida (10,8%).

O valor médio dos preços estabelecidos nas convenções para a prestação de MCDT por entidades do setor privado (exceto diálise) aumentou significativamente em 2011, sofrendo variações menos relevantes nos anos posteriores. Por sua vez, assistiu-se também ao aumento do peso relativo das taxas moderadoras nos preços, ou seja, a parte do preço suportada pelos utentes. Assim, de um peso de 13% em 2011 evoluiu-se para 24% em 2012, com a revisão das taxas moderadoras, sendo que em 2013 o seu peso alcançou os 28%, o que significa que em média o utente não isento suporta mais de ¼ do preço, reduzindo, desta forma, a parte do preço que constitui encargo do SNS (*cf. ponto 2.4.1.4*).

### **e) Hospitais, custos com o pessoal e com o transporte de doentes**

Em 2010, os custos operacionais dos hospitais totalizaram € 5.530 M, observando-se uma redução nos anos subsequentes (€ 5.308 M em 2011, € 4.976 M em 2012 e € 4.922 M em 2013).

No final de 2012 os custos operacionais apresentaram uma redução de € 554 M face a 2010, ultrapassando a meta de € 200 M fixada no MoU. Porém, no período de 2010 a 2013 apenas se alcançou uma redução global de 11% (€ 608 M), inferior à meta de 15% estabelecida no MoU.



Os custos com o pessoal do SNS reduziram-se € 394 M no período de 2010/2013 (€ 2.873 M em 2010 e € 2.479 M em 2013), verificando-se que os custos com horas extraordinárias foram responsáveis por 35% desta redução (€ 300 M em 2010 que comparam com € 164 M em 2013, menos 45%).

Face às metas estabelecidas no MoU de redução de 20% em cada um dos anos de 2012 e de 2013 conclui-se que as mesmas foram cumpridas (42% no seu conjunto).

Os custos suportados pelo SNS com o transporte de doentes foram de € 123 M em 2011 e de € 99 M em 2012, apresentando uma diminuição de € 52 M (34%) no conjunto dos dois anos face à despesa registada em 2010 (€ 151 M), dando assim cumprimento à meta de 1/3 de redução da despesa fixada no MoU; em 2013, estes custos totalizaram € 98 M (*cfr.* 2.4.1.5).

## **MEDIDAS ORÇAMENTAIS ESTRUTURAIS - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

### **a) Número de trabalhadores**

A meta anual de 2% de redução de trabalhadores fixada no MoU foi superada, registando-se no final de 2013 menos 21.861 trabalhadores (redução de 3,7%). Entre 31 de dezembro de 2011 e 30 de junho de 2014, a redução do número de trabalhadores alcançou os 9,7% (menos 59.607 trabalhadores) (*cfr.* 2.4.2.1).

### **b) PREMAC**

No primeiro trimestre de 2013 a redução do número de entidades/estruturas no universo PREMAC (corrigido) era de 19%. Em 30 de junho de 2014 registava-se uma redução inferior, de 15%, devido ao facto de terem sido criadas, entretanto, mais entidades/estruturas, continuando a não dar cumprimento à meta de 40% de redução fixada no MoU.

No que respeita ao número de dirigentes, a redução encontra-se em 14,2%, que compara com 12,9% anteriormente apurados, ainda assim aquém da meta de 27% fixada no MoU (*cfr.* 2.4.2.2).



## Tribunal de Contas

---

### 4 – RECOMENDAÇÕES

Atentas as conclusões que antecedem:

A) Reiteram-se à Ministra de Estado e das Finanças as recomendações formuladas no Relatório n.º 28/2013 – 2.ª S, em particular as seguintes:

1. Diligenciar pela elaboração e publicitação de um relatório final de execução do PAEF, de modo a permitir a apreciação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas e, nos casos aplicáveis, a identificação dos recursos financeiros associados, quer na ótica da despesa (poupanças alcançadas) quer na da receita (receitas obtidas).
2. Instituir os procedimentos necessários para que as estimativas das medidas de consolidação orçamental sejam rigorosas e fiáveis, se evidencie de forma clara o seu efeito na orçamentação das receitas e das despesas e se divulguem os respetivos pressupostos;
3. Diligenciar para que os sistemas de informação da execução orçamental permitam a monitorização e acompanhamento das medidas de consolidação orçamental e o exame contínuo dos resultados alcançados, bem como da respetiva divulgação;
4. Providenciar para que a Conta Geral do Estado apresente informação sobre a execução das medidas de consolidação orçamental, de modo a permitir a apreciação dos resultados obtidos face às estimativas e a fundamentar de forma mais sustentada as opções de políticas públicas no respeito pela legalidade, equidade, eficiência e eficácia, assegurando a transparência e publicidade que devem presidir à apresentação das contas públicas;
5. Tomar as medidas necessárias para acelerar a finalização dos processos de reorganização decorrentes da implementação do PREMAC e a posterior elaboração de um relatório final que integre informação sobre a situação inicial e final das estruturas existentes, respetivos postos de trabalho previstos e os efetivamente ocupados, assim como os impactos ocorridos, designadamente, as poupanças alcançadas.

B) Formulam-se ao Ministro da Saúde as seguintes recomendações:

6. Providenciar pela efetivação do pagamento das contribuições devidas pela indústria farmacêutica relativas aos anos de 2012 e de 2013 resultantes da aplicação do Acordo celebrado em 14 de maio de 2012 com a APIFARMA;
7. Determinar a avaliação sistemática das medidas implementadas no setor da saúde que abranja, designadamente, os impactos financeiros e sociais para o SNS e para os respetivos utentes no que respeita: ao regime das taxas moderadoras, os valores fixados e as isenções previstas; às regras previstas para o transporte de doentes não urgente; às margens de comercialização dos grossistas e retalhistas.



## 5 – VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Foi dada vista à Exma. Procuradora-Geral Adjunta que, em seu douto parecer (autuado no processo da ação), referiu “*Atentas as Conclusões e Recomendações do projeto de Relatório, em apreço, nenhuma específica questão de legalidade financeira foram colocadas, ou revelados quaisquer factos que possam configurar a prática de infrações financeiras de que nos cumpre conhecer. De igual modo, não resultam evidenciadas quaisquer outras ilegalidades que justifiquem a intervenção de outras jurisdições, eventualmente competentes. Termos em que, nada mais se nos oferece dizer, nesta sede*”.

## 6 – EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1.º, 2.º, 10.º e 11.º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril, e em conformidade com as notas de emolumentos constantes dos **Anexos II, III e IV**, são devidos emolumentos no montante de € 13.159,06 a suportar pelas seguintes entidades e montantes:

- ◆ Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças (€ 1.716,40);
- ◆ Administração Central do Sistema de Saúde (€ 5.721,33);
- ◆ INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (€ 5.721,33).

## 7 – DETERMINAÇÕES FINAIS

a) O presente relatório deve ser remetido:

- ◆ À Assembleia da República, mais concretamente, à sua Presidente e às seguintes Comissões Parlamentares:
  - ◇ Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública;
  - ◇ Comissão de Saúde.
- ◆ Ao Primeiro-Ministro, ao Vice-Primeiro-Ministro, à Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde;
- ◆ Ao Secretário de Estado da Administração Pública;
- ◆ Às seguintes entidades:
  - ◇ Administração Central do Sistema de Saúde;
  - ◇ INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde;
  - ◇ Direção-Geral do Orçamento;
  - ◇ Direção-Geral da Administração e do Emprego Público.



## Tribunal de Contas

---

- b) No prazo de seis meses, devem as entidades destinatárias das recomendações informar o Tribunal acerca das medidas tomadas no sentido da sua implementação.
- c) Após a entrega do Relatório às entidades referidas, será o mesmo divulgado pelos meios de Comunicação Social e na página da internet do Tribunal.
- d) Um exemplar do presente relatório deverá ser remetido ao Magistrado do Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29.º, n.º 4, 54.º, n.º 4, e 55.º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

Aprovado em Subsecção da 2.ª Secção do Tribunal de Contas, em 11 de dezembro de 2014

**O JUIZ CONSELHEIRO RELATOR,**

(José Luís Pinto Almeida)

**OS JUÍZES CONSELHEIROS,**

(José de Castro de Mira Mendes)

(José Manuel Monteiro da Silva)

**Fui Presente**

**A PROCURADORA-GERAL ADJUNTA**

Q.

ACOMPANHAMENTO DOS MECANISMOS DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA A PORTUGAL

---



Q.

**Tribunal de Contas**

---

## **ANEXO I – RESPOSTAS DAS ENTIDADES**

Q.

ACOMPANHAMENTO DOS MECANISMOS DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA A PORTUGAL

---



27.NOV.14 1451

Exmo. Senhor  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas

---

SUA REFERÊNCIA  
e-mail

SUA COMUNICAÇÃO DE  
21-11-2014

NOSSA REFERÊNCIA  
Ent n°.7369/2014  
Proc. 02.01

---

ASSUNTO: Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal

Exmo. Senhor,

Em referência ao e-mail mencionado em epígrafe, encarrega-me S. E. a Ministra de Estado e das Finanças de enviar os contributos deste Gabinete.

Com os melhores cumprimentos,

A  
A Chefe do Gabinete

Cristina Sofia Dias

DGTC 1 12.14 20268

**Tribunal de Contas | Processo n.º 23/2012-Audit | Relato da Auditoria  
"Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal"**

Ministério das Finanças, 27 de novembro de 2014

---

**Índice**

I. Consideração das Recomendações dirigidas à Ministra de Estado e das Finanças .....	2
II. Comentários aos factos e dados incluídos no Relato.....	4
Secção 2.1 – Previsões macroeconómicas e orçamentais do PAEF.....	4
Secção 2.2 – Requisitos do Memorando de Políticas Económicas e Financeiras .....	4
Secção 2.3 – Medidas de política orçamental para 2013.....	5

---

## I. Consideração das Recomendações dirigidas à Ministra de Estado e das Finanças

---

Na sequência das Recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas (transcritas em itálico), apresenta-se de seguida a posição do Ministério das Finanças.

**1** ♦ *Diligenciar pela elaboração e publicitação de um relatório final de execução do PAEF, de modo a permitir a avaliação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas e, nos casos aplicáveis, a identificação dos recursos financeiros associados, quer na ótica da despesa (poupanças alcançadas) quer na da receita (receitas obtidas).*

Relativamente à recomendação de elaboração e publicitação de um relatório final de execução do PAEF, recorda-se que existem três documentos elaborados pelo Governo que, em conjunto, apresentam o balanço dos progressos alcançados ao longo do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro, identificando ainda os projetos futuros:

- “A gestão do programa de ajustamento - 1000 dias 450 medidas” <sup>(1)</sup>;
- “Caminho para o crescimento – Uma estratégia de reforma de médio prazo” <sup>(2)</sup>;
- Documento de Estratégia Orçamental para 2014-2018 <sup>(3)</sup>.

Em complemento, informa-se que a Comissão Europeia produziu e publicou também um relatório sobre o período do PAEF <sup>(4)</sup>.

**2** ♦ *Instituir os procedimentos necessários para que as estimativas das medidas de consolidação orçamental sejam rigorosas e fiáveis, se evidencie de forma clara o seu efeito na orçamentação das receitas e das despesas e se divulguem os respetivos pressupostos;*

Reitera-se o acolhimento da recomendação, bem como o entendimento que o aumento da transparência orçamental e a melhoria da qualidade da informação divulgada continuam a evoluir de forma positiva. O Documento de Estratégia Orçamental para 2014-2018, o Relatório que acompanhou a Segunda Proposta de Alteração ao Orçamento do Estado para 2014 e o Relatório do Orçamento do Estado para 2015 constituem novas evidências neste sentido. Sendo sempre possível aperfeiçoar o processo orçamental e a divulgação da informação relativa à execução e estratégias orçamentais, o Ministério das Finanças mantém o empenho nesta matéria. A revisão da Lei de Enquadramento Orçamental em curso constitui um exemplo paradigmático da continuidade da estratégia de reforço da transparência orçamental e do escrutínio do processo orçamental.

---

<sup>1</sup> Em <http://www.portugal.gov.pt/media/1413075/20140508%20seapm%20gestao%20paef.pdf>

<sup>2</sup> Em <http://www.portugal.gov.pt/media/1424520/20140517-caminho-crescimento.pdf>

<sup>3</sup> Em

<http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=5148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764e554e50526b46514c305276593356745a57353062334e46626e52705a47466b5a584e466548526c636d3568637938214d4459354d6a51334e6980344d6a557a4c5451304d475574596a41335a43307a4e6a6b794e5746694d7a646c597a51756347526d&fich=50692476-8253-440e-b07d-36925ab37ec4.pdf&inline=true>

<sup>4</sup> Em [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2014/pdf/ocp202\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/pdf/ocp202_en.pdf)

**3 ♦ Diligenciar para que os sistemas de informação da execução orçamental permitam a monitorização e acompanhamento das medidas de consolidação orçamental e a avaliação contínua dos resultados alcançados, bem como a respetiva divulgação;**

Reitera-se o entendimento que estas diligências se encontram cumpridas com a publicação mensal da Síntese de Execução Orçamental pela Direção-Geral do Orçamento e, em particular, com o detalhe da informação providenciada nesse documento, apresentando nomeadamente comparações com o período homólogo e com as estimativas contidas no Orçamento do Estado para o ano corrente. Ainda assim, à semelhança do referido em resposta à recomendação n.º 2, o Ministério das Finanças prosseguirá as diligências necessárias para dar continuidade ao reforço da transparência orçamental.

**4 ♦ Providenciar para que a Conta Geral do Estado apresente informação sobre a execução das medidas de consolidação orçamental, de modo a permitir a avaliação dos resultados obtidos face às estimativas e a fundamentar de forma mais sustentada as opções de políticas públicas no respeito pela legalidade, equidade, eficiência e eficácia, assegurando a transparência e publicidade que devem presidir à apresentação das contas públicas;**

À semelhança do referido em resposta às recomendações n.º 2 e n.º 3, reiteram-se os progressos significativos já alcançados em matéria de reforço da transparência orçamental, bem como a intenção de prosseguir as diligências necessárias para consolidar e aprofundar os mesmos.

**5 ♦ Tomar as medidas necessárias para acelerar a finalização dos processos de reorganização decorrentes da implementação do PREMAC e a posterior elaboração de um relatório final que integre informação sobre a situação inicial e final das estruturas existentes, respetivos postos de trabalho previstos e os efetivamente ocupados, assim como os impactos ocorridos, designadamente, as poupanças alcançadas;**

Reiterando-se o acolhimento da recomendação, adianta-se também que se encontra prevista a conclusão de um relatório final sobre o PREMAC pelo Ministério das Finanças no início de 2015.

## II. Comentários aos factos e dados incluídos no Relato

---

### *Secção 2.1 – Previsões macroeconómicas e orçamentais do PAEF*

De forma a assegurar a exatidão da comparação entre as previsões iniciais do Programa de Ajustamento e as previsões do décimo primeiro exame regular do Programa, impõem-se desde já as seguintes correções factuais.

No Gráfico 1 – Revisão da Previsão do PIB, da página 14, os valores das séries para 2011 estão trocados. Com efeito, a taxa de variação de -2,2% refere-se ao Programa inicial enquanto -1,3% se refere à 11ª avaliação. No terceiro parágrafo da mesma página, quando se refere as revisões em baixa das previsões de crescimento do PIB, importa ter presente que o valor de -1,4% corresponde ao valor realizado e não à previsão divulgada no relatório referente à 11ª avaliação (no relatório do FMI não aparece como “projection”).

A diferença entre a taxa de desemprego prevista para 2016 face à verificada em 2011 é de 1,8 p.p. (14,5% - 12,7%) e não de 2,4 p.p. como é mencionado no segundo parágrafo da página 15.

No Quadro 1 que sintetiza a evolução prevista para o PIB e os principais agregados orçamentais do relatório do FMI sobre a 11ª avaliação, sinaliza-se que a segunda linha apresenta a variação real do PIB, não tendo correspondência direta com os valores do PIB nominal apresentados na primeira linha.

Face ao elenco de seis pontos sobre otimismo nas perspetivas macroeconómicas e orçamentais (o primeiro apresentado na página 15, os restantes na página seguinte), entende-se necessário explicitar o seguinte:

- Página 15: No que respeita à contração do PIB real, se o desvio acumulado é calculado como a soma dos desvios anuais em comparação com a expectativa inicial, então para o período de 2011/2013 seria de 3,6 p.p. (em vez de 4,0 p.p.), devendo considerar-se o desvio de +0,4 p.p. em 2011.
- Uma vez que o relato do Tribunal de Contas data de novembro de 2014, deverá referir-se, eventualmente em nota de pé de página, que o valor anual máximo atingido pelo desemprego foi de 16,2% conforme revisto pelo INE (enquanto o primeiro ponto da página 16 refere 16,3%).
- O segundo ponto da página 16 tem os valores trocados: 2,8% foi o valor da taxa de inflação em 2012 na 11ª avaliação, enquanto na avaliação inicial foi de 2,1%.
- As referências ao défice externo carecem de maior precisão. As projeções do décimo primeiro exame regular indicam um saldo da Balança Corrente de -7,0% do PIB em 2011 e não de -7,2% do PIB como referido no último ponto da página 16.

### *Secção 2.2 – Requisitos do Memorando de Políticas Económicas e Financeiras*

No que respeita às alterações efetuadas à lei orçamental de 2013 não foi possível confirmar os valores referidos no segundo parágrafo da página 18.

A alínea b) do Quadro 4 na página 20 refere indevidamente que o limite máximo para a dívida foi revisto na sequência da 11ª avaliação regular quando a revisão ocorreu na 8ª/9ª avaliação. Também a fonte dos valores do Quadro 4 está identificada como “MPEF 7ª à 10ª atualizações” quando deveria ser “MPEF 10ª e 11ª atualizações”.

No final da página 21, o valor global acumulado dos pagamentos efetuados ao abrigo dos programas de regularização de dívidas em atraso no final de dezembro de 2013 deverá corresponder à soma das parcelas enunciadas que constam da tabela 1.4 do relatório da CE, e que são de resto referidas no mesmo parágrafo.

No que respeita à Caixa 3 (Desembolsos do PAEF até ao final de abril de 2014), tendo presente que o empréstimo de €3.900M ao Fundo de Resolução ocorreu em agosto, a bem da precisão, não se pode aceitar a referência que consta no final da Caixa 3 na página 23: “Em julho, o saldo [BSSF] era de €2.500M, prevendo-se a utilização de €3.900M na sequência da resolução do BES.” Com efeito, esse saldo no final de julho ascendia a €6.400M.

### *Secção 2.3 – Medidas de política orçamental para 2013*

Os valores das medidas de redução da despesa no Quadro 5 da página 24 não estão inteiramente corretos. Com efeito, os valores relativos às 5ª e 6ª atualizações são de 2.635 e 2.475, respetivamente (em vez de 2.625 e 2.575). No final do parágrafo que se segue ao Quadro 5, onde se refere €325M de aumento da receita de IRS, deveria ter-se repartido esse montante por IRS (€175M) e por IRC (€150M).

Quando se refere, no primeiro parágrafo da página 25, o peso das despesas com pessoal nas medidas de consolidação deve ter-se o cuidado de verificar que o peso apresentado no Quadro 6 é o peso das medidas de despesa no total de redução da despesa e o peso das medidas do lado da receita no total de aumento da receita [nas medidas de política orçamental 2013 – 7ª atualização do MoU]. Nesse contexto, o valor de €1.400 M das despesas com pessoal representava 41.8% do esforço do lado da despesa e não do total do esforço de consolidação como vem referido.

Em linha com o referido no primeiro comentário a esta secção, no Quadro 7 da página 26, o valor das medidas de redução da despesa da 5ª atualização é 2.635 (em vez de 2.625), sendo que o valor das Prestações sociais em espécie (saúde) é 485 (em vez de 475).

No que respeita ao Quadro 8 da página 27, sinalizam-se no quadro *infra* os valores corretos face aos apresentados.

Rubricas	2012	2013	Variação	
			Valor	%
Despesas com o pessoal	14.657,5	16.410,8	1.753,3	12,0
Aquisição de bens e serviços	14.503,9	13.886,1	-617,8	-4,3
Juros e outros encargos	8.170,8	7.956,2	-214,6	-2,6
Transferências correntes	33.757,0	36.317,9	2.560,9	7,6
Subsídios	2.208,8	2.335,3	126,5	5,7
Outras despesas correntes	991,7	1.032,8	41,1	4,1
Investimento	4.509,2	4.493,4	-15,8	-0,3
Transferências de capital	1.008,4	1.001,6	-6,8	-0,7
Outras despesas de capital	109,4	170,7	61,3	56,0
<b>1 - Total despesa efetiva</b>	<b>79.916,8</b>	<b>83.604,8</b>	<b>3.688,0</b>	<b>4,6</b>
Impostos diretos	16.549,7	20.650,7	4.101,0	24,8
Impostos indiretos	21.117,4	21.267,9	150,5	0,7
Contribuições para Segurança Social, CGA, ADSE	16.877,2	18.524,6	1.647,4	9,8
Transferências correntes	2.643,1	2.503,7	-139,4	-5,3
Outras receitas correntes	8.430,4	8.392,8	-37,6	-0,4
Diferenças de conciliação na receita corrente	0,0	448,8	448,8	n.a.
Venda de Bens de Investimento	83,5	208,2	124,7	149,3
Transferências de capital	5.501,3	2.030,1	-3.471,2	-63,1
Outras receitas de capital	1.577,7	671,0	-906,7	-57,5
Diferenças de conciliação na receita de capital	0,0	22,1	22,1	n.a.
<b>2 - Total receita efetiva</b>	<b>72.780,2</b>	<b>74.719,9</b>	<b>1.939,7</b>	<b>2,7</b>
<b>Saldo (2-1)</b>	<b>-7.136,6</b>	<b>-8.884,8</b>	<b>-1.748,2</b>	<b>24,5</b>

No que respeita à Caixa 4 (Síntese da execução orçamental no período de 2010/2013, sinalizam-se *infra* os valores corretos face aos apresentados no quadro síntese da evolução da receita, da despesa e do saldo global das administrações públicas na ótica de caixa:

	2010	2011	2012	2013	Variação 2013/2010	
1 - Despesa efetiva	78.965,4	77.940,4	79.916,8	83.604,8	4.639,4	5,9%
2 - Receita efetiva	67.420,8	72.077,6	72.780,2	74.719,9	7.299,1	10,8%
3 - Saldo global	-11.544,6	-5.862,8	-7.136,6	-8.884,8	2.659,8	23,0%

Como nota final à Caixa 4 refere-se que não está suficientemente claro o conteúdo apresentado no quadro final da página 29 que antecede a respetiva conclusão. Em particular, importa esclarecer o âmbito das “principais medidas com impacto financeiro nos anos de 2011 e 2013”, garantir que estão inscritos valores para todos os anos (quando aplicável), distinguir os valores apurados em contabilidade pública e em contabilidade nacional e distinguir as medidas com impacto no défice orçamental daquelas que têm apenas impacto na dívida pública. Neste contexto, considera-se igualmente relevante proceder às adaptações necessárias na secção 3 (Conclusões), onde se remete para a referida Caixa 4.



Exmo. Senhor  
Dr. José F.F. Tavares  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61  
1069-045 Lisboa

**Sua Referência**  
Of. N.º 16119

**Sua Comunicação**  
12.11.2014

**Nossa referência**  
Ent. 13756/2014  
Proc. 344/13

**ASSUNTO: Relato do Tribunal de Contas relativo a Auditoria “Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal” – Processo n.º 23/2012 - Audit**

Relativamente ao relato supra identificado no âmbito da Auditoria de “Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal”, encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de informar o que a seguir se referencia, conforme dados recolhidos junto dos serviços pertinentes.

I.

Em primeiro lugar, cumpre referir que a implementação das medidas que integravam o Memorando de Entendimento (MoU) foi efetuada num contexto estrutural de insuficiências várias em termos de prevenção, planeamento, organização, financiamento, informação e informatização.

Houve que lidar com constrangimentos de acesso e sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde num contexto conjuntural adverso em termos de determinantes de saúde (mais desemprego, menor rendimento disponível das famílias, entre outros) e em termos de restrições financeiras inerentes à situação de emergência nacional.





Verificou-se neste domínio de ação a conjugação simultânea de quatro fatores: redução da despesa pública em Saúde, pagamento avultado de dívidas acumuladas, eliminação simultânea de desequilíbrios estruturais nas contas e hospitais do SNS e implementação de reformas estruturais.

Em todo o caso, cabe notar que, sem prejuízo deste enquadramento e do cumprimento da grande maioria das medidas do MoU, foram asseguradas as condições de acesso, a equidade e a justiça social, a par da capacidade de resposta aos cidadãos, conforme verificaremos nos pontos seguintes.

Adicionalmente, importa sublinhar que a redação do MoU relativamente ao sector da saúde caracterizava-se pela existência de um leque diversificado e complexo de medidas, conjugando medidas de cariz económico-financeiro, com objetivos quantificados e calendário de implementação definidos, com medidas de âmbito qualitativo, tendentes à melhoria do acesso aos cuidados primários, e à reforma da política do medicamento, entre outras medidas. Efetivamente, o sector da saúde foi uma das áreas estruturais com maior número de medidas previstas no MoU.

Por último, importa explicitar que o Ministério da Saúde criou, desde o início da implementação do MoU, uma estrutura interna de monitorização de aferição do cumprimento das medidas por parte das entidades do Ministério da Saúde competentes, tendo atribuído a cada entidade a responsabilidade do cumprimento de cada medida<sup>1</sup>. Esta monitorização próxima da implementação das medidas por cada entidade permitiu assegurar o cumprimento global das medidas do MoU no sector da Saúde.

---

<sup>1</sup> A atribuição de responsabilidade pela implementação de cada medida foi efetuada através dos Despachos n.º 3/2011, de 7 de julho, n.º 1/2012, de 6 de janeiro, n.º 8/2012, de 16 de maio, n.º 36/2012, de 26 de novembro, e n.º 64/2013, de 29 de novembro, do Senhor Ministro da Saúde.



II.

Sem prejuízo das pronúncias apresentadas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), apresentam-se em seguida os seguintes esclarecimentos ou informação adicional.

### **Ponto 2.2.3 – Objetivos fixados para os pagamentos em atraso**

Em primeiro lugar, cumpre referir que para efeitos de enquadramento do conteúdo do ponto 2.2.3, página 21, nomeadamente a conclusão de que *“Relativamente à não acumulação de atrasos nos pagamentos domésticos pelas AP’s, os relatórios de avaliação indicam o não cumprimento continuado deste objetivo em 2013. A 11.ª avaliação do FMI permitiu concluir que foram constituídos novos pagamentos em atrasos no valor de cerca de € 250 M, em particular provenientes dos hospitais EPE”* (sublinhado nosso), deverá ser considerado o esforço desenvolvido pelo Ministério da Saúde para criação de condições de sustentabilidade financeira dos hospitais EPE, contribuindo para a redução dos pagamentos em atraso.

Assim, e a acrescer à implementação de inúmeras medidas de melhoria da eficiência na prestação de cuidados de saúde, tomou-se um conjunto de medidas destinadas a melhorar a situação económica e financeira das unidades hospitalares, nomeadamente as seguintes:

- Implementação de um programa de regularização de dívidas no valor total de 1.923 milhões de euros, com a disponibilização para o ano de 2012 de dotação orçamental extraordinária, no montante de 1.500 milhões de euros, e para o ano de 2013, no montante de 432 milhões de euros. O processo de regularização de dívidas foi devidamente monitorizado e validado pela Inspeção-Geral de Finanças;
- Recapitalização, em 2014, das unidades hospitalares no montante global de 425,6 milhões de euros, através da conversão de dívidas em capital estatutário, no âmbito do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS (FASP). Ainda em 2014, vai ser aumentado o capital do FASP em 40 milhões de euros, para permitir o resgate de unidades de participação ainda detidas pelos hospitais. Subsequentemente, terá lugar uma nova conversão de dívidas em capital estatutário dos hospitais EPE, num montante de 43 milhões de euros;



- Disponibilização, em 2014, de fundos adicionais aos hospitais EPE no montante de 230 milhões de euros, com o objetivo de assegurar condições para a obtenção do equilíbrio operacional e, conseqüentemente, evitar a acumulação de novos pagamentos em atraso a fornecedores. Importa referir que a disponibilização daquele montante aos hospitais EPE contou com o apoio das instituições internacionais, tendo como objetivo assegurar a situação de equilíbrio dos hospitais já em 2014 e não em 2015, conforme inicialmente proposto pelo Ministério da Saúde.
- Aumento de capital nos hospitais EPE, no montante de 454 milhões de euros (cerca de metade, em 2014, e o remanescente em 2015).
- Implementação no universo do SNS da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso (LCPA), a qual permitiu reforçar os mecanismos de monitorização e controlo por parte do Ministério da Saúde, bem como de articulação com as entidades competentes do Ministério da Saúde.

No global, entre 2012 e 2015, o Ministério da Saúde disponibilizou financiamento adicional ao SNS no montante de 3.115 milhões de euros.

Com estas medidas foi possível melhorar significativamente a sustentabilidade financeira do SNS, tendo o défice global do SNS (défice da Conta SNS acrescido dos EBITDA dos hospitais EPE) reduzido de 833 milhões de euros, em 2010, para -144 milhões de euros, em 2013, antecipando-se que, em 2014, atinja um excedente de 71 milhões de euros.

Por último, relativamente à acumulação de novos arrears em 2014, verifica-se que as medidas implementadas surtiram o efeito desejado, antecipando-se que, face ao *stock* de arrears existente em dezembro de 2013, no final de 2014 não tenha havido nova acumulação de pagamentos em atraso.



#### **Ponto 2.4.1.2 – Taxas moderadoras e deduções fiscais com despesas de saúde**

Importa, antes de mais, referir que, sem prejuízo das medidas implementadas neste âmbito, o Ministério da Saúde tomou, desde o primeiro momento, a decisão de as taxas moderadoras manterem o seu nível abaixo de 3% da despesa pública, não dando assim cumprimento na sua plenitude aos objetivos constantes desta medida, não só no que se refere aos seus objetivos quantitativos de incremento da receita, como também no que se refere ao sentido de revisão do regime de taxas moderadoras. Adicionalmente, foram implementadas medidas com o objectivo de melhorar o processo de faturação e de cobrança.

Conforme consta da redação original da medida, a revisão do regime de taxas moderadoras tinha três objetivos centrais:

- “Revisão substancial das categorias de isenção atuais, incluindo uma aplicação mais rígida da condição de recursos”;
- “Aumento das taxas moderadoras em determinados serviços, assegurando que as taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários são menores do que as aplicáveis a consultas de especialidade e episódios de urgência”;
- “Legislar a indexação automática das taxas moderadoras do SNS à inflação”.

Como é possível verificar, no que se refere ao primeiro objetivo, a revisão das categorias de isenção do regime de taxas moderadoras conduziu ao incremento do número de isentos, nomeadamente por insuficiência económica, e não à sua redução, o que resultaria da “aplicação mais rígida da condição de recursos” prevista no MoU.

Apresenta-se, na tabela seguinte, uma síntese da evolução do número de isentos de taxas moderadoras, entre o anterior e o atual regime:



Novo Modelo (21junho2014)		Modelo Anterior (31 dezembro 2011)						
RNU - Número de novos isentos de Taxa Moderadora		Real (a) N.º de Utentes	Potencial (b) 2012 N.º de Utentes	a/b	Real (c) N.º de Utentes	Potencial (d) N.º de Utentes	c/d	RNU - Número de Isentos de Taxa Moderadoras a 31 de Dezembro de 2011
<b>Total de isentos</b>		<b>5.780.026</b>	<b>7.271.080</b>	<b>79%</b>	<b>4.338.654</b>	<b>7.284.321</b>	<b>60%</b>	<b>Total de isentos</b>
<u>Isenção Universal</u>		<b>4.740.958</b>	<b>6.196.881</b>	<b>77%</b>	<b>4.338.654</b>	<b>6.239.061</b>	<b>70%</b>	<u>Isenção Universal</u>
	<i>Insuficiência económica</i>	3.065.369	5.189.209	59%	1.592.094	4.424.027	36%	<i>Insuficiência económica</i>
	<i>Grávidas e parturientes</i>	116.180	45.043	25.8%	227.165	52.146	43.6%	<i>Grávidas e parturientes</i>
	<i>Crianças até 12 anos de idade (inclusive)</i>	1.282.628	880.918	14.6%	1.390.857	737.324	18.9%	<i>Crianças até 12 anos de idade (inclusive)</i>
	<i>Incapacidade igual ou superior a 60% (modelo antigo)</i>	66.290	81.711	19.7%	890.120	890.120	100%	<i>Morbilidade</i>
	<i>Incapacidade igual ou superior a 60% (Despacho n.º 26432/2009)</i>	94.290						
	<i>Doentes transplantados de órgãos</i>	4.335			55			
	<i>Desempregados e familiares</i>	111.866						
<u>Isenção CSP</u>		<b>148.948</b>	<b>184.079</b>	<b>81%</b>				
	<i>Bombeiros</i>	26.721	59.387	45%	32.947	59.387	55%	<i>Bombeiros</i>
	<i>Dadores benévolos de sangue</i>	97.877	74.692	131%	196.408	74.692	263%	<i>Dadores benévolos de sangue</i>
	<i>Dadores benévolos de sangue - Beneméritos</i>	19.106						
	<i>Dadores vivos de células, tecidos e órgãos</i>	1.339			1.135	1.135	100%	<i>Dadores vivos de células, tecidos e órgãos</i>
	<i>Militares e ex-militares das FA incapacitados</i>	3.905			230	230	100%	<i>Militares e ex-militares das FA incapacitados</i>
	<i>Outros</i>		50.000	0%	7.643			<i>Outros</i>
<b>Dispensados do pagamento de Taxas</b>		<b>890.120</b>	<b>890.120</b>	<b>100%</b>		<b>1.045.259</b>		<b>Idade =&gt; 65 anos (taxa a 50%)</b>

Fonte: ACSS.

Considerando a estimativa obtida pelos dados do Registo Nacional de Utentes, a 2 de junho de 2014, 5.780.026 utentes usufruem de isenção do pagamento de taxas moderadoras, sendo que 3.065.369 utentes dizem respeito a insuficiência económica. Face ao modelo anterior, verifica-se um incremento muito significativo do número total de utentes isentos de taxas moderadoras, de cerca de 4,4 milhões de utentes para 5,8 milhões de utentes, correspondente a um acréscimo de cerca de 1,5 milhões de utentes isentos.



Adicionalmente, importa ainda sublinhar que quando analisados o número potencial de utentes isentos, ou seja, o número de utentes que reúnem condições para serem isentos do pagamento de taxa moderadora, verificamos que o número potencial de isentos corresponde a cerca de 7,3 milhões de utentes, ou seja, cerca de 70% dos portugueses estão dispensados do pagamento de taxas moderadoras, de acordo com a informação disponibilizada pela ACSS.

Por último, importa sublinhar que o atual regime de taxas moderadoras permite ser muito mais efetivo para os utentes, na medida em que no modelo atual cerca de 79% do volume potencial de utentes isentos está efetivamente isento, quando no modelo anterior apenas 60% se encontrava efetivamente isento.

Quanto ao objetivo constante da medida de “Aumento das taxas moderadoras em determinados serviços...aplicáveis a consultas de especialidade e episódios de urgência”, o Ministério da Saúde tendo cumprido o racional de maior incremento de taxas moderadoras em alguns serviços em detrimento de outros serviços, conforme constava da medida do MoU, não incrementou o valor das taxas moderadoras na exata medida do necessário para serem alcançados os objetivos de incremento de receitas definido no MoU, de 150 milhões de euros, em 2012, e de 50 milhões de euros, em 2013. Facto que conduziu ao não cumprimento do solicitado pelas instâncias internacionais, conforme publicamente divulgado pelo Ministério da Saúde e referido no Relato do Tribunal de Contas.

A este propósito, importa referir que esta opção política de não cumprimento da medida, tem subjacente a manutenção dos pressupostos base de financiamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e na convicção de que as taxas moderadoras não deverão ser perspetivadas como veículo de financiamento do SNS mas antes como uma medida catalisadora da racionalização de recursos e do controlo da despesa, atendendo ao carácter estruturante que as taxas moderadoras assumem na gestão, via moderação, dos recursos disponíveis, que são, por definição, escassos. Merece, ainda, destaque a avaliação<sup>2</sup> efetuada pelas instâncias internacionais a esta medida, ao referir que *“Observed: revenue collection has increased by €110 million, though slightly below the target. Importantly, fees have moderated consumption resulting*

<sup>2</sup> “The Economic Adjustment Programme for Portugal Seventh Review – Winter 2012/2013; Occasional Papers 153 | June 2013”, European Commission (Página 47).



*in a decrease in unnecessary emergency consultations and hospital outpatient consultations (which in turn explains lower fee revenues). ACSS is developing several measures to further improve the billing and collection process.”*

Neste âmbito, merece, ainda, destaque o início da disponibilização de notas informativas aos utentes com informação dos custos suportados pelo SNS com os cuidados de saúde prestados aos utentes, na medida em que permitiu incrementar a consciencialização dos utentes dos custos incorridos pelo SNS nos cuidados de saúde prestados e, por essa via, promover a utilização mais adequada e parcimoniosa dos cuidados hospitalares.

Por último, atendendo à sensibilidade da revisão do regime de taxas moderadoras e à necessidade de monitorizar o impacto do novo regime na equidade de acesso dos utentes aos cuidados de saúde, a ACSS solicitou à *Nova School of Business and Economics* a realização de um estudo que procurasse avaliar as barreiras de acesso a cuidados de saúde por via de decisões efetivas, tendo-se concluído, entre outras, que as taxas moderadoras foram encaradas como uma barreira impeditiva de acesso a cuidados de saúde por menos de 1% da população inquirida.

Adicionalmente, importa ainda considerar o estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em junho de 2013, intitulado “O novo regime jurídico das taxas moderadoras”. Através deste estudo, a ERS conclui que, analisado o impacto da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, e no financiamento global do SNS, de 2011 para 2012 assistiu-se ao aumento de utentes isentos por condição de insuficiência económica, bem como as seguintes conclusões principais:

- nos cuidados hospitalares não foi encontrada qualquer variação estatisticamente relevante na utilização de consultas de especialidade. Por outro lado, a mesma conclusão é retirada na utilização de urgências, cuja redução assinalada ocorreu de forma idêntica quer ao nível de utentes isentos quer não isentos, não podendo, pois, ser atribuído a qualquer efeito de moderação promovido pelas taxas moderadoras;
- considerando que a prestação de cuidados de saúde deve ocorrer primordialmente ao nível dos cuidados de saúde primários ou ao nível de profissionais de saúde mais adequados,



salienta-se também que as conclusões da ERS permitem aferir que o modelo preconizado produz o efeito de fortalecimento do acesso via cuidados programados, nomeadamente aos cuidados de saúde primários;

- as taxas moderadoras mantêm um peso diminuto no total da receita, pelo que cumpridos os limites constitucionais e salvaguardadas as isenções nas situações de carência económica e social, por via do novo regime cumpre-se o objetivo de racionalização da utilização do SNS.

Face ao exposto, considera-se que a análise efetuada nas páginas 39 e 40 do Relato, com o objetivo de “conhecer a tendência verificada no período de 2010 a 2013 no que respeita à utilização/prestação dos cuidados de saúde do SNS” e, conforme referido no próprio Relato sobre a “dificuldade e complexidade em correlacionar a evolução da atividade assistencial com a alteração do regime das taxas moderadoras”, deverá considerar as conclusões alcançadas nos dois estudos anteriormente referidos.

Por outro lado, e no que se refere à referência sobre esta matéria constante do ponto 3. Conclusões, na pg 72 do Relato de auditoria em referência, nomeadamente “tendo por base a tipologia de atos geradores de taxa moderadoras, verificou-se uma quebra da atividade assistencial de 5% entre 2011 e 2013”, cumpre referir que o ano 2013 foi aquele em que se verificou o maior nível de utilização nos cuidados de saúde primários, de entre a série analisada, constatando-se assim que mais de 7,1 milhões de portugueses obtiveram uma consulta através do médico de família nesse ano (em 2011 tinham sido 6,7 milhões e, em 2012, 7,0 milhões de portugueses).

Adicionalmente, é relevante referir que se registou neste período um aumento do número de consultas realizadas no domicílio dos utentes, o que reflete o esforço de adequação das estruturas às necessidades das populações servidas, nomeadamente, a prestação de cuidados de maior proximidade. Para além disso, e considerando o seu impacto ao nível do acesso aos cuidados de saúde primários, possibilitando uma utilização mais racional dos recursos (essencialmente médicos) presentes neste nível de cuidados e uma maior comodidade para os utentes, importa referir que se registou, em 2013, um aumento substancial da prescrição electrónica de receitas com validade de seis meses (+4.121.726 receitas renováveis face a



período homólogo), evitando-se assim visitas desnecessárias ao médico de família e permitindo uma melhor gestão das consultas por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Em relação à atividade hospitalar, nomeadamente de consultas externas e de urgências, importa destacar que as consultas de especialidade têm registado uma evolução crescente e sustentada nos últimos anos, não só a nível do número total de consultas hospitalares, como também e principalmente, a nível das primeiras consultas hospitalares. Analisados os valores apresentados, constata-se que as consultas médicas aumentaram 542.577, entre 2011 e 2013, enquanto a redução em valor absoluto do número de episódios de urgências foi menos expressiva, ascendendo a -308.351 urgências para o mesmo período.

Para além de este comportamento poder indiciar uma melhoria da programação do acesso aos cuidados hospitalares, importa ainda ter presente que a evolução da atividade de urgência hospitalar está muito dependente da sazonalidade dos surtos de doenças respiratórias infecciosas e ondas de calor. Ainda assim, e em linha com o esperado, registou-se em 2013 uma estabilização em redor dos 6 milhões de atendimentos urgentes nos Hospitais do SNS, face a 2012.

No que se refere às medidas implementadas para melhoria da cobrança de taxas moderadoras, dos cuidados de saúde prestados a estrangeiros e dos cuidados prestados a utentes beneficiários de subsistemas privados, merecem particular referência as seguintes medidas:

- publicação do Guia de Acolhimento de Utes, com o principal objetivo de emitir orientações no âmbito da admissão e identificação dos utentes, para efeitos de registo de situações de isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras, contribuindo para sistematizar e uniformizar procedimentos entre as várias instituições do SNS, nomeadamente procedendo à clarificação de alguns aspetos críticos e essenciais, cuja especificação se tornou necessária para a melhor salvaguarda do interesse dos utentes e dos prestadores de cuidados de saúde;
- criação da plataforma "FHS – Faturação Hospitalar a Seguradoras", tendo como objetivo disciplinar e agilizar o processo de troca de informações entre entidades do SNS e empresas de seguros, subjacente à faturação de cuidados de saúde prestados nos hospitais a vítimas



de acidentes abrangidos pela cobertura de um contrato de seguro de responsabilidade civil automóvel ou de acidentes de trabalho;

- publicação do manual de acolhimento no acesso ao Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros, com o principal objetivo geral de disponibilizar para as unidades prestadoras de cuidados de saúde que prestem cuidados de saúde a cidadãos estrangeiros, um conjunto de orientações que assegurem a identificação e os procedimentos necessários no âmbito da inscrição e acesso de cidadãos estrangeiros ao sistema de saúde português.

#### **Ponto 2.4.1.3 – Política do medicamento**

Relativamente à medida 5 *“Incentivar os médicos, a todos os níveis do sistema, tanto público como privado, a prescrever genéricos e os medicamentos de marca que sejam menos dispendiosos”*, constante da página 45 do Relato, cumpre referir que as medidas implementadas pelo Ministério da Saúde não se cingiram à implementação da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), medida estrutural pendente de aprovação há mais de 10 anos, envolvendo, pelo contrário, diversas medidas complementares e que visaram incentivar a disponibilização de medicamentos de menor preço, merecendo particular destaque as seguintes:

- revisão anual dos preços máximos por comparação internacional com os países de referência anualmente escolhidos para o efeito através de Portaria, flexibilizando o processo (Decreto-Lei n.º 112/2011, 29 de novembro);
- obrigatoriedade da farmácia dispor de três dos cinco medicamentos de preço mais baixo em cada grupo homogéneo (Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto);
- obrigatoriedade da dispensa nas farmácias de um medicamento dentro dos cinco preços mais baixos, sendo permitida a opção do doente por outro medicamento mediante o pagamento do valor remanescente (Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio);
- introdução da alteração da formação do preço dos medicamentos genéricos face ao medicamento de referência (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro);
- reavaliação dos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos comparticipados, tendo sido identificado um conjunto relativamente aos quais não existe prova da sua eficácia relativa em termos suscetíveis de justificar continuidade da sua comparticipação (Portaria n.º 45/2014, de 21 de fevereiro);
- criação das Comissões de Farmácia Terapêutica (CFT), com o objetivo de incrementar a acessibilidade e a utilização adequada e segura dos medicamentos em articulação e



cooperação com os prescritores da respetiva área (Portaria n.º 340/2012, de 25 de outubro), a par do envio de informação de feedback aos prescritores médicos, com informação de Benchmarking sobre a sua prescrição face aos seus pares;

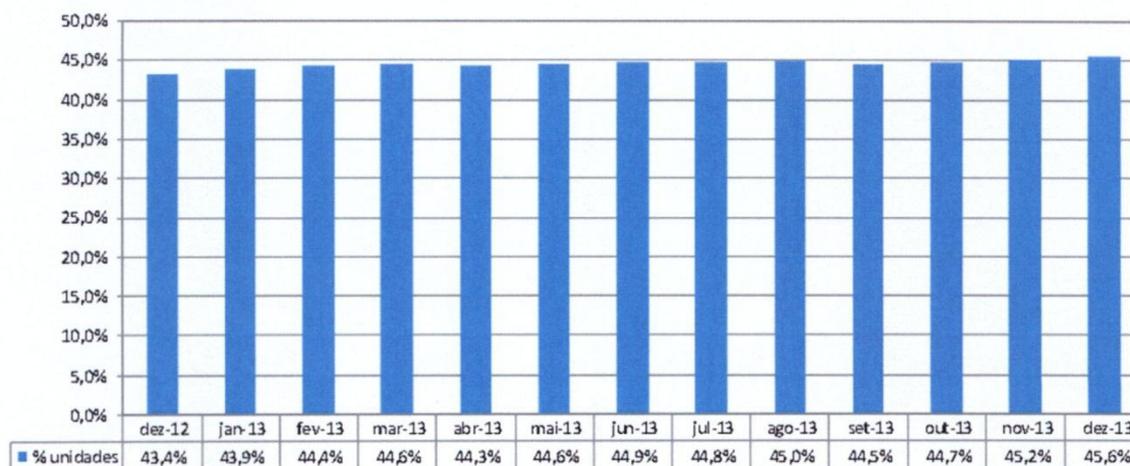
- reforço o plano de inspeções do INFARMED no sentido de verificar a existência dos medicamentos de preço mais baixo nas farmácias;
- criação de uma aplicação para telemóveis com o objetivo de informar sobre os preços mais baixos decorrente da prescrição médica.

Relativamente à medida 6 *“Aumento gradual e significativo da % de medicamentos genéricos para, pelo menos, 30% do total de medicamentos prescritos em ambulatório (em termos de volume), em 2012, e novos aumentos significativos em 2013”*, constante da página 46 do Relato, merecem referência as principais medidas direcionadas para a área do mercado de medicamentos genéricos, nomeadamente as seguintes:

- implementação de um sistema integrado no âmbito do processo de comparticipação de medicamentos genéricos, nomeadamente através da implementação de um procedimento acelerado de submissão e avaliação da comparticipação de genéricos designado de “via verde” e a simplificação processual decorrente da decisão da comparticipação passar a ser responsabilidade do INFARMED;
- alteração das regras relacionadas com a comparticipação incidiram no aumento da redução de preço na introdução do primeiro medicamento genérico em 50% face ao medicamento de referência (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro);
- criação de grupos homogéneos com periodicidade mensal (antes apenas era possível trimestralmente) permitindo a entrada imediata de novos genéricos comparticipados no mercado (Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho);
- criação da possibilidade de incentivos às farmácias para dispensa de medicamentos genéricos (Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro).

Na sequência das medidas implementadas verificou-se um acréscimo muito significativo da quota de genéricos no mercado SNS (em volume), de 31,4%, em 2010, para 44,7%, em 2013, tendo Portugal, de acordo com os dados da IMS Health, registado, a par de França, o maior crescimento da quota de medicamentos genéricos no período entre 2011-2013.

Por último, e no que se refere a cumprimento do objetivo de quota de genéricos relativo a 2013, verificamos que o objetivo era alcançar em 2013 uma quota de genéricos no mercado SNS de 45%, concluindo o Relato que “a quota de genéricos no mercado SNS ficou aquém da meta fixada para esse ano”, na medida em que regista uma quota de 44,7%. Porém, se analisarmos a evolução mensal desta quota verificamos que em dezembro de 2013 foi alcançada uma quota de 45,6%, conforme se pode verificar no gráfico seguinte:



Fonte: “Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório”, janeiro de 2014 - Infarmed

Face ao exposto, o Ministério da Saúde considera ter cumprido esta medida do MoU, entendimento corroborado pelas instâncias internacionais<sup>3</sup>.

Quanto à medida 7 “Tornar obrigatória a prescrição electrónica de medicamentos e meios de diagnóstico, abrangidos por sistemas de participação pública, para todos os médicos tanto do sector público como no sector privado”, constante da página 47 do Relato, e para além das referências já constantes do Relato, merecem destaque as principais medidas que contribuíram para a implementação efetiva da prescrição electrónica, nomeadamente no que se refere ao alargamento gradual da obrigatoriedade da sua utilização aos cuidados respiratórios domiciliários (Despacho n.º 9405/2014, de 14 de julho) e a prescrição de medicamentos para dispensa em regime de ambulatório pelas farmácias hospitalares (Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro).

<sup>3</sup> The Economic Adjustment Programme for Portugal Eleventh Review; Occasional Papers 191 | April 2014”, European Commission (Página 33): “Moreover, the share of generics which now stands at 45 percent (in terms of units) is increasing more slowly than planned.”



Em paralelo, também a conferência centralizada das prestações de saúde, através do Centro de Conferência de Faturas está em evolução através do alargamento a novas áreas, nomeadamente cuidados continuados, cuidados de diálise, cuidados respiratórios domiciliários, transporte de doentes não urgentes, e evolução para a desmaterialização dos processos.

Adicionalmente, merece referência o resultado da informação enviada ao Ministério Público e à Polícia Judiciária com vista ao combate à fraude, com celeridade e visibilidade sem paralelo no passado.

No que concerne às medidas que contribuíram para a redução da despesa pública com medicamentos, nomeadamente a medida 13 *“Monitorizar mensalmente a despesa com medicamentos de forma a garantir que a despesa pública global nesta área não exceda 1,25% do PIB, em 2012, e 1% do PIB em 2013”*, constante da página 53 do Relato, importa antes de mais ter presente que, aquando da assinatura do MoU, a despesa pública com medicamentos tinha vindo a registar significativos acréscimos, ano após ano, tanto no que se refere à despesa em ambulatório como à despesa hospitalar. Este enquadramento permite concluir a complexidade associada à implementação da medida, a qual é acrescida pela exigência das metas definidas para a despesa com medicamentos em Portugal, no contexto europeu e em países alvo de ajustamento económico e financeiro.

Para além das inúmeras medidas, referidas no Relato, que contribuíram para a redução da despesa pública com medicamentos, e de outras medidas não referidas, nomeadamente o reforço da aquisição e negociação centralizada de medicamentos e da publicação de Normas de Orientação Clínica pela Direção-Geral de Saúde, merece particular os acordos alcançados com a indústria farmacêutica, que contribuíram de forma decisiva para alcançar tal desidrato.

Relativamente aos acordos com a indústria farmacêutica, apresenta-se em seguida um ponto de situação da execução dos mesmos:



Acordo APIFARMA					
Ano	Valor total acordado	Despesas de I&D dedutíveis	Valor Contribuição	Valor Recebido (NC +TB)	% Execução
2012	108.419.942	10.334.094	98.085.848	80.792.651	82,37%
2013	97.529.615	8.584.960	88.944.655	88.319.190	99,30%

euros

Fonte: ACSS.

Nota: No âmbito do Acordo de 2012, estão a ser envidados todos os esforços para concluir o processo de regularização das contribuições determinadas, encontrando-se a ACSS a validar junto dos hospitais as notas de crédito emitidas pela indústria farmacêutica ainda não confirmadas.

Face ao exposto, considera-se da maior relevância clarificar algumas das observações constantes do Relato em análise, em particular a que, em seguida, passamos a transcrever:

*“Assim, segundo a informação prestada, deveriam ter sido recebidos pela ACSS € 98,1 M relativos à aplicação do acordo de 2012 e € 81,8 M referentes ao aditamento de 2013.*

*Não obstante, em 8 de outubro de 2014, a ACSS apenas tinha recebido as contribuições de algumas empresas aderentes, no valor total de € 3 M (€ 0,9 M e € 2,1 M referentes aos acordos de 2012 e ao aditamento de 2013, respetivamente), o que representa 1,7% do valor total das contribuições apuradas (€ 179,9 M). A ACSS informou ainda que, “no âmbito do protocolo e respectivo aditamento, a ACSS não recebeu qualquer quantia proveniente dos Fundos criados pela Portaria n.º 407/2012, de 14 de dezembro, havendo a indicação, por parte do INFARMED, de que os mesmos não terão sido operacionalizados”.*”

Importa, desde logo, referir que o procedimento acordado para regularização dos montantes das contribuições determinadas para cada uma das empresas aderentes, privilegiava a emissão de notas de crédito aos hospitais do SNS respectivos. Apenas em situações excecionais em que as empresas têm dívidas para com o Ministério da Saúde, se utiliza um mecanismo em que o fluxo financeiro transita através da ACSS, existindo apenas duas empresas nesta situação.

No que se refere ao ano de 2013, e para além do Acordo efetuado com a APIFARMA, foi efetuado um acordo individual celebrado com as empresas não associadas da APIFARMA, tendo sido apurada uma contribuição total de 3,2 milhões de euros, valor este também recebido pela ACSS, mas que não integra o quadro *supra* apresentado.



Quanto ao Acordo assinado a 24 de junho de 2014, relativamente ao ano de 2014, a contribuição total referente às empresas associadas da APIFARMA é, igualmente, de 120 milhões de euros. Tendo por referência os prazos de regularização estipulados neste Acordo, a ACSS encontra-se a validar o montante da contribuição respeitante a 80% do valor total determinado que era devido a 31.10.2014, correspondente a 96 milhões de euros, sendo que, até ao passado dia 24 de novembro, o valor recebido (notas de crédito e transferências bancárias) ascendia a cerca de 39 milhões de euros (a contribuição devida a 31.10.2014 corrigida de I&D era de cerca de 89,5 milhões de euros), ou seja, o nível de execução atingia os 44%. Note-se, em todo o caso, que ainda não está apurada a despesa total e a despesa dedutível de investigação e desenvolvimento do presente ano.

Por último, refira-se ainda a assinatura, no passado dia 21 de novembro de 2014, do Acordo com a indústria farmacêutica para 2015, no qual se define a contribuição das empresas associadas da APIFARMA em 135 milhões de euros, para efeitos do Orçamento de Estado de 2015.

Assim, a conclusão apresentada relativa à execução dos Acordos, carece de revisão, à luz do relato acima feito.

Ainda quanto aos acordos de redução de despesa com a indústria farmacêutica, importa sublinhar a mais-valia dos mesmos para efeitos do controlo da despesa pública com medicamentos, na medida em que os mesmos fixam um teto máximo de despesa pública com medicamentos (para 2014 e 2015 de 2.000 milhões de euros), sendo um instrumento da maior relevância para a sustentabilidade financeira do SNS. Assim, a relevância da existência do acordo não se prende tanto com o montante recebido em cada ano, mas antes a mais valida do mesmo enquanto teto limite de despesa.

Relativamente à aferição do cumprimento da medida, na página do Relato é referido que *“Apesar da redução ocorrida em 2012 e em 2013, as metas para a despesa com medicamentos não foram alcançadas, verificando-se um desvio acumulado de € 604,9 M, dos quais € 425,0 M (70,3%) respeitam ao mercado hospitalar. A despesa com medicamentos alcançou 1,32% do PIB em 2012 e 1,31% em 2013.”*

Para alcançar esta conclusão, o Relato considerou, por um lado, a informação sobre a despesa pública com medicamentos disponibilizada pela ACSS e, por outro, o valor do Produto Interno Bruto (PIB) disponibilizado pelo Instituto Nacional de Estatística.

Sobre esta matéria cumpre esclarecer os pressupostos acordados com as instituições internacionais, quer para a fixação dos objetivos, quer para a aferição dos resultados:

- O PIB foi fixado em 170.000 milhões de euros, permanecendo inalterado independentemente do valor efetivo verificado;
- A fonte para a aferição da despesa de medicamentos de ambulatório é o INFARMED, uma vez que a despesa incluída na conta do SNS abrange produtos que não foram considerados na fixação do objetivo, como seja as tiras usadas para a medição da diabetes;
- A fonte para a aferição da despesa de medicamentos hospitalares é a ACSS, pelas razões referidas na página 54 do Relato.

E  
m  
w  
F4  
te  
cl  
ic

Tendo por base estes pressupostos, verificam-se os seguintes valores de despesa pública com medicamentos para o período compreendido entre 2010 e 2013:

<b>Mercado</b> (valores em milhares de euros)	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Ambulatório</b>	1.640	1.326	1.173	
com subsistemas				1.160
sem subsistemas				1.123
<b>Hospitalar</b>	1.078	1.096	956	920
<b>Total</b>	<b>2.718</b>	<b>2.422</b>	<b>2.129</b>	<b>2.080</b>
<i>com subsistemas</i>				2.080
<i>sem subsistemas</i>				2.043
PIB de Referência	170.000	170.000	170.000	170.000
% despesa no PIB	1,60%	1,42%	1,25%	
<i>com subsistemas</i>				1,22%
<i>sem subsistemas</i>				1,20%

Fonte: Infarmed (ambulatório) e ACSS (hospitalar).

Nota: No que se refere à despesa no mercado hospitalar, relativamente ao ano de 2013, e de acordo com as informações da ACSS, o valor provisório da despesa com medicamentos relativo ao ano de 2013, no montante de 961,3 MEUR, veio-se a reduzir, situando-se o valor final em 920 MEUR. ✓



Face ao exposto, cumpre referir que em 2012, foi atingido o objetivo de a despesa pública com medicamentos não ultrapassar 1,25% do PIB, aliás confirmado pelas instituições internacionais, nomeadamente através da seguinte referência<sup>4</sup> *"The overall (outpatient plus inpatient) spending targets for 2012 (1.25 percent of GDP) were achieved"*.

Relativamente ao ano de 2013, na avaliação dos resultados deve ser tido em consideração que a partir de Abril de 2013, o SNS assumiu o financiamento dos medicamentos dispensados aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde, o que obriga a que sejam feitos ajustamentos no valor da despesa para que possa ser comparada com o objetivo inicialmente fixado. No entanto, e mesmo considerando estes ajustamentos, verifica-se que a despesa pública com medicamentos é superior ao 1% do PIB, conforme objetivo inicial da medida do MoU.

A este respeito importa considerar que, para além da exigência das metas de despesa, quando comparadas com os níveis de despesa do PIB em outros países europeus, o nível inicial de despesa, existente em 2010, era muito substancial, assumindo um peso de 1,6% do PIB de referência. Face a esta constatação, o Ministério da Saúde implementou um conjunto de medidas para redução da despesa pública com medicamentos com o objetivo de, para além, de reduzir a despesa do Estado em mais de 635 milhões de euros (-23,4%), entre 2010 e 2014 (considerando uma estimativa de final de ano de 2014), obter uma significativa redução dos encargos suportados pelos utentes que totalizou cerca de 385 milhões de euros (-24,3%), entre 2010 e 2014.

Por outro lado, não era exequível reduzir a despesa a 1% do PIB, em 2013 ou em 2014, na medida em que representaria a redução da despesa pública com medicamentos em mais cerca de 380 milhões de euros, com consequências relevantes na introdução de inovação e abastecimento do mercado e, inevitavelmente, no acesso dos utentes ao medicamento.

Face ao exposto, cumpre sublinhar que o Ministério da Saúde, para além de ter implementado medidas tendentes à redução da despesa pública com medicamentos, estando a mesma a

<sup>4</sup> "The Economic Adjustment Programme for Portugal Eighth and Ninth Review; Occasional Papers 164 | November 2014", European Commission (Página 26).



níveis considerados muito exigentes ao nível europeu, em conformidade com o disposto no MoU, implementou medidas que permitissem reduzir os encargos suportados pelos utentes com medicamentos, quando tal não era medida nem objetivo do MoU. Este facto permitiu que o acesso ao medicamento melhorasse, designadamente para os mais vulneráveis (+1,8 milhões de embalagens consumidas entre 2011 e 2014 (estimativa de final de ano)).

A este respeito, importa ainda considerar a contribuição de cada uma das medidas do MoU para o objetivo último do MoU, ou seja, a obtenção de uma situação de equilíbrio financeiro tanto nos hospitais EPE como na conta SNS. Assim, e remetendo para o referido a propósito do “Ponto 2.2.3 – Objetivos fixados para os pagamentos em atraso”, verifica-se que a globalidade das entidades que integram o SNS (Conta SNS e hospitais EPE) deverão alcançar uma situação de EBITDA equilibrado no final do ano de 2014, alcançando-se desta forma o objetivo último do MoU. Por outro lado, deverá ser também considerado que relativamente a algumas medidas os objetivos de redução da despesa foram ultrapassados, o que permitirá compensar o facto de em algumas áreas os objetivos não terem sido alcançados na sua plenitude.

Por último, importa referir que o Ministério da Saúde continua a prosseguir políticas que garantam a sustentabilidade da despesa do SNS, nomeadamente na área do medicamento, como se pode constatar com a publicação da definição dos países de referência para a realização da revisão anual de preços em 2015 por comparação internacional no mercado ambulatorio e em meio hospitalar; o desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde, a legislar em 2015, que permitirá reavaliar periodicamente os ganhos em saúde e, caso necessário, a comparticipação dos medicamentos e realizar a avaliação de dispositivos médicos. Este último, precedido de todo o trabalho de registo e codificação de dispositivos médicos desenvolvido pelo INFARMED nos anos de 2012, 2013 e 2014.

#### **Ponto 2.4.1.4 – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)**

Relativamente às medidas 15 e 16, sobre a redução da despesa do SNS com prestadores de MCDT, importa, antes de mais, referir o conjunto alargado de iniciativas implementadas nomeadamente a maximização da utilização da capacidade interna instalada para a realização de MCDT e a redução dos preços pagos aos prestadores, nomeadamente a redução de 12,5% no preço da hemodiálise, na tabela de Raio-X e na tabela de análises clínicas, na fixação de um



preço máximo a considerar por todas as entidades na área dos CRD, até à conclusão do procedimento de aquisição centralizado, bem como as medidas anteriormente referidas de maior monitorização e controlo deste tipo de despesa, nomeadamente através da obrigatoriedade da prescrição electrónica e posterior controlo através do Centro de Conferências de Faturas.

Ainda no âmbito dos MCDT, importa referir a publicitação do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro que estabeleceu o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Através deste Decreto-Lei pretendeu-se adequar o regime do sector convencionado à atual realidade de prestação de cuidados, assegurando, simultaneamente, o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e da liberdade de escolha dos utentes, da transparência, da igualdade e da concorrência.

#### **Ponto 2.4.1.5 – Hospitais, custos com pessoal e com o transporte de doentes**

Quanto à medida 18, constante da página 62 do Relato, relativa a que *“de 2011 a 2013, a redução global dos custos operacionais dos hospitais deverá ser de, pelo menos, 15% face a 2010”*, e nomeadamente à conclusão de que o objetivo de redução dos custos operacionais não foi alcançado, importa em primeiro lugar considerar a multiplicidade de medidas promovidas e implementadas tanto pelo Ministério da Saúde como pelos hospitais EPE para melhoria da eficiência na prestação dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, para redução dos seus custos operacionais, a par das medidas implementadas pelo Ministério da Saúde com vista à disponibilização de fundos adicionais para os hospitais EPE, por forma a contribuir para a sua sustentabilidade financeira, nomeadamente as referidas no ponto “Ponto 2.2.3 – Objetivos fixados para os pagamentos em atraso”.

No que se refere às medidas para incremento da eficiência da prestação de cuidados de saúde, identificam-se em seguida as consideradas mais relevantes, de forma não exaustiva:

- Redução do valor/hora a pagar pelas unidades integradas no SNS na contratação de médicos em prestação de serviços, com um valor de 25 euros/hora na contratação de médicos não especialistas e de 30 euros/hora na contratação de médicos especialistas;
- Maior aproveitamento da capacidade instalada de meios complementares de diagnóstico e tratamento por parte das unidades hospitalares;



- Redução do preço das tabelas de hemodiálise, de imagiologia e de análises clínicas, por forma a obter uma redução de preços de cerca de 12,5% face aos verificados em 2010;
- Instituição nos estabelecimentos hospitalares do SNS de um processo de monitorização da prescrição interna de medicamentos e MCDT;
- Redução dos custos de transporte não urgente de doentes, através da instalação de *software* que permitiu melhorar a gestão e realizar mais agrupamentos de transporte;
- Alteração do modelo de financiamento dos hospitais EPE, com o objetivo de criação de incentivos para o incremento da eficiência na prestação de cuidados de saúde, através da alteração do modelo de atribuição do financiamento às regiões, passando de um modelo baseado na capacidade produtiva para um modelo de financiamento em função das necessidades das populações, da passagem de 4 para 2 grupos de financiamento hospitalar em 2012, da autonomização da linha de financiamento para VIH/SIDA através de preço compreensivo em função do número de doentes em tratamento em cada mês, da integração das verbas do sistema de gestão dos utentes inscritos para cirurgia (SIGIC) no financiamento dos hospitais EPE, entre outras medidas.
- Reforço da aquisição centralizada de medicamentos e de bens e serviços transversais;
- Alteração do regulamento e as tabelas de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais;
- Redução dos preços tabelados para os tratamentos de procriação medicamente assistida;
- Alteração da tabela de preços do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade;
- Aplicação de medidas relativas a aquisição de dispositivos médicos pelos serviços e estabelecimentos do SNS, tendentes a uma redução de encargos em 15%;
- Implementação de um Programa de Eficiência Energética, com o objetivo de reduzir, em 2013, o consumo total de energia em 10% e de água em 5%, face ao nível de consumos verificado em 2011.

Conforme referido no Relato, as medidas de melhoria da eficiência operacional implementadas pelo EPE permitiu alcançar uma redução substancial de custos operacionais no período considerado, em cerca de 610 milhões de euros. Atendendo à relativa rigidez da estrutura de



custos operacionais dos hospitais (55% custos com pessoal), o significativo esforço de redução de despesa incutido pelos hospitais EPE permitiu que a aferição das instituições internacionais<sup>5</sup> fosse favorável, de tal forma que apesar de considerarem que, ainda, podem ser feitas melhorias de eficiência se pronunciaram pela existência de um subfinanciamento, que foi colmatado em 2014 com a injeção de 230 milhões de euros adicionais.

Por último, e conforme referido anteriormente, importa ainda considerar a contribuição de cada uma das medidas do MoU para o objetivo último do MoU, ou seja, a obtenção de uma situação de equilíbrio financeiro tanto nos hospitais EPE como na conta SNS. Assim, e remetendo para o referido a propósito do “Ponto 2.2.3 – Objetivos fixados para os pagamentos em atraso”, verifica-se que a globalidade das entidades que integram o SNS (Conta SNS e hospitais EPE) deverão alcançar uma situação de equilíbrio no final do ano de 2014, alcançando-se desta forma objetivo último do MoU. Por outro lado, deverá ser também considerado que relativamente a algumas medidas os objetivos de redução da despesa foram ultrapassados, o que permitirá compensar o facto de em algumas áreas os objetivos não terem sido alcançados na sua plenitude.

#### **Ponto 2.4.1.6 – Síntese da implementação das medidas**

Face ao exposto anteriormente, considera-se que ao contrário do referido no quadro n.º 38 do Relato, foram cumpridas as seguintes medidas:

- a) “6.a) - Aumentar a % de medicamentos genéricos para 45% em 2013”;
- b) “13.a) - Monitorizar mensalmente a despesa com medicamentos para a despesa pública global não exceder 1,25% do PIB em 2012”.

Por último, relativamente às medidas 13.b), 15.a) e 18, e atendendo ao anteriormente referido, a aferição do cumprimento das medidas do MoU deverá ser devidamente enquadrada com as especificidades de cada medida e com o contributo da mesma para o objetivo global de obtenção do equilíbrio financeiro das entidades do SNS.

<sup>5</sup> The Economic Adjustment Programme for Portugal Eleventh Review; Occasional Papers 191 | April 2014”, European Commission (Página 32): “A large share of the arrears appears to be concentrated in a few large hospitals, where financing was consistently below the actual needs over the years. The current fiscal situation and the reduction in State transfers have not provided the fiscal space for the payment of the remaining arrears. The budgetary cuts for 2014 and the reinstatement of the two bonus salaries make it more difficult to reduce the stock of arrears and risks of a renewed increase exist in the short term. Additional financing for 2014 is therefore being considered to avoid the build-up of new arrears.”



#### **Ponto 2.4.2.1 – Número de trabalhadores da Administração Pública**

Relativamente ao número de trabalhadores do SNS, medida 1 da página 67 do Relato, e atendendo à informação constante do Balanço Social Global do Ministério da Saúde e SNS relativos aos anos de 2010 e 2013, publicados pela ACSS, verifica-se que a 31 de dezembro de 2013, os trabalhadores do Ministério da Saúde totalizavam 124.423 profissionais, tendo-se verificado uma redução de cerca de 5.833 profissionais, correspondente a 4,5%. Importa, no entanto, considerar que, igualmente neste período, o número de aposentações foi um dos motivos de termo da relação laboral com maior impacto, com o total de aposentações a ascender às 7.800 saídas. Este facto permite concluir que, sem considerar outros motivos de saída, se nada tivesse sido feito o número de profissionais a trabalhar no sistema teria registado uma redução ainda maior.

Neste período, e em termos dos grupos profissionais, verifica-se um aumento de 6% no número de médicos (1.496 profissionais) e uma redução nos enfermeiros de 4% (1.436). Verificaram-se ainda reduções significativas nos Assistentes Técnicos (-8%; 1.513 profissionais) e Assistentes Operacionais (-10%; 2955 profissionais).

#### **Ponto 2.4.2.2 – PREMAC**

No que se refere à medida relativa à redução do número de entidades/serviços e de quadros dirigentes (medida 2 e 3 da página 67 do Relato), e considerando o disposto no documento “Análise da evolução das estruturas da administração pública central portuguesa decorrente do PRACE e do PREMAC”, da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, de fevereiro de 2013, verifica-se que o Ministério da Saúde, no âmbito do XIX Governo, reduziu o número de entidades em 38,5%, passando de 26 para 16 estruturas, a acrescer à redução já verificada no âmbito do PRACE, do XVII e XVIII Governo, de 21,8%.

Relativamente ao número de dirigentes, no âmbito do PREMAC, e de acordo com informação no âmbito do Ministério da Saúde, verificou-se uma redução global de 147 (-44%), de 336 para 189, sendo que 25 dizem respeito a dirigentes superiores (-37%, de 68 para 43) e 122 referem-se a dirigentes intermédios (-46%, de 268 para 146).

#### **Ponto 4 – Recomendações**



Quanto às recomendações formuladas ao Ministro da Saúde no número 6. Do ponto B.:

*“6. Providenciar pela efetivação do pagamento das contribuições devidas pela indústria farmacêutica relativas aos anos de 2012 e de 2013 resultantes da aplicação do Acordo celebrado em 14 de maio de 2012 com a APIFARMA;”*

Consideramos que os esclarecimentos agora prestados no presente ofício, a respeito da execução dos Acordos com a indústria farmacêutica, evidenciam o esforço que se tem promovido no sentido da sua cabal execução, facto que é atestado pela percentagem de execução verificada relativamente ao Acordo de 2013, de 99,3%.

Neste contexto, este Governo prosseguirá os esforços, intensamente, com o objetivo de, até março de 2015, concluir as negociações com a indústria farmacêutica e apurar de forma final as verbas reclamadas e/ou recebidas.

*“7. Determinar a avaliação sistemática das medidas implementadas no setor da saúde, que abranja, designadamente, os impactos financeiros e sociais para o SNS e para os respetivos utentes no que respeita: ao regime das taxas moderadoras, valores fixados e isenções previstas; às regras previstas para o transporte de doentes não urgente; às margens de comercialização dos grossistas e retalhistas.”*

Ciente da necessidade de promover a avaliação das medidas implementadas, nomeadamente no que respeita ao novo regime de taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, a ACSS solicitou à *Nova School of Business and Economics* a realização de um estudo que procurasse avaliar as barreiras de acesso a cuidados de saúde por via de decisões efetivas sobre esta matéria. Neste âmbito, foi também realizado um estudo pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em junho de 2013, intitulado “O novo regime jurídico das taxas moderadoras” no sentido de analisar o impacto da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, e no financiamento global do SNS.

Adicionalmente, o Ministério da Saúde solicitou o apoio de entidades internacionais para monitorizarem os efeitos das medidas tomadas, estando a decorrer estudos com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com o objetivo de avaliar a qualidade do sistema de saúde, com enfoque nos cuidados de saúde primários e na reforma hospitalar, no contexto da crise económica, e com a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de avaliar o impacto da crise na saúde, nomeadamente o impacto nos encargos suportados pelos utentes.

Neste contexto, e na sequência da identificação de situações específicas, o Ministério da Saúde encontra-se disponível para avaliar a necessidade de alteração e/ou ajustamento de algumas das medidas, à semelhança do já efetuado em outras situações, nomeadamente no que se refere à clarificação do regime de taxas moderadoras no âmbito do transporte não urgente de doentes, como são exemplo a recente medida relativa à dispensa do pagamento de taxas moderadoras nas consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito do tratamento e seguimento da doença oncológica.

Com os melhores cumprimentos,

 O Chefe do Gabinete



Luis Vitorio

**Paula Maia Fernandes**  
Adjunta do Gabinete do Ministro da Saúde

**S/referência:** Of. 16092

Exmo. Senhor  
Dr.ª Ana Furtado  
Ana Furtado [mailto:AnaFurtado@tcontas.pt]  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

**N/referência:** 14956/2014/DFI/UGR Coord./ACSS

---

**Assunto:** Auditoria ao “Acompanhamento dos Mecanismos de Assistência Financeira a Portugal.

Na sequência do V/ofício em referência, apresentamos em seguida os comentários ao seu conteúdo e, em especial, quanto ao ponto 2.4.1.

**2.2.3 – Objetivos fixados para os pagamentos em atraso**

Na página 21, o Tribunal refere que “A 11.ª avaliação do FMI permitiu concluir que foram constituídos novos pagamentos em atraso no valor de cerca de € 250 M, em particular provenientes dos hospitais EPE.”

Sobre esta matéria, julgamos importante salientar o esforço que o Ministério da Saúde tem feito no sentido de reduzir o stock total da dívida dos hospitais e de conter o seu crescimento. Em resultado desse esforço, foram alcançados vários resultados positivos, com destaque para os que passamos a enunciar:

- Do ano de 2011 até ao ano de 2013 reduziu-se o stock da dívida em cerca de 1.664 MEUR.
- Excluindo o Plano de Regularização de Dívidas (PRD), verifica-se que o ritmo médio de crescimento dos atrasos nos pagamentos se reduziu dos 34 MEUR entre 2011 e 2012 para 26 MEUR entre 2012 e 2013, conforme se demonstra no quadro seguinte:

**Alterações nos Arrears, excluindo o PRD (M.€)**

Ano	Varição	Aumento médio mensal

2011-2012	407	34
2012-2013	307	26

Esta situação só é possível com a melhoria da situação económico-financeira das entidades do SNS, com destaque para as EPE. De acordo com o Relatório e Contas do SNS 2013, o EBITDA (Meios Libertos Líquidos) das EPE registou uma melhoria de 15% de 2012 para 2013, permitindo assim, a redução do endividamento.

No entanto, considerando para o ano de 2012 o universo comparável de EPE, isto é, considerando no agregado do ano de 2012 as entidades SPA que foram transformadas em EPE, verifica-se que o EBITDA registou uma melhoria de 20% de 2012 para 2013.

Para o ano de 2014 com o reforço financeiro proveniente do OE retificativo e com as adendas ao contrato programa realizadas para pagamento de produção e reequilíbrio financeiro, a previsão para final do ano é de um EBITDA positivo em 24 MEUR.

Relativamente ao Programa de Regularização de Dívidas da Saúde, referido no último parágrafo da página 21 do Relato, sublinha-se que as transferências efetuadas pela ACSS neste âmbito, totalizaram 1.500 MEUR em 2012 e 423,5 MEUR em 2013.

#### 2.4.1.2. – Taxas moderadoras e deduções fiscais com despesas de saúde.

A revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras, efetuada com respeito pelo disposto na base XXXIV da LBS e no n.º 2 do artigo 23.º do Estatuto SNS, teve por base critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica comprovada. Consagrou-se, ainda, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção da saúde.

A revisão do modelo foi perspectivada como uma medida catalisadora da racionalização de recursos e do controlo da despesa, atendendo ao carácter estruturante que as taxas moderadoras assumem na gestão, via moderação, dos recursos disponíveis, que são, por definição, escassos.

Em relação a cada uma das alíneas abordadas neste ponto 2.4.1.2., importa referir o seguinte:

**a) Aumento das taxas moderadoras**

Conforme referido no Relato da Auditoria, a Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril definia inicialmente que o preço a praticar na tabela do SNS para as urgências básicas deveria ser de €31,98. No entanto, o n.º 2 do artigo 3.º da Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro define que o n.º 1 (preço do episódio de urgência para os hospitais do SNS) e o n.º 5 (preço do atendimento no Serviço de Atendimento Permanente) do artigo 16.º do regulamento da Tabela de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde reportam os seus efeitos à data de produção de efeitos da Portaria 163/2013, de 24 de abril, ou seja, a 1 de janeiro de 2013, o que significa para todos os efeitos que o preço a praticar pelos episódios de urgência básica em 2013 se situou nos € 51,00. Nesta sequência, consideramos que não se poderá referir que existiam preços que fossem superiores a 1/3 do preço do SNS.

**b) Isenções de Taxas Moderadoras**

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho, veio regular o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, consubstanciado o novo regime de taxas moderadoras que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2012.

Ao abrigo do novo enquadramento legal, procedeu-se à revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras, com respeito pelo disposto na base XXXIV da LBS e no n.º 2 do artigo 23.º do Estatuto SNS, com base em critérios de racionalidade e de discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica comprovada. Consagrou-se, ainda, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção da saúde.

Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde,

os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS), seja igual ou inferior a 628,83€ (1,5 vezes o indexante de apoios sociais). O modelo em vigor até ao final do ano de 2011 previa a isenção do pagamento de taxas moderadoras por motivações económicas a (1) pensionistas com pensão inferior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores (desde que dependentes) e (2) trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores desde que dependentes. Neste modelo, os trabalhadores por conta própria não podiam requerer a isenção por esta via. Adicionalmente, como todas as crianças até aos 12 anos, inclusive, estavam isentas do pagamento de taxas moderadoras, apenas estavam protegidos os utentes entre os 13 e os 17 anos das famílias com baixos rendimentos, pressupondo o novo regime um alargamento do agregado familiar.

Por outro lado, no caso da isenção por condição clínica, ainda que o seu peso relativo tenha sido reduzido, foi introduzida a categoria de dispensa de cobrança de taxas em determinadas prestações de saúde associadas a determinadas condições clínicas.

Adicionalmente, é de referir a consagração da isenção por via da incapacidade igual ou superior a 60%, a qual permite agregar um maior número de doenças crónicas, bem como conferir uma proteção mais efetiva nas fases mais incapacitantes da doença e, como tal, onde ocorre um maior consumo de recursos.

**c) Evolução da receita cobrada de taxas moderadoras e**

**d) Atividade assistencial**

Com o objetivo de monitorizar o impacto do novo regime de taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, a ACSS solicitou à *Nova School of Business and Economics* a realização de um estudo que procurasse avaliar as barreiras de acesso a cuidados de saúde por via de decisões efetivas. Uma das componentes deste estudo caracterizou-se pela aplicação de um inquérito desenvolvido pela *Nova School of Business and Economics*, durante o mês de abril de 2013, tendo-se concluído, entre outras, que as taxas moderadoras foram encaradas como uma barreira impeditiva de acesso a cuidados de saúde por menos de 1% da população inquirida.

Neste âmbito, importa ainda considerar o estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em junho de 2013, intitulado “*O novo regime jurídico das taxas moderadoras*”. Através



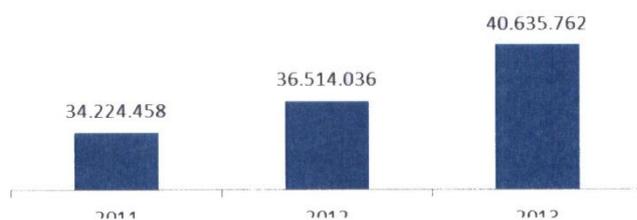
deste estudo, a ERS conclui que, analisado o impacto da alteração do regime de taxas moderadoras no perfil dos utentes isentos, no acesso a cuidados de saúde primários e hospitalares nas redes do SNS, e no financiamento global do SNS, de 2011 para 2012 assistiu-se ao aumento de utentes isentos por condição de insuficiência económica. Por outro lado, no caso da isenção por condição clínica, ainda que o seu peso relativo tenha sido reduzido, foi introduzida a categoria de dispensa de cobrança de taxas em determinadas prestações de saúde associadas a determinadas condições clínicas. A ERS constata ainda que nos cuidados hospitalares é assinalável não ter sido encontrada qualquer variação estatisticamente relevante na utilização de consultas de especialidade. Por outro lado, a mesma conclusão é retirada na utilização de urgências, cuja redução assinalada ocorreu de forma idêntica quer ao nível de utentes isentos quer não isentos, não podendo, pois, ser atribuído a qualquer efeito de moderação promovido pelas taxas moderadoras. Adicionalmente, e considerando que a prestação de cuidados de saúde deve ocorrer primordialmente ao nível dos cuidados de saúde primários ou ao nível de profissionais de saúde mais adequados, salienta-se também que as conclusões da ERS permitem aferir que o modelo preconizado produz o efeito de fortalecimento do acesso via cuidados programados, nomeadamente aos cuidados de saúde primários. Por último, é também de salientar que a análise da ERS conclui que as taxas moderadoras mantêm um peso diminuto no total da receita, pelo que cumpridos os limites constitucionais e salvaguardadas as isenções nas situações de carência económica e social, por via do novo regime cumpre-se o objetivo de racionalização da utilização do SNS.

Ainda em relação à atividade assistencial, importa referir que o ano 2013 foi aquele em que se verificou o maior nível de utilização nos cuidados de saúde primários, de entre a série analisada em universo comparável, constatando-se assim que mais de 7,1 milhões de portugueses obtiveram uma consulta através do médico de família nesse ano (em 2011 tinham sido 6,7 milhões em 2012 foram 7,0 milhões de portugueses). Adicionalmente, é relevante referir que se registou neste período um aumento do número de consultas realizadas no domicílio dos utentes, o que reflete o esforço de adequação das estruturas às necessidades das populações servidas, nomeadamente, a prestação de cuidados de maior proximidade. Para além disso, e considerando o seu impacto ao nível do acesso aos cuidados de saúde primários, possibilitando uma utilização mais racional dos recursos (essencialmente médicos) presentes neste nível de cuidados e uma maior comodidade para os utentes, importa referir que se registou, em 2013, um



aumento substancial da prescrição eletrónica de receitas com validade de seis meses (+4.121.726 receitas renováveis face a período homólogo), evitando-se visitas desnecessárias ao médico de família e permitindo uma melhor gestão das consultas por parte dos prestadores de CSP, conforme se apresenta no gráfico seguinte.

Figura 10. Evolução do número de receitas renováveis entre 2011 e 2013



Fonte: SIARS / CCF

Em relação à atividade hospitalar, nomeadamente de consultas externas e de urgências, importa destacar que as consultas de especialidade têm registado uma evolução crescente e sustentada nos últimos anos, não só a nível do número total de consultas hospitalares, como também e principalmente, a nível das primeiras consultas hospitalares. Analisados os valores apresentados, constata-se que as consultas médicas aumentaram 542.577 de 2011 para 2013, enquanto a redução em valor absoluto do número de episódios de urgências foi menor, ascendendo a -308.351 urgências para o mesmo período.

Para além de este comportamento poder indiciar uma melhoria da programação do acesso aos cuidados hospitalares, importa ainda ter presente que a evolução da atividade de urgência hospitalar está muito dependente da sazonalidade dos surtos de doenças respiratórias infecciosas e ondas de calor. Ainda assim, e em linha com o esperado, regista-se em 2013 uma estabilização em redor dos 6 milhões de atendimentos urgentes nos Hospitais do SNS, face a 2012.

e) Melhoria do sistema de faturação e de cobrança

i) Taxas moderadoras

Com o principal objetivo de emitir orientações no âmbito da admissão e identificação dos utentes, para efeitos de registo de situações de isenção e dispensa do pagamento de taxas moderadoras, a ACSS publicitou em janeiro de 2014 o Guia de Acolhimento para a cobrança de taxas moderadoras.

Este Guia de Acolhimento constituiu-se como um instrumento facilitador do processo de receção do utente nas instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), contribuindo para sistematizar e uniformizar procedimentos entre as várias instituições do SNS, nomeadamente procedendo à clarificação de alguns aspetos críticos e essenciais, cuja especificação se tornou necessária para a melhor salvaguarda do interesse dos utentes e dos prestadores de cuidados de saúde.

**ii) Pagamentos efectuados pelas companhias de seguros**

Na sequência do protocolo celebrado entre a ACSS e a APS, salientamos que foi desenvolvida a plataforma designada "FHS – Faturação Hospitalar a Seguradoras", tendo como objetivo disciplinar e agilizar o processo de troca de informações entre entidades do SNS e empresas de seguros, subjacente à faturação de cuidados de saúde prestados nos hospitais a vítimas de acidentes abrangidos pela cobertura de um contrato de seguro de responsabilidade civil automóvel ou de acidentes de trabalho.

Em 28 de novembro de 2012, foi publicado o Despacho nº 15264/2012 do Senhor Secretário de Estado da Saúde, no âmbito do qual foi determinado que "O sistema informático designado FHS — Faturação Hospitalar às Seguradoras desenvolvido pelos SPMS deve ser adotado pelos estabelecimentos e serviços do SNS até 31 de dezembro de 2012."

No presente, todos os hospitais adotaram a FHS, sendo que, de janeiro a dezembro de 2013, foram recolhidos nesta plataforma 84.137 processos.

**iii) Reembolsos das despesas relativas a cuidados de saúde prestados a estrangeiros**

Com o principal objetivo geral de disponibilizar para as unidades prestadoras de cuidados de saúde que prestem cuidados de saúde a cidadãos estrangeiros, um conjunto de orientações que assegurem a identificação e os procedimentos necessários no âmbito da inscrição e acesso de cidadãos estrangeiros ao sistema de saúde português, a ACSS publicitou em 2013 o manual de acolhimento no acesso ao Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros.

Este manual destina-se a melhorar os procedimentos a realizar pelas instituições do SNS e tem como objetivos específicos:

- i. Clarificar os procedimentos necessários de inscrição de cidadãos estrangeiros no Serviço Nacional de Saúde, através do cartão do Utente ou de outro mecanismo de identificação de Utentes em vigor no SNS;
- ii. Identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cidadãos estrangeiros, designadamente os Terceiros Pagadores, em todas as situações em que sejam susceptíveis de serem responsabilizados;
- iii. Identificar os cidadãos estrangeiros e os cidadãos nacionais com direitos prioritários noutro país assistidos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, ao abrigo do direito da União Europeia sobre coordenação de segurança social e dos acordos internacionais sobre segurança social que vinculam o Estado Português.

Para além desta melhoria dos procedimentos administrativos no país, foram igualmente desenvolvidas várias iniciativas junto dos países parceiros, no sentido de contribuir para a recuperação de fundos que se encontravam em dívida para com Portugal. De entre estas medidas, destacam-se os acordos de compensação que têm vindo a ser estabelecidos com os vários países terceiros, os quais têm como principal objetivo a vinculação das partes ao pagamento dos valores em dívidas assegurando o cumprimento dos prazos estipulados nos regulamentos, sendo assim um vetor de regularização da conta corrente entre os Estados-Membros. Para além deste efeito, importa considerar que foram definidas obrigações referentes aos prazos de apresentação da faturação de anos anteriores para estes Estados-Membros, o que impôs a apresentação de toda a faturação referente a 2010 e anos anteriores até 31/12/2011, aumentando o valor dos créditos apresentados por Portugal no ano de 2012.

#### 2.4.1.3 - Política do medicamento

##### Prescrição

No âmbito da prescrição por via electrónica, consideramos que o relato, a páginas 47 e 48, evidencia o conjunto significativo de iniciativas que foram desenvolvidas com vista ao cumprimento da medida em análise.

Importa, contudo, referir que, em acréscimo ao trabalho já desenvolvido, se continua a incidir sobre esta área da prescrição electrónica, no sentido de ampliar a sua utilização a novas áreas de prescrição, como por exemplo, os cuidados respiratórios domiciliários (Despacho n.º 9405/2014, de 14 de julho) e a prescrição de medicamentos para dispensa em regime de ambulatório pelas farmácias hospitalares (Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro).

Ainda no âmbito da prescrição electrónica de medicamentos e CRD, estão em fase final de desenvolvimento as ferramentas aplicacionais para a desmaterialização do circuito de prescrição, dispensa e conferência.

Tendo em vista actualizar a informação sobre o volume de prescrição electrónica e respectivas exceções, apresenta-se, em seguida, os mais recentes dados disponíveis que mostram a evolução favorável registada:

	set-13	set-14	%
<b>TOTAL de RECEITAS</b>	<b>6.462.195</b>	<b>6.471.662</b>	
<b>Receitas prescrição eletrónica</b>	<b>6.171.504</b>	<b>6.182.310</b>	<b>95,5%</b>
<b>Receitas prescrição manual</b>	<b>290.691</b>	<b>289.352</b>	<b>4,5%</b>
Falência do sistema informático	131.999	127.016	
Inadaptação	50.234	49.523	
Prescrição no domicílio	38.166	41.454	
Volume de receitas	64.615	68.650	
Sem identificação	5.531	2.709	

Fonte: CCF

Também a conferência centralizada das prestações de saúde, através do Centro de Conferência de Faturas (CCF) está em evolução através do alargamento a novas áreas, nomeadamente cuidados continuados, cuidados de diálise, CRD, transporte de doentes não urgentes, e evolução para a desmaterialização dos processos.

### Despesa pública com medicamentos

A medida 13, indicada e analisada na página 53 a 58 do presente Relato, respeitante a "Monitorizar mensalmente a despesa com medicamentos de forma a garantir que a despesa

pública global nesta área não exceda 1,25% do PIB, em 2012, e 1% do PIB em 2013." foi acompanhada junto da Troika, por recurso aos dados fornecidos pelo INFARMED, considerando-se que os quadros n.º 28 a 30 não reflectem a execução da mencionada medida, a qual deve ser aferida mediante os dados daquela entidade.

Ainda assim, salientamos que o valor provisório da despesa com medicamentos relativo ao ano de 2013, no montante de 961,3 M€, considerado pelo TC nos quadros acima referidos, se veio a reduzir, situando-se o valor final em 920 M€.

- **a) - Acordo com indústria farmacêutica**

Os acordos celebrados com a indústria farmacêutica representam uma importância central na redução de despesa com medicamentos no meio hospitalar, importando, nesta medida, esclarecer e clarificar algumas das observações constantes do Relato em análise, em particular a que, em seguida, passamos a transcrever:

*“Assim, segundo a informação prestada, deveriam ter sido recebidos pela ACSS € 98.1 M relativos à aplicação do acordo de 2012 e € 81.8 M referentes ao aditamento de 2013. Não obstante, em 8 de outubro de 2014, a ACSS apenas tinha recebido as contribuições de algumas empresas aderentes, no valor total de € 3 M (€ 0.9 M e € 2.1 M referentes aos acordos de 2012 e ao aditamento de 2013, respetivamente), o que representa 1.7% do valor total das contribuições apuradas (€ 179.9 M). A ACSS informou ainda que, “no âmbito do protocolo e respectivo aditamento, a ACSS não recebeu qualquer quantia proveniente dos Fundos criados pela Portaria n.º 407/2012, de 14 de dezembro, havendo a indicação, por parte do INFARMED, de que os mesmos não terão sido operacionalizados”.*”

Importa, desde logo, referir que o procedimento acordado para regularização dos montantes das contribuições determinadas para cada uma das empresas aderentes, privilegiava a emissão de notas de crédito aos hospitais do SNS respectivos. Apenas em algumas situações, por exemplo no caso de contribuições de reduzido valor ou em situações de inexistência de faturas por regularizar, as empresas procedem à realização de transferência bancária para a ACSS, sendo que esse valor, à data de 8 de outubro, somava os referidos 3 M€.

Assim, a conclusão apresentada relativa à execução dos Acordos, carece de revisão, uma vez que as transferências realizadas pelas empresas da indústria farmacêutica para a ACSS I.P. não



refletem a execução, mas uma parte dela, devendo ser incluído o montante em notas de crédito rececionadas nos hospitais do SNS.

Em 2012, a contribuição por parte da indústria farmacêutica cifrou-se em €108,4M, à qual foram deduzidas, a coberto do Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde n.º 2545/2012 e até ao limite da contribuição individual apurada para cada das empresas, as despesas com investigação e desenvolvimento, no valor de €10,3M.

Relativamente ao acordo de 2013 (página 56, terceiro bullet), importa clarificar que o montante das despesas com investigação e desenvolvimento de 15,7 M€ se refere ao valor total apresentado pelas empresas da indústria farmacêutica, sendo que o valor deduzido, respeitante a despesas com investigação e desenvolvimento, foi de 8,6 M€, fixando-se em 88,9 M€ o montante líquido das contribuições, e não em 81,8 M€.

Relativamente a estes dois anos, o ponto de situação é o seguinte:

Situação em: 14.10.2014

Acordo APIFARMA					
Ano	Valor total acordado	Despesas de I&D dedutíveis	Valor Contribuição	Valor Recebido (NC +TB)	% Execução
2012	108.419.942	10.334.094	98.085.848	80.792.651	82,37%
2013	97.529.615	8.584.960	88.944.655	88.319.190	99,30%

euros

De referir adicionalmente que, no âmbito do Acordo de 2012, estão a ser envidados todos os esforços para concluir o processo de regularização das contribuições determinadas, encontrando-se a ACSS a validar junto dos hospitais as notas de crédito emitidas pela indústria farmacêutica ainda não confirmadas, no sentido de finalizar este processo.

Ainda no âmbito do Acordo de 2013, e relativamente ao acordo individual celebrado com o universo das empresas não associadas da APIFARMA, foi apurada uma contribuição total de 3,2M€, valor este também recebido na ACSS, mas que não integra o quadro supra apresentado.

Quanto ao Acordo assinado a 24 de junho de 2014, a contribuição total referente às empresas associadas da APIFARMA é de 120M€. Tendo por referência os prazos de regularização estipulados neste Acordo, a ACSS encontra-se a validar o montante da contribuição respeitante



a 80% do valor total determinado que era devido a 31.10.2014, correspondente a 96 M€, sendo que, até ao passado dia 26 de novembro, o valor recebido (notas de crédito e transferências bancárias) ascendia a cerca de 43 M€ (a contribuição devida a 31.10.2014 corrigida de I&D era de 89.460.802€), ou seja, o nível de execução atingia os 47,7%.

Nota-se, em todo o caso, que ainda não está apurada a despesa total e a despesa dedutível de investigação e desenvolvimento do presente ano.

Realça-se também que no passado dia 21 de novembro de 2014 foi assinado o Acordo com a indústria farmacêutica para 2015, no qual se define a contribuição das empresas associadas da APIFARMA em 135M€.

A execução e a monitorização dos Acordos, desde 2012, é realizada em sede da Comissão de Acompanhamento, composta por representantes do Ministério das Finanças e da Saúde, e da APIFARMA, que reúne regularmente.

Relativamente aos Fundos previstos no Acordo, cumpre clarificar que foram preparadas e publicadas as condições legais para a eventual criação dos mesmos, através da Portaria n.º 407/2012, de 14 de dezembro, não tendo, no entanto, sido considerada a necessidade da sua execução, tendo em conta os meios de pagamento a ser utilizados.

#### 2.4.1.4 – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Relativamente às medidas consideradas na página 59 do Relato, consideramos importante sublinhar que a metodologia adotada para o seu acompanhamento junto da Troika, teve por base a despesa apurada com entidades privadas que prestam serviços de MCDT às Administrações Regionais de Saúde.

Deste modo, o quadro n.º 33, evidenciando a informação total disponibilizada pela ACSS, desvirtua a análise do nível de cumprimento destas medidas, pelo que, em nossa opinião, o quadro e as respectivas conclusões, carecem de revisão.

Na página 60, o Relatório refere:

“Conforme resulta da leitura do quadro, a área em que ocorreu o maior aumento de preços em 2011 foi a medicina nuclear (onde, por exemplo, o exame com o código 018.3 - *Tomografia cerebral com 99mTc – HMPAO* – passou de € 18,66 para € 230,30, mais 1.134%, sucedendo o mesmo com outros

atos, com variações de preços igualmente muito significativas); em compensação, outras áreas viram os preços reduzidos – análises e radiologia/radioterapia.”

De assinalar que não se registou efetivamente um aumento de custos para o SNS, uma vez que a tabela que entrou em vigor a 1 de julho de 2011, e que tem como princípio ser um instrumento para os Cuidados de Saúde Primários, atualizou a área de Medicina Nuclear, cujos preços passaram a incluir o exame e o radiofármaco, tornando qualquer comparação homóloga ilegítima. Esta explicitação encontra-se publicada num documento designado “Tabela MCDT Convencionados Esclarecimentos”, no *site* da ACSS.

Adicionalmente, importa ter presente que analisar a média não nos parece ser um bom instrumento para estudar as alterações que ocorreram nos preços registados na área dos MCDT nos anos em análise. De facto, e se considerarmos o exemplo da área A – Análises Clínicas ou da área M – Radiologia, houve muitas posições de MCDT que saíram da tabela de preços, fruto da retirada de várias análises e exames que os especialistas de medicina geral e familiar consideraram não ser necessárias para o diagnóstico em cuidados de saúde primários, inviabilizando uma análise adequada da média de variação dos preços na medida em que estamos a comparar realidades diferentes.

As variações de preços parecem grandes mas são em análises com pouca produção e nas quais existia grande diferença relativamente aos preços do SNS.

Ainda em relação a esta temática dos MCDT, sublinhamos que do conjunto alargado de iniciativas concretizadas foi possível reduzir a despesa nesta área, designadamente:

- Redução de 12,5% no preço da hemodiálise (2011)
- Redução de 12,5% na tabela de Raio-X (2011)
- Redução de 12,5% na tabela de análises clínicas (2011)

Na área dos cuidados respiratórios domiciliários, foi também publicado o Despacho n.º N.º 1314/2013, definindo-se um preço máximo a considerar por todas as entidades até à conclusão do procedimento de aquisição centralizado.

Ainda no âmbito dos MCDT, importa referir a publicitação do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro que estabeleceu o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de

cuidados de saúde. Através deste Decreto-Lei pretendeu-se adequar o regime do setor convencionado à atual realidade de prestação de cuidados, assegurando, simultaneamente, o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e da liberdade de escolha dos utentes, da transparência, da igualdade e da concorrência. O mesmo diploma legal, visou a obtenção dos seguintes objetivos específicos:

- Prontidão, continuidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde;
- Obtenção de ganhos de eficiência na distribuição e afetação dos recursos do SNS, através da adoção de formas de gestão flexíveis e de mecanismos concorrenciais;
- Promoção da qualidade dos serviços prestados através da exigência de licenciamento, quando aplicável, e complementadas, sempre que necessário, pela adoção de critérios adicionais e pela indexação de padrões de qualidade ao financiamento.

Em concreto, o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, permitiu tornar o modelo de convenções mais flexível do ponto de vista dos procedimentos, privilegiando-se a figura do concurso ao modelo do contrato de adesão, sendo ainda permitida a celebração de convenções que abranjam um conjunto integrado e/ou alargado de serviços.

A implementação deste modelo permite colocar todos os prestadores privados e do sector social, perante regras e mecanismos de aplicação uniformes, que garantem um ambiente de atividade transparente e com adequado funcionamento das regras de mercado.

No final, compete ao utente, em qualquer dos casos, a escolha da entidade convencionada, por entre os vários prestadores concorrentes ou aderentes que reúnam os requisitos para a prestação de serviços convencionados, assegurando-se, assim, a liberdade de escolha.

#### **2.4.1.5 – Hospitais, custos com o pessoal e com o transporte de doentes**

##### **Hospitais**

No âmbito do processo de contratualização em curso no setor da saúde, foram sendo emanadas orientações por parte da Tutela no sentido de o SNS poder assegurar, com os recursos disponíveis e sem perda de qualidade, os níveis de acesso e eficiência que permita continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados.

De facto, e fruto da conjuntura económica e financeira vivida neste período, foram deferidas várias medidas e objetivos de contenção dos gastos públicos no setor da saúde, com destaque para a continuidade da racionalização e reorganização das instituições, através da concentração de serviços clínicos e de suporte, particularmente nos Centros Hospitalares e nas Unidades Locais de Saúde, onde se operacionalizaram planos de fusão e de racionalização de custos, evitando redundâncias de serviços ou de valências médicas e rentabilizando a afetação de recursos humanos e físicos das instituições, ou através da diminuição efetiva do número de camas e da melhoria da eficiência nas demoras médias dos serviços em função da produção e casuística de internamento da instituição, atendendo às melhores práticas de gestão clínica.

Para além destas medidas, importa ainda destacar os Despachos da Tutela que definiram os objetivos económico-financeiros a alcançar em cada um dos anos, como seja o Despacho n.º 774/2013, de 26 de novembro do Senhor Secretario de Estado da Saúde, que definiu que todas as instituições teriam de efetuar reduções dos seus custos operacionais de forma a cumprirem a orientação de alcançar um EBITDA tendencialmente nulo nas situações em que se verificou em 2013 um desempenho económico deficitário, ou uma redução de, pelo menos 50%, do EBITDA negativo do ano anterior, quando o desempenho económico de 2013 foi deficitário.

### **Custos com o Pessoal**

No âmbito da redução de custos com pessoal, não pode deixar de se assinalar o esforço desenvolvido pelo Governo, no âmbito do Acordo que foi possível alcançar, em 2012, com os Sindicatos representativos do pessoal médico, do qual resultou a alteração do regime da organização do tempo de trabalho médico, em particular, no serviço de urgência, o que contribuiu para um melhor funcionamento daqueles serviços e para a efetiva redução das horas de trabalho suplementar realizadas, com a consequente redução da despesa pública nesta rubrica.

Em termos concretos, assistiu-se ao aumento, em mais 5 horas, do período normal de trabalho e ainda à afetação de até 18 horas semanais ao serviço de urgência, em contraposição com as anteriores 12 horas, passando as mesmas a ser agora aferidas num período de referência de 8 semanas, o que permite que só haja lugar à realização de trabalho suplementar quando, naquele período das 8 semanas, sejam realizadas mais de 144 horas de trabalho no serviço de urgência.

Por outro lado, o aumento do período normal de trabalho contribuiu, também, para a redução do número de horas necessárias de pessoal médico até então asseguradas em regime de prestação de serviços, com o conseqüente ganho financeiro que essa solução acarretava.

A este respeito, impõe-se salientar o Despacho n.º 751/2013, de 30 de Outubro, de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, mediante o qual, reconhecendo que “O recurso à contratação de serviços de saúde na modalidade de prestação de serviços é de natureza excepcional e é apenas justificável em situações específicas em que comprovadamente esta é, devidamente contextualizada, a modalidade adequada de contratação.” se determinava que “O número de contratos a celebrar em 2014 deverá sofrer relativamente a 2013 uma redução de cerca de 10% no valor do número de horas/atos contratados.”

No mesmo sentido, o Despacho n.º 11574/2013, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 171, de 5 de setembro, veio determinar que a transição de médicos para o regime de 40 horas semanais tinha prevalência relativamente a quaisquer contratações em regime de prestação de serviços, não podendo estas ser autorizadas sempre que se verifique possibilidade de as substituir pela referida transição.

No que respeita à redução dos custos associados à prestação de serviços médicos, importa realçar, para além, do Despacho n.º 10428/2011, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 158, de 18 de agosto, que, entre outros aspetos, procedeu à revisão dos valores de referência para a contratação de pessoal médico em regime de prestação de serviços, os resultados decorrentes da obrigação imposta às Instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde - salvo dispensa conferida em situações excepcionais - de recorrerem aos prestadores de serviços identificados no Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde, aprovado na sequência do concurso público para a celebração de contratos públicos de aprovisionamento (CPA), oportunamente desenvolvido pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.) – cfr. Despacho n.º 3572/2013, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 46, de 6 de março.

Em matéria de mobilidade, convirá realçar a alteração ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, mediante aditamento do artigo 22.º - A, nos termos do qual se determina a aplicação do regime da mobilidade interna dos trabalhadores em funções públicas aos profissionais de saúde, independentemente da natureza jurídica da relação de emprego e da pessoa coletiva pública,

sempre que esta se opera no âmbito dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde – que para estes efeitos se consideram como unidades desconcentradas do mencionado SNS –, solução que permitiu agilizar o recurso a um este instrumento de gestão, que inequivocamente contribui para a melhor racionalização dos efetivos existente e para o seu aproveitamento integral, tendo em conta não só as necessidades dos serviços, mas também as respetivas capacidades instaladas.

### **Transporte de doentes**

O transporte de doentes, previsto na base XXIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2007, de 8 de Novembro é considerada uma atividade instrumental da prestação de cuidados de saúde.

Nesta sequência, e no que respeita ao transporte não urgente de doentes, o SNS garante o pagamento dos respetivos encargos a todos os cidadãos que efetivamente necessitem deste apoio, disponibilizando assim o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde a que têm direito e de que objetivamente necessitam.

Nestes termos, o Decreto-Lei n.º113/2011, de 20 de novembro, veio estabelecer o regime de isenção de encargos para o doente quando a sua situação clínica justifique a necessidade de utilização de transporte para salvaguarda da continuidade da prestação de cuidados e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica. Estabelece ainda o pagamento parcial dos encargos com o transporte não urgente de doentes nas situações em que se verifique a necessidade impreterível de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada, traduzida na necessidade do doente efetuar pelo menos oito deslocações num período de 30 dias, cabendo-lhe, nestes casos, uma comparticipação no pagamento do transporte.

Em sede de execução do regime estabelecido no Decreto-Lei n.º113/2011, de 29 de novembro, foi aprovada a Portaria n.º 142/B/2012, de 15 de maio, que define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde.

Estabelece este diploma, no seu artigo 9º que as "*normas e procedimentos relativos à prescrição, requisição, gestão e faturação de encargos com o transporte não urgente de doentes constam de regulamento*".

Este Regulamento foi aprovado pelo Despacho n.º7702-C/2012 do Senhor Secretário de Estado da Saúde, de 1 de junho de 2012, publicado em Diário da República, 2ªsérie, de 04 de junho de 2012.

Paralelamente ao desenvolvimento deste quadro normativo foram sendo desenvolvidos mecanismos administrativos de operacionalização global, gestão e monitorização da atividade relacionada com o transporte de doentes não urgente de doentes, com destaque para a criação de um sistema de informação de âmbito nacional que se apresenta como uma plataforma configurável para a gestão integrada do processo de prescrição, transporte e pagamento da atividade realizada em termos de transporte de doentes não urgentes realizados por prescrição médica, assegurando uma melhoria muito significativa da eficiência deste processo e reduzindo os custos associados ao mesmo, sem diminuição da resposta assegurada à população.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo



(Rui Santos Ivo)



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**Conselho Diretivo**

047329 01.dez.14



Autoridade Nacional do Medicamento  
e Produtos de Saúde, I.P.

Exmo. Senhor  
Dr. José F.F. Tavares  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61  
1069-045 Lisboa

N. Ref.: CD/146/2014  
Tel. Direto: +351 21 798 71 29  
Fax: + 351 21 798 71 20  
E-mail: [susana.afonso@infarmed.pt](mailto:susana.afonso@infarmed.pt)

**ASSUNTO:** Relatório do Tribunal de Contas relativo a Auditoria "Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal" – Processo n.º 23/2012 - Audit

Exmo. Senhor,

Na sequência do vosso ofício n.º 16119, do dia 12.11.2014, relativo ao assunto supra referido, e em respeito pela prorrogação de prazo concedida, remete-se informação adicional, propondo clarificação do exposto no V. Relatório através das alterações que se explanam de seguida.

#### **MEDICAMENTOS GENÉRICOS**

**Medida: Remover todas as barreiras à entrada de genéricos, especialmente através da redução de barreiras administrativas/legais, com vista a acelerar a comparticipação de genéricos.**

No âmbito desta medida importa referir que, além da implementação do regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial (Lei n.º 62/2011, de 12 de dezembro), outras medidas foram aplicadas no contexto da aceleração da comparticipação dos medicamentos genéricos, designadamente a criação de um procedimento no INFARMED, I.P. designado de "via verde" para o processo acelerado de avaliação da comparticipação, a criação mensal de novos grupos homogêneos no sentido de disponibilizar novos medicamentos genéricos comparticipados (Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho) e a transferência da responsabilidade da decisão de comparticipação para o INFARMED, I.P. (Despacho n.º 13888/2013, de 13 de setembro).

DGTC 2 12 14 20372

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.  
Parque de Saúde de Lisboa - Av. do Brasil, 53  
1749-004 Lisboa - Portugal

Tel.: +351 217 987 100 Fax: +351 217 987 316 Website: [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) E-mail: [infarmed@infarmed.pt](mailto:infarmed@infarmed.pt)



**Medida: Incentivar os médicos, a todos os níveis do sistema, tanto público como privado, a prescrever genéricos e os medicamentos de marca que sejam menos dispendiosos.**

Como se verifica, a medida inicialmente proposta não incidia sobre a prescrição por Denominação Comum Internacional, tendo sido uma medida de carácter transversal considerada fundamental na política do medicamento.

De forma complementar foram igualmente implementadas medidas que visam incentivar a disponibilização de medicamentos de menor preço, nomeadamente a obrigatoriedade da farmácia dispor de três dos cinco medicamentos de preço mais baixo em cada grupo homogéneo (Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto); a obrigatoriedade da dispensa nas farmácias de um medicamento dentro dos cinco preços mais baixos, sendo permitida a opção do doente por outro medicamento mediante o pagamento do valor remanescente (Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio), a criação de uma aplicação para telemóveis com o objetivo de informar sobre os preços mais baixos decorrente da prescrição médica (eMed), a revisão anual dos preços máximos por comparação internacional com os países de referência anualmente escolhidos para o efeito através de Portaria, flexibilizando o processo (Decreto-Lei n.º 112/2011, 29 de novembro), a introdução da alteração da formação do preço dos medicamentos genéricos face ao medicamento de referência (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro), e a reavaliação dos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos participados, tendo sido identificado um conjunto relativamente aos quais não existe prova da sua eficácia relativa em termos suscetíveis de justificar continuidade da sua comparticipação (Portaria n.º 45/2014, de 21 de fevereiro).

Pela primeira vez foi instituída a revisão anual de preços por comparação internacional a medicamentos de utilização em meio hospitalar (Decreto-Lei n.º 34/2013, de 27 de fevereiro).

No sentido de dotar o INFARMED, I.P. dos mecanismos necessários à regulação do mercado de medicamentos procedeu-se à alteração do regime de coimas de diversos diplomas legais (Lei 51/2014, de 25 de agosto) e à introdução de coima em caso de erro de reporte de preços revistos (Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro), ao reforço da definição dos critérios de reavaliação da comparticipação dos medicamentos que se encontram no mercado, bem como a transferência de responsabilidade da fixação dos preços dos medicamentos para o Ministério da Saúde/ INFARMED, I.P. (Decreto-Lei n.º 152/2012, de 12 de julho).

Adicionalmente, foi reforçado o plano de inspeções do INFARMED, I.P. no sentido de verificar a existência dos medicamentos de preço mais baixo nas farmácias.

Estas medidas foram apresentadas e discutidas em sede de revisão dos Memorandos de Entendimento.

**Medida: Aumento gradual e significativo da % de medicamentos genéricos para, pelo menos, 30% do total de medicamentos prescritos em ambulatório (em termos de volume) em 2012, e novos aumentos em 2013.**

Decorrente da evolução da presente medida ao longo das atualizações dos memorandos, foram estabelecidas metas bastante exigentes relativamente à quota de mercado de medicamentos genéricos no mercado do Serviço Nacional de Saúde.

Com o objetivo de cumprir as metas estabelecidas, e de apresentar os respetivos resultados em conformidade com a metodologia acordada, foram reforçadas medidas direcionadas para a área do mercado de medicamentos genéricos.

Neste sentido, destaca-se a implementação de um sistema integrado no âmbito processual de comparticipação de medicamentos genéricos: a implementação de um procedimento acelerado de submissão e avaliação da comparticipação de genéricos designado de “via verde” e a simplificação processual decorrente da transferência da responsabilidade na decisão da comparticipação para o INFARMED, I.P.. Adicionalmente, as regras relacionadas com a comparticipação incidiram no aumento da redução de preço na introdução do primeiro medicamento genérico em 50% face ao medicamento de referência (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro) e a criação de grupos homogêneos com periodicidade mensal (antes apenas era possível trimestralmente) permitindo a entrada imediata de novos genéricos comparticipados no mercado (Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho).

Por outro lado, na perspetiva de atuação no que diz respeito à dispensa de medicamentos genéricos, o INFARMED, I.P. publicou informação no site relativa à quota de dispensa nas farmácias do território nacional com o objetivo de criar uma ótica de *benchmarking* no sector e reforçou igualmente as inspeções focadas especificamente na existência de medicamentos de preço mais baixo e no cumprimento da respetiva dispensa.

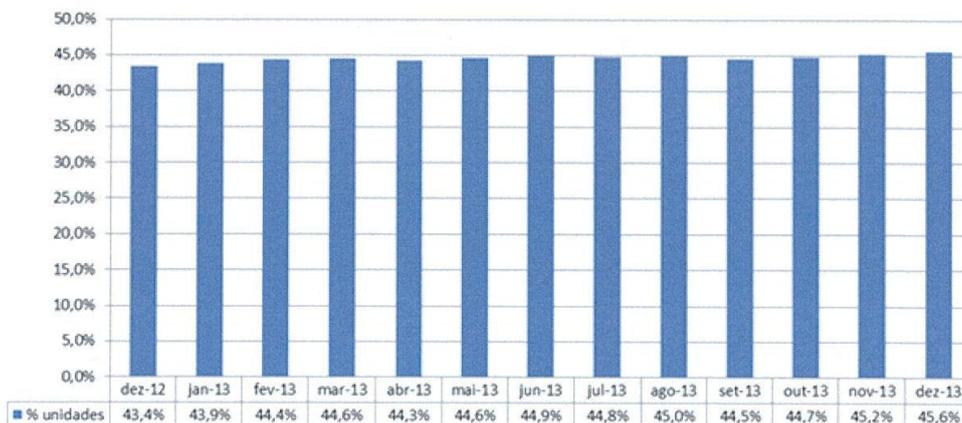
No que diz respeito à manutenção da dinâmica do mercado de medicamentos genéricos, o Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro estabeleceu o limite mínimo dos preços de medicamentos genéricos comparticipados de modo a prevenir a degradação de preços ao nível da consequente retirada dos medicamentos de preços mais baixos do mercado; e a revisão das margens de comercialização das farmácias (alteração da proporção da margens percentual e fixa), sem onerar os encargos do SNS, promovendo a dispensa de medicamentos genéricos.

Na vertente de informação ao público em geral, o INFARMED, I.P. criou ainda uma aplicação para *smartphones* possibilitando a informação imediata dos preços dos medicamentos, bem como outras funcionalidades para a correta utilização de medicamentos (por exemplo, os folhetos informativos, alertas das tomas) e localização da farmácia mais próxima.

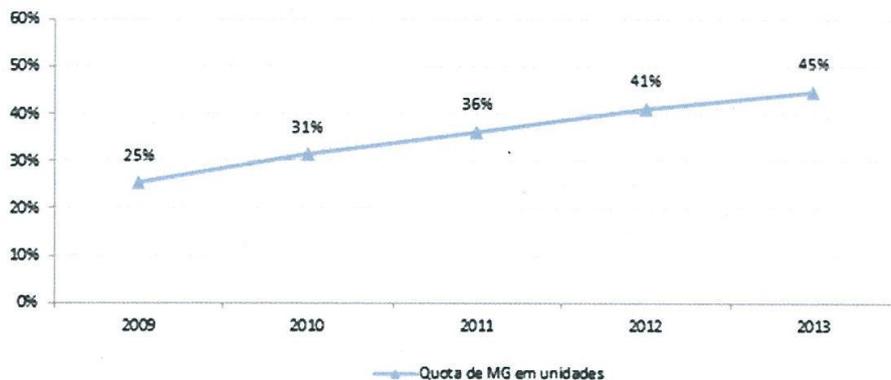
Em resultado, de acordo com os dados publicados do INFARMED, I.P., o objetivo de 45% referente a 2013 para a quota de medicamentos genéricos no mercado do Serviço Nacional de Saúde foi atingido, conforme se demonstra no gráfico seguinte.

**Mercado de Medicamentos Genéricos –Quota de Mercado no SNS em unidades**

**Mensal**



**Anual**



Deste modo, propõe-se a alteração da designação da medida e o estado de cumprimento da mesma no quadro 38 – Ponto de situação de melhorias orçamentais estruturais até ao 1.º semestre de 2014, ou seja, “Aumentar a % de medicamentos genéricos para 45% no mercado do Serviço Nacional de Saúde em 2013 – Cumprida”.

Para 2014 encontra-se em curso o desenvolvimento de medidas adicionais para atingir a meta de 60% no mercado do Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta o crescimento anual exigido. Com este propósito encontra-se previsto na legislação (Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro) a possibilidade de criar incentivos às farmácias para dispensa de medicamentos genéricos e foi ainda

estabelecido um Acordo entre o Ministério da Saúde e as associações de farmácias, no dia 9 de julho de 2014.

É de referir ainda que, na perspetiva de *benchmarking* europeu, segundo dados da IMS Health, Portugal foi o país europeu, a par de França, com o maior crescimento da quota de medicamentos genéricos no período entre 2011-2013.

Por último, propõe-se a substituição do quadro 25 pela tabela abaixo no sentido de clarificar a designação das colunas e de retificar as variações homólogas (que se encontram trocadas).

Anos	Mercado de Medicamentos Não Genéricos – SNS			Mercado de Medicamentos Genéricos - SNS			Mercado SNS total	
	Unidades	Valor PVP	Encargos SNS	Unidades	Valor PVP	Encargos SNS	Encargos SNS	Encargos Utente
2010	3.555,8	1.786,4	1.188,0	1.630,6	562,9	452,6	1.640,7	708,7
2011	3.266,1	1.618,9	1.046,1	1.855,9	481,8	280,1	1.326,2	774,5
2012	3.052,7	1.442,6	946,0	2.141,5	380,1	227,2	1.173,2	649,5
2013 (com subsistemas)	3.071,4	1.412,0	915,5	2.483,6	413,2	244,8	1.160,2	665,0
2013 (sem subsistemas)	2.958,2	1.358,8	885,0	2.410,3	400,2	238,2	1.123,2	635,8
2013 / 2010 (com subsistemas)	-13,6%	-21,0%	-22,9%	52,3%	-26,6%	-45,9%	-29,3%	-6,2%
2013 / 2010 (sem subsistemas)	-16,8%	-23,9%	-25,5%	47,8%	-28,9%	-47,4%	-31,5%	-10,3%

No mesmo sentido, sugerimos igualmente a clarificação da redação no que diz respeito aos encargos dos utentes, ou seja, a diminuição verificada nos encargos dos utentes de 10,3% no período de 2010/2013 resultou do efeito conjugado da redução destes encargos no mercado de medicamentos não genéricos do SNS (20,8%) e do aumento no mercado do SNS com medicamentos genéricos decorrente do respetivo aumento de consumo.

## DESPESA PÚBLICA COM MEDICAMENTOS

**Medida: Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias, na base da experiência adquirida noutros Estados Membros. O novo sistema deverá assegurar uma redução na despesa pública com medicamentos e incentivar a venda de medicamentos menos dispendiosos. O objectivo é que lucros menores na distribuição contribuam, pelo menos, com um mínimo de 50 milhões de euros para a redução da despesa pública em medicamentos.**

**Medida: Se o novo sistema de cálculo de margens de lucro não produzir o efeito estimado, introduzir-se-á uma contribuição sob a forma de um desconto médio (reembolso) que será calculado sobre a margem de lucro. O desconto reduzirá a margem de lucro em pelo menos 3 pontos percentuais. O desconto será cobrado mensalmente pelo Estado através do Centro de Conferência de Facturas, preservando a rentabilidade das farmácias mais pequenas situadas em zonas remotas com menor facturação.**

Relativamente às medidas identificadas, em particular, propõe-se a clarificação dos resultados apresentados de cumprimento da medida principal e da medida de contingência, a aplicar caso não fossem surtidos os efeitos pretendidos, conforme acordado com a delegação da Comissão Tripartida.

O novo regime de margens de comercialização das farmácias foi apresentado no âmbito da Comissão Tripartida, tendo sido publicado o Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, e as Portarias n.º 3/2012 e n.º 4/2012, ambas de 2 de janeiro, que visam estabelecer o sistema integrado de dispensa dos medicamentos de preço mais baixo.

Neste sentido, importa relevar que tendo em conta que o período de escoamento se verificou até abril, e com base na poupança observada nos meses efetivos, o INFARMED previu uma poupança total de cerca de €46M nos encargos do SNS para o ano de 2012.

Adicionalmente, foi ainda efetuada uma análise comparativa com o período homólogo (preços médios com as margens anteriores vs margens atuais, mantendo uma igual estrutura de mercado), resultando num impacto de poupança de 55 milhões de euros na despesa do SNS com medicamentos (entre Janeiro e Junho).

Com base nos estudos de impacto, a medida principal foi considerada cumprida e constituiu um dos fatores para o atingimento da meta estabelecida para a despesa com medicamentos em 2012. Por essa razão, ambas as medidas foram excluídas nas atualizações subsequentes do memorando de entendimento.

**Medida: Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca com uma substância ativa similar.**

A publicação do Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro estabeleceu a redução de 50% no preço do primeiro genérico a formar o grupo homogéneo em relação a medicamento de referência.

Relativamente à medida evocada de aplicar a redução de 50% aos medicamentos não integrados em grupo homogéneo e com autorização de introdução no mercado superior a 15 anos, ao longo do processo de atualização do memorando transformou-se em medida de contingência e, convém referir, que o processo de estudo prévio e legislativo foi preparado em conformidade. No entanto, não foi considerada a sua implementação devido ao impacto no mercado farmacêutico de base nacional.

**Medida: Rever o sistema atual de preços de referência baseado em preços internacionais, alterando os países de referência para os três países da UE com os níveis de preços mais baixos ou para países com níveis comparáveis em termos de PIB per capita.**

Esta medida foi implementada e cumpridos os requisitos identificados.

Para 2015 mantém-se o processo de revisão anual de preços por comparação internacional, que será executada tendo por base os países de referência – Espanha, França e Eslovénia – definidos na Portaria n.º 231-A/2014, de 12 de novembro.

**Medida: Monitorizar mensalmente a despesa com medicamentos de forma a garantir que a despesa pública global nesta área não exceda 1,25% do PIB, em 2012, e 1% do PIB em 2013.**

Importa primeiramente referir a exigência das metas definidas para a despesa com medicamentos em Portugal, no contexto europeu e em países alvo de ajustamento económico e financeiro.

As medidas constantes do memorando de entendimento, explanadas anteriormente, e outras complementares, foram essenciais para alcançar a meta definida para 2012 e apresentar os resultados no sentido de cumprir a meta para 2013 na área da política do medicamento.

De forma estrutural, a política do medicamento foi orientada no sentido de cumprir os objetivos estabelecidos no Plano de Ajustamento Económico e Financeiro com foco em determinadas áreas que atuam de forma integrada, nomeadamente o mercado dos medicamentos genéricos, a

prescrição eletrónica, a prescrição e dispensa por denominação comum internacional, o processo de compra centralizada de medicamentos e dispositivos médicos e o desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (projeto de diploma em fase de discussão pública).

Uma das medidas estruturais que deve ser mencionada refere-se à criação da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) (Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de Fevereiro, alterado pelo Despacho n.º 8333/2014, de 19 de junho), órgão consultivo do INFARMED, I.P., constituída por representantes das Comissões de Farmácia e Terapêutica dos sete dos maiores hospitais do SNS, representantes das ARS, das Ordens dos Médicos e dos Farmacêuticos e da Direcção-Geral da Saúde. A competência da CNFT visa elaborar e implementar o Formulário Nacional de Medicamentos (FNM). O FNM pretende constituir-se como o referencial de disponibilização e utilização de medicamentos no SNS, sendo uma ferramenta dinâmica, construída por módulos, de fácil e rápida atualização, espelhando a evolução do trabalho e discussão da CNFT, sustentada pela evidência científica e práticas terapêuticas dos profissionais de Saúde em Portugal. Os princípios e regras de elaboração do Formulário Nacional de Medicamentos, bem como a obrigatoriedade da sua utilização pelos prescretores nos estabelecimentos e serviços do SNS, foram definidos pelo Despacho n.º 7841-B/2013. D.R. n.º 114, de 17 de junho. Tendo em conta a publicação do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, que estabeleceu o regime jurídico de critérios de incompatibilidade dirigidos a peritos de avaliação de medicamentos, verificou-se a necessidade de reorganização da CNFT e da estratégia de desenvolvimento do FNM.

Neste sentido, de forma concreta, são apresentados de seguida os dados de despesa pública com medicamentos de acordo com a metodologia acordada para avaliação pela delegação da Comissão Tripartida. Para o efeito, a despesa pública com medicamentos resulta da conjugação dos valores disponibilizados pelo INFARMED, I.P. (provenientes do Centro de Conferências de Faturas) para o mercado ambulatório uma vez que inclui apenas a medicamentos comparticipados dispensados em farmácias, e dos valores apresentados pela ACSS, I.P. no âmbito hospitalar na medida em que reflete a despesa resultante das operações contabilísticas, conforme explanado no relatório em análise.

Relativamente ao valor do PIB para aferição dos resultados, importa ressaltar a manutenção do mesmo ao longo da avaliação do memorando de entendimento por diversas razões, que mereceram a concordância da Comissão Tripartida, designadamente a definição das medidas e metas no memorando de entendimento terem por base o referido valor, a necessidade de estabilidade nas metas previamente definidas, e a manutenção do contexto negocial para o estabelecimento de acordos de colaboração com os agentes do sector do medicamento.

### Concretização das metas inscritas no MoU relativas à despesa pública com medicamentos

Mercado	Anos	
	2012	2013
Ambulatório (sem subsistemas)	1.173,2	1.123,2
Hospitalar	955,6	961,3
<b>Total</b>	<b>2.128,8</b>	<b>2.084,5</b>
<b>PIB</b>	<b>170.000,0</b>	<b>170.000,0</b>
<b>Peso %</b>	<b>1,25%</b>	<b>1,23%</b>

Fonte: Infarmed e ACSS

Considerando os resultados concretizados, propõe-se a alteração da designação da medida e o estado de cumprimento da mesma no quadro 38 – Ponto de situação de melhorias orçamentais estruturais até ao 1.º semestre de 2014, ou seja, “Monitorizar a despesa pública com medicamentos para não exceder 1,25% do PIB em 2012 – Cumprida”.

No âmbito da avaliação dos resultados do ano de 2013 releva notar que, decorrente da integração da despesa dos subsistemas públicos no Serviço Nacional de Saúde em abril de 2013 e a definição das metas ter ocorrido em momento anterior, a despesa a considerar para o efeito não inclui os mesmos. Não obstante, foram disponibilizados os valores desagregados, com e sem subsistemas, da despesa no ambulatório.

Refira-se ainda que no quadro 28, no âmbito dos valores do INFARMED, o valor dos encargos do SNS em ambulatório, em 2010, cifra-se em 1.640,7€ em substituição de 1.640,1€, repercutindo-se no resultado de diferencial apresentado.

#### a) Acordo com indústria farmacêutica

Os Acordos que foram celebrados representam uma importância central na redução de despesa com medicamentos no meio hospitalar, em particular, uma vez que a contribuição da indústria farmacêutica assume a forma de pagamento maioritariamente em notas de crédito aos hospitais. As empresas que não comercializam medicamentos em meio hospitalar efetuam pagamento através de transferência para a ACSS, I.P., sejam associadas ou não associadas da APIFARMA.

Por esta razão deve ser clarificada a conclusão apresentada relativa à execução dos Acordos, ou seja, as transferências realizadas pelas empresas da indústria farmacêutica para a ACSS I.P. não refletem a execução mas uma parte dela, devendo ser incluído o montante em notas de crédito rececionadas nos hospitais do SNS a indicar pela ACSS, I.P., enquanto entidade com competência nesta matéria.

Em 2012, a contribuição por parte da indústria farmacêutica cifrou-se no total de €108,4M, à qual foram ainda deduzidas as despesas com investigação e desenvolvimento das empresas, no valor de €10,3M. Os valores apurados resultaram do processo de confrontação de dados e de auditoria realizada à despesa nas entidades do Serviço Nacional de Saúde, bem como de parecer do Instituto Superior de Estatística e Gestão da Universidade Nova de Lisboa no âmbito da fórmula de apuramento da contribuição.

Em 2013 apurou-se a contribuição de 97,5M€, deduzindo despesas de investigação e desenvolvimento no montante de 8,6M€.

No âmbito do universo das empresas não associadas da APIFARMA, o INFARMED, I.P. apresentou um acordo individual a estabelecer com o Ministério da Saúde às empresas identificadas, no universo referido, com os consumos mais significativos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e remeteu o mesmo às restantes empresas do mercado, explanando a contribuição individual, que reflete a quota de mercado das empresas não associadas na despesa hospitalar. Deste universo a contribuição realizada per fez um total de 3,2M€.

No Acordo assinado a 24 de junho de 2014, a contribuição referente às empresas associadas da APIFARMA é de 120M€, não sendo ainda possível saber o valor relativo a despesa de investigação e desenvolvimento do presente ano.

Realce-se também que no passado dia 21 de novembro de 2014 foi assinado o Acordo com a indústria farmacêutica para 2015, no qual se define a contribuição das empresas associadas da APIFARMA em 135M€.

A execução e a monitorização dos Acordos, desde 2012, é realizada em sede da Comissão de Acompanhamento, composta por representantes do Ministério das Finanças e da Saúde, e da APIFARMA, que reúne regularmente. A Comissão de Acompanhamento constitui um instrumento determinante para agilização e operacionalização dos Acordos, possibilitando a resolução de divergências emergentes.

Relativamente aos Fundos previstos no Acordo, cumpre clarificar que foram preparadas e publicadas as condições legais para a eventual criação dos mesmos, através da Portaria n.º 407/2012, de 14 de dezembro, não tendo, no entanto, sido considerada a necessidade da sua execução, tendo em conta os meios de pagamento a ser utilizados.

#### b) Aferição do cumprimento da medida

Em resultado do explanado anteriormente, cumpre referir que em 2012, de acordo com os dados de mercado apresentados à delegação tripartida, considerando o efeito do Acordo com a indústria farmacêutica, foi possível atingir o objetivo.

Em 2013, o valor de despesa observado expressou o esforço desenvolvido para atingir a meta, que, refira-se, não encontra paralelo no contexto europeu.

O compromisso de manter, no presente, a orientação de atingimento da meta previamente estabelecida mantém-se, em defesa da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, como se pode constatar com a publicação da definição dos países de referência para a realização da revisão anual de preços em 2015 por comparação internacional no mercado ambulatorio e em meio hospitalar; o desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde, que permitirá reavaliar periodicamente os ganhos em saúde e reavaliar, caso necessário, a comparticipação dos medicamentos e realizar a avaliação de dispositivos médicos.

Na avaliação dos resultados observados face às metas estabelecidas deve ser reforçado o facto de, a partir de Abril de 2013, os subsistemas de saúde passaram a estar incorporados na despesa pública com medicamentos, ou seja, as metas não foram definidas considerando este adicional à despesa pública com medicamentos, pelo que a avaliação dos resultados não deve considerar esta parcela.

No que diz respeito à recomendação formulada no ponto B), n.º 6, reitera-se que a conclusão apresentada no relatório da Auditoria de acompanhamento dos mecanismos de Assistência Financeira a Portugal relativamente à taxa de execução dos Acordos estabelecidos com a indústria farmacêutica deve ser reponderada e clarificada com base na informação proveniente da ACSS, I.P.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Diretivo



*Paula Dias de Almeida*  
Vogal do  
Conselho Diretivo



Exmo. Senhor  
Diretor-Geral do Tribunal de Contas  
Dr. José F. F Tavares  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

03.DEZ.2014 2296

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
DAI - Proc. 23/2012/Audit	Mensagem de 26.11.2014	N.º: ENT.: 6873/2014 PROC. N.º: 1144/2013	27.11.2014

**ASSUNTO:** Auditoria orientada ao “Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal”

Encarrega-me S. Exa. o Secretário de Estado da Administração Pública de remeter a V. Ex<sup>a</sup> a Nota elaborada neste Gabinete de 26 de novembro de 2014 e o Despacho n.º 4235/2014-SEAP, no âmbito do pedido de resposta do Tribunal de Contas, processo 23/2012/Audit.

Refira-se que estes documentos foram remetidos ao Tribunal de Contas em 1 de dezembro de 2014, por mensagem eletrónica.

Com os melhores cumprimentos, *e elevada consideração*

A Chefe do Gabinete

  
(Cristina Augusto Ribeiro)

Anexo: Nota de 26 de novembro de 2014 e despacho n.º 4235/2014-SEAP

/ic

DGTC 4 12\*14 20517

*apreciada.*  
*transmitida ao TC.*  
*1./2. 2014*  
*cremant*

José Maria Leite Martins  
Secretário de Estado da Administração Pública.

NOTA

Objeto:

1. Notificação do Relato da Auditoria da Direção-Geral do Tribunal de Contas DAI - Proc. 23/2012 - Audit. "Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal" "para eventual pronunciamento" de S.E. o Secretário de Estado da Administração Pública, "em particular no que respeita ao ponto 2.4.2".

Resposta ao pedido do Tribunal de Contas:

2. "Os objetivos da referida auditoria consistiram na apreciação da implementação do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) relativamente a quatro aspetos", entre eles, no que ora nos importa: "O acompanhamento das medidas da administração pública referentes à redução do número de trabalhadores e à implementação do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC), no período entre a 7.ª e a 11.ª atualizações<sup>1</sup>", ou seja, entre 25 de junho de 2013 e 26 de maio de 2014, conforme se transcreve da introdução do citado relato (páginas 11 e 12).

3. O mencionado ponto 2.4.2 do Relato, corresponde ao tema da "Administração Pública" tendo como tópicos "2.4.2.1 - Número de trabalhadores da Administração Pública" e "2.4.2.2 - PREMAC".

4. No que respeita ao tópico "2.4.2.1 - Número de trabalhadores da Administração Pública" o relato concluiu que as metas dos objetivos fixados foram superadas<sup>2</sup>, nada havendo a acrescentar a este facto.

5. No que concerne ao tópico "2.4.2.2 - PREMAC" haverá que atender às seguintes constatações na Auditoria da Direção-Geral do Tribunal de Contas.

6. A 1.ª refere que "As metas de redução de dirigentes e de serviços da administração central foram aumentadas na 2.ª atualização para 27% e 40%, respetivamente (...)" e esclarece que "(...) A medida deixou de constar a partir da 4ª atualização, por ter sido considerada observada no relatório de avaliação da CE (...)", ou seja, a partir de 27.6.2012, a mesma deixou de constar nas atualizações do "Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica" por ter sido considerada cumprida.

7. No que diz respeito à 2.ª relativa ao "ponto de Situação da aprovação dos mapas de pessoal" efetuado pela Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) não é possível confirmar ou infirmar a constatação da Direção-Geral do Tribunal de Contas quanto ao "(...) aumento do número de postos de trabalho(...)"<sup>3</sup> face aos efetivamente existentes, uma vez que os

<sup>1</sup> "Dando continuidade à análise realizada no âmbito da auditoria anterior". [V. Nota rodapé, Pág. 12].

<sup>2</sup> V. Pág. 67.

<sup>3</sup> V. Pág. 69.



dados comparativos não têm a mesma unidade de medida, já que num caso temos a unidade de postos de trabalho e noutro o número de efetivos (existentes)<sup>4</sup>.

8. Traga-se à colação que “(...) a informação relativa aos mapas de pessoal publicitada no âmbito do relatório final de aplicação do PREMAC teve como único objetivo a identificação das entidades cujo processo de reorganização se encontrava completamente concluído<sup>5</sup>.” uma vez que “(...) não sendo a redução de trabalhadores objetivo do PREMAC, a informação relativa aos mapas de pessoal no contexto das reorganizações prende-se com a aplicação dos critérios previstos na Lei n.º 53/2006, de 7 de dezembro,(...)”<sup>6</sup> [vulgo, Lei da Mobilidade], a qual foi revogada pela Lei n.º 80/2013, de novembro, [vulgo, Lei da Requalificação], com efeitos a 1 de dezembro de 2013.

9. No âmbito das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no relatório de auditoria n.º 28/2013 - 2.ª S. salientamos que, por despacho de S.E. o Secretário de Estado da Administração Pública, datado de 27.11.2014, foi determinado à Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) a elaboração do relatório final sobre o PREMAC, mencionado no ponto 5 das Recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas, no relatório n.º 28/2013 - 2.ª Secção, até ao dia 15 de janeiro de 2015, o qual se anexa.

10. Destacamos, ainda, que a iniciativa das reformas setoriais é da competência de cada um dos departamentos ministeriais interessados.

### Proposta:

Face ao que antecede, coloca-se à consideração de S.E. o Secretário de Estado da Administração Pública o envio da presente nota de resposta à Direção-Geral do Tribunal de Contas, dando-se conhecimento ao Gabinete de S.E. a Ministra de Estado e das Finanças.

Lisboa, 26 de novembro de 2014.

GSEAP.

<sup>4</sup> V. Artigos. 13.º, n.º 3, 14.º, n.º 2 e n.º 9, da Lei n.º 53/2006, de 7 dezembro, revogada pela alínea a) do artigo 45.º da Lei n.º 80/2013, de 28 de novembro.

<sup>5</sup> V. Pronunciamento da Senhora Ministra de Estado e das Finanças, na nota conjunta dos Gabinetes da Senhora Ministra de Estado e das Finanças, do Senhor Ministro Adjunto e do Desenvolvimento Regional e do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Senhor Primeiro-Ministro, no âmbito do Processo n.º 23/2012-Audit. do Tribunal de Contas, pág. 10.

<sup>6</sup> Ibidem, página 10.



**Despacho n.º 4235/2014/SEAP**

Determino, à Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, a elaboração do relatório final sobre o PREMAC, mencionado no ponto 5 das Recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas, no Relatório n.º 28/2013 – 2.ª Secção, até ao dia 15 de janeiro de 2015.

O Secretário de Estado da Administração Pública

José Maria Teixeira Leite Martins  
2014.11.27 20:42:38 Z

GABINETE DA DIRETORA-GERAL

*Exma. Senhora*  
*Dr.ª Ana Furtado*  
 Auditora – Coordenadora do Tribunal de Contas  
 Av. da República - 65  
 1050 – 159 Lisboa

V/Ref :Email  
 Data V/Ref. :11.Nov.2014

N.º Proc. P12000/2014  
 Data Emissor : 5 Dez. 14

**ASSUNTO: TC – Contraditório ao processo de auditoria nº23/2012 – Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal**

No que respeita ao pedido formulado por esse Digníssimo Tribunal, através de mensagem de correio eletrónico em referência e sobre o assunto identificado em epígrafe e, em particular, às recomendações dirigidas à Senhora Ministra de Estado e das Finanças, cumpre informar o seguinte:

**Ponto 4. Recomendações – Pág.75**

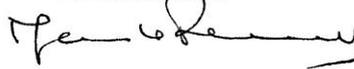
*4. Providenciar para que a Conta Geral do Estado apresente informação sobre a execução das medidas de consolidação orçamental de modo a permitir a avaliação dos resultados obtidos face às estimativas e a fundamentar de forma mais sustentada as opções de políticas públicas no respeito pela legalidade, equidade, eficiência e eficácia, assegurando a transparência e publicidade que devem presidir à apresentação das contas públicas*

No âmbito da elaboração da Conta Geral do Estado de 2013, a DGO solicitou contributos ao GPEARI e à ESAME, sobre a execução das medidas de consolidação orçamental que permitissem acolher a recomendação desse Tribunal. Em resposta, o contributo do GPEARI, constante do sub - ponto "II.1.1 – Medidas transversais da AP" do Relatório da CGE 2013, poderá constituir uma primeira abordagem no sentido satisfazer a referida recomendação.

Paralelamente, a CGE 2013 incorporou informação dos Programas Orçamentais referente a medidas de consolidação para o caso dos que a prestaram, sendo que os relatórios setoriais relativos a 2013, produzidos pelas Entidades Coordenadoras em março de 2014, já integraram parcialmente a informação em causa.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora-Geral



Manuela Proença

/PQ

DGTC 9 12'14 20688



**Tribunal de Contas**  
*Direção-Geral*

**ANEXO II – NOTA DE EMOLUMENTOS - MEF**

(Nos termos do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas [RJETC], aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril).

*Auditoria ao “Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal”*

**Departamento de Auditoria I**

**Proc.º n.º 23/2012-Audit**  
**Relatório n.º 27/2014-2.ª Secção**

**Entidade fiscalizada:** Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças

**Entidade devedora:** Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças

**Regime jurídico:** AA   
AAF

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
Ações fora da área da residência oficial .....				
Ações na área da residência oficial .....	88,29	540		47 676,60
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				
<b>Emolumentos b):</b>				
Limite mínimo (VR) .....				1 716,40
Limite máximo (VR) .....				17 164,00
<b>Emolumentos a pagar c) .....</b>				1 716,40

a) Cfr. Resolução n.º 4/98-2.ªS.

b) Artigo 10.º, n.ºs 1 e 2 do RJETC e Resolução n.º 3/2001-2.ª S.

c) Imputação de 20%, nos termos do artigo 11.º, n.ºs 2 e 3 do RJETC.

**A Coordenadora da Equipa de Auditoria,**

*Ana Furtado*  
(Ana Furtado)

**ANEXO III – NOTA DE EMOLUMENTOS - ACSS**

(Nos termos do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas [RJETC], aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril).

**Auditoria ao “Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal”****Departamento de Auditoria I****Proc.º n.º 23/2012-Audit**  
**Relatório n.º 27/2014-2.ª Secção****Entidade fiscalizada:** Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)**Entidade devedora:** Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)**Regime jurídico:** AA   
AAF 

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
Ações fora da área da residência oficial .....				
Ações na área da residência oficial .....	88,29	540		47 676,60
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				
<b>Emolumentos b):</b>				
Limite mínimo (VR) .....				1 716,40
Limite máximo (VR) .....				17 164,00
<b>Emolumentos a pagar c) .....</b>				<b>5 721,33</b>

a) Cfr. Resolução n.º 4/98-2.ªS.

b) Artigo 10.º, n.ºs 1 e 2 do RJETC e Resolução n.º 3/2001-2.ª S.

c) Imputação de 20%, nos termos do artigo 11.º, n.ºs 2 e 3 do RJETC.

**A Coordenadora da Equipa de Auditoria,****(Ana Furtado)**



**Tribunal de Contas**  
*Direção-Geral*

**ANEXO IV – NOTA DE EMOLUMENTOS - INFARMED**

(Nos termos do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas [RJETC], aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril).

*Auditoria ao “Acompanhamento dos mecanismos de assistência financeira a Portugal”*

**Departamento de Auditoria I**

**Proc.º n.º 23/2012-Audit**  
**Relatório n.º 27/2014-2.ª Secção**

**Entidade fiscalizada:** INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

**Entidade devedora:** INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

**Regime jurídico:** AA   
AAF

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
Ações fora da área da residência oficial .....				
Ações na área da residência oficial .....	88,29	540		47 676,60
- 1% s/ Receitas Próprias .....				
- 1% s/ Lucros .....				
<b>Emolumentos calculados</b>				
<b>Emolumentos b):</b>				
Limite mínimo (VR) .....				1 716,40
Limite máximo (VR) .....				17 164,00
<b>Emolumentos a pagar c) .....</b>				<b>5 721,33</b>

a) Cfr. Resolução n.º 4/98-2.ªS.

b) Artigo 10.º, n.ºs 1 e 2 do RJETC e Resolução n.º 3/2001-2.ª S.

c) Imputação de 20%, nos termos do artigo 11.º, n.ºs 2 e 3 do RJETC.

**A Coordenadora da Equipa de Auditoria,**

*Ana Furtado*  
(Ana Furtado)