



# ANÁLISE AO COMPORTAMENTO DA DÍVIDA NÃO FINANCEIRA DOS HOSPITAIS EPE

DA AUTORIA DE:  
**ANTÓNIO LILIAIA**  
**CATARINA PINTASSILGO**  
**PEDRO SALVADOR**  
**TOMÁS ANDRADE**



- JUNHO 2020 -

PARCERIA COM:



**Nova Economics Club** é o Clube de Economia da Nova School of Business and Economics. Existente desde 2012, e o seu foco é criar pontes entre a teoria aprendida nas aulas e o trabalho desenvolvido pelos economistas diariamente.

e-mail: [novaeconomicsclub@novasbe.pt](mailto:novaeconomicsclub@novasbe.pt)  
website: [www.novaeconomicsclub.pt](http://www.novaeconomicsclub.pt)

Título: *Análise ao comportamento da dívida não financeira dos Hospitais EPE*

Autores: *António Lilaia, Catarina Pintassilgo, Pedro Salvador, Tomás Andrade*

Parceiro: *IPP – Institute of Public Policy*

Data: *Junho 2020*

## Agradecimentos

Agradecemos ao Institute of Public Policy Lisbon pela oportunidade de desenvolvimento deste projeto. Queremos deixar um agradecimento especial à nossa orientadora Joana Andrade Vicente, pelo apoio, orientação e por todas as sugestões e críticas construtivas.

## ANÁLISE AO COMPORTAMENTO DA DÍVIDA NÃO FINANCEIRA DOS HOSPITAIS EPE

António Lilaia

Nova Economics Club

Nova School of Business and Economics

32235@novasbe.pt

Pedro Salvador

Nova Economics Club

Nova School of Business and Economics

32033@novasbe.pt

Catarina Pintassilgo

Nova Economics Club

Nova School of Business and Economics

28958@novasbe.pt

Tomás Andrade

Nova Economics Club

Nova School of Business and Economics

32059@novasbe.pt

**Abstract:** O novo modelo de governação dos hospitais públicos portugueses tem sido alvo de discussão na literatura. A acumulação de dívida não financeira é uma realidade que persegue os hospitais públicos empresariais há vários anos e não apresenta indícios de melhoria. Em 2019, o Governo assumiu que a saúde seria a prioridade da legislatura e anunciou mínimos históricos da dívida no final do mesmo ano. Neste estudo, analisamos o comportamento da dívida não financeira dos Hospitais EPE desde 2011, desmistificando estes “mínimos históricos” que se devem a regularizações extraordinárias. Estas regularizações são já uma tradição no final de cada ano e não contribuem para a resolução do problema a longo prazo. Identificamos como principais causas da acumulação de dívida a suborçamentação e subfinanciamento crónicos do Programa Saúde, assim como a falta de incentivos a uma eficiente gestão hospitalar. Analisamos as medidas implementadas pela nova legislatura, que consideramos insuficientes para quebrar a tendência crescente da dívida. Por fim, apresentamos sugestões de políticas capazes de mitigar o problema de acumulação de dívida não financeira por parte dos Hospitais EPE no longo prazo, nomeadamente, a adoção de orçamentos realistas para o Programa Saúde; regularizações extraordinárias mais faseadas, sem anúncios prévios e com plano de intervenção; e auditorias-surpresa de carácter aleatório.

**Palavras-chave:** Serviço Nacional de Saúde, Setor Público Empresarial, hospitais, dívida não financeira, gestão hospitalar

## Lista de Siglas e Abreviaturas

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>APIFARMA</b>	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
<b>DGO</b>	Direção-Geral do Orçamento
<b>DGTF</b>	Direção-Geral do Tesouro e Finanças
<b>EAAD</b>	Estrutura de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho
<b>EMSPOS</b>	Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>IDG</b>	Índice de Desempenho Global
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>LCPA</b>	Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OE</b>	Orçamento do Estado
<b>PAEF</b>	Programa de Assistência Económica e Financeira
<b>PAO</b>	Plano de Atividades e Orçamento
<b>RJ-EPE</b>	Regime Jurídico das entidades públicas empresariais integradas no Serviço Nacional de Saúde
<b>SFA</b>	Serviço e Fundo Autónomo
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPA</b>	Setor Público Administrativo
<b>UTAM</b>	Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização

## Índice

1. Introdução.....	5
2. O Serviço Nacional de Saúde e os Hospitais EPE .....	7
3. Modelo de governação e contratualização.....	8
4. Análise ao comportamento da dívida não financeira .....	10
5. Problemas Estruturais .....	16
5.1. Suborçamentação.....	17
5.2. (Des)incentivos à Gestão .....	18
6. Saúde como prioridade da atual legislatura: alterações implementadas .....	20
7. Considerações Finais.....	23
8. Referências Bibliográficas .....	26
9. Anexo I – Grupos por nível de eficiência .....	30

## 1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um dos pilares do Estado Social português, assegurando a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos. Os Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), que incorporam o modelo de gestão pública “tradicional”, sofriam de problemas de eficiência na utilização de recursos, falta de produtividade, elevada despesa pública e uma crescente insatisfação dos utentes em relação à qualidade do serviço prestado (Ribeiro, 2004). Os Hospitais de Entidade Pública Empresarial (Hospitais EPE) nasceram assim da necessidade de inovação e modernização do setor da saúde, pretendendo uma gestão mais eficiente dos recursos públicos e a sustentabilidade financeira do sistema. Com a criação destes, passaram a existir hospitais de capitais públicos com gestão privada (*new public management*).

Nos últimos anos, as fragilidades do SNS ganharam espaço na agenda mediática, sobretudo devido à falta de condições físicas nos hospitais, falta de médicos e enfermeiros, salários reduzidos e horas extraordinárias excessivas. A dívida não financeira (dívidas a fornecedores, nomeadamente à indústria farmacêutica) é um peso que persegue os Hospitais EPE há vários anos. A acumulação de pagamentos em atraso por partes dos hospitais tem representado uma grande fonte de despesa do SNS, comprometendo a estabilidade das finanças públicas e o cumprimento das metas orçamentais. A acumulação de dívida e os largos prazos médios de pagamento reduzem, inevitavelmente, a autonomia da gestão hospitalar, visto os gestores estarem mais condicionados na expansão da sua atividade e envolvimento em novos compromissos. Esta acumulação leva ainda a problemas de eficiência, perda de poder negocial por parte do Estado com os fornecedores externos, e a um aumento da despesa pública, visto as empresas fornecedoras incorporarem nos preços os atrasos de pagamento do Estado. A acumulação de dívida tem sido colmatada parcialmente com regularizações extraordinárias que reduzem o stock da dívida, não resolvendo, no entanto, o problema estrutural existente. Neste estudo, apontamos como principais causas do problema a suborçamentação do setor da saúde e a falta de incentivos à boa gestão hospitalar.

Como forma de atenuar estas causas identificadas, em 2019, o Governo declarou que a Saúde seria a prioridade da legislatura, efetuando um reforço orçamental para o Programa Saúde e realizando alterações na contratualização com os Hospitais EPE, visando quebrar a tendência de crescimento da dívida. Um primeiro sinal que poderia prever a resolução do endividamento crónico das EPE do SNS foi dado pelo Ministro das Finanças, afirmando que os pagamentos em atraso atingiram mínimos históricos no final de 2019. Não foram, no entanto, prestados esclarecimentos adicionais sobre como é que esses mínimos foram



alcançados. A falta de transparência nos métodos utilizados na tentativa de resolver o problema de endividamento dos Hospitais EPE motivaram a presente investigação.

Neste estudo pretende-se, assim, numa primeira fase, desmistificar estes “mínimos históricos” (que aparentam dever-se quase exclusivamente a regularizações extraordinárias), e posteriormente, entender a origem do persistente endividamento, analisar as alterações propostas pela atual legislatura na área da saúde, e elencar possíveis políticas públicas a implementar como forma de mitigar o problema da dívida não financeira dos Hospitais EPE. A nossa questão de investigação será: *de que forma foram alcançados “mínimos históricos” no valor dos pagamentos em atraso dos Hospitais EPE?* A abordagem a esta questão e a sua fundamentação permitirá, posteriormente, entender a origem da acumulação de pagamentos em atraso, assim como elencar políticas e medidas de mitigação da mesma.

A acumulação de dívida e o complexo modelo de governação dos Hospitais EPE têm sido temas abordados na literatura recente. Barros (2014-) faz a análise ao comportamento mensal da dívida não financeira dos Hospitais EPE desde 2014. Viana e Centeno (2019), Pêcego (2010), e Barros e Gomes (2002) abordam as complexas interações entre as EPE e o Estado, assim como o modelo de governação das primeiras e as modalidades de pagamentos aos hospitais. Em Soares (2015) e Mateus (2014), a aplicação de incentivos e penalizações às EPE é discutida. Pereira e Vicente (2020) analisam a suborçamentação recorrente no SNS. Face à investigação até aqui já realizada sobre esta temática, o presente estudo contribui para a literatura existente ao reunir, numa só análise, a complexa governação dos Hospitais EPE, o comportamento crónico da dívida não financeira, e os problemas estruturais associados. À data de escrita deste relatório, e que seja de nosso conhecimento, não existe um estudo que combine todas as análises descritas.

O documento está estruturado do seguinte modo: na secção 2 é feito um enquadramento dos Hospitais EPE no SNS; na secção 3 a governação das EPE e o modelo de contratualização entre as mesmas e o Estado são abordados; na secção 4 é feita a análise ao comportamento da dívida não financeira entre 2011 e 2020; a secção 5 é dedicada à identificação dos problemas estruturais na origem da dívida; na secção 6 são analisadas as mudanças que ocorreram entre 2019 e 2020 com a finalidade de interromper, de uma forma sustentada, a tendência de crescimento da dívida; e na secção 7 apresentam-se as conclusões finais, sendo igualmente elencadas algumas sugestões de medidas com vista à resolução da acumulação de dívida.

## 2. O Serviço Nacional de Saúde e os Hospitais EPE

A 15 de setembro de 1979, com a Lei nº 56/79, foi criado o Serviço Nacional de Saúde, que trouxe a Portugal o direito à proteção da saúde “*a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social*” (Lei nº 56/79, Artigo 4º). O SNS engloba os Hospitais SPA, que contam com o “tradicional” modelo de gestão pública hospitalar; as Parcerias Público-Privadas; Hospitais geridos por Misericórdias e o Setor Público Empresarial (SPE), onde se encontram as Entidades Públicas Empresariais.

Anteriormente à criação de hospitais com vertente privada, o sistema enfrentava problemas de ineficiência e baixa capacidade de resposta às necessidades da população (Ribeiro, 2004). Segundo Guichard (2004), existiam gastos elevados que tinham origem no fraco desempenho destas unidades, devido ao não cumprimento das restrições orçamentais (orçamentos irrealistas, défices elevados que originam reforços orçamentais ou regularização de dívidas); à inexistência de controlos de qualidade; problemas graves ao nível da mão-de-obra (recrutamentos abaixo do nível ótimo; remuneração do pessoal em função da sua categoria profissional e tempo de serviço); e as longas listas de espera para consultas e cirurgias. Assim, surgiu a necessidade de uma reforma estrutural por via da empresarialização dos hospitais, com vista a uma gestão mais eficiente dos recursos públicos e a sustentabilidade financeira do sistema.

Em 2002, o Estado decretou que os hospitais públicos poderiam tomar a forma de Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos (Decreto de Lei n.º 27/2002). Em janeiro de 2003, 31 hospitais (sensivelmente metade do setor hospitalar público) foram transformados em Hospitais SA, que passariam a ser governados com métodos de gestão diferentes dos métodos puramente públicos. Sendo geridos como empresas, os Hospitais SA passaram a possuir maior autonomia, nomeadamente a nível de recursos humanos, podendo contratar e pagar salários baseados no mérito e na produtividade e podendo oferecer mais flexibilidade nos horários laborais. De referir que estes hospitais, à data da transformação de estatuto, eram já heterogéneos em termos de eficiência e continuaram a sê-lo a em termos de qualidade de gestão (Barros, 2019). Sendo que metade do setor hospitalar público foi transformado em Hospitais SA e que este constitui um grupo heterogéneo, existe um grupo natural de comparação para análise dos ganhos de eficiência provenientes da mudança: os Hospitais SPA. Segundo Tribunal de Contas (2006), existiu uma melhoria considerável do desempenho económico, financeiro e assistencial dos Hospitais SA em relação aos Hospitais SPA.

Devido à eventual privatização dos Hospitais SA, seriam criados os Hospitais EPE, onde alguns aspetos do modelo das SA foram revertidos, mantendo, no entanto, a autonomia de

gestão e os incentivos. O Governo procedeu à transformação dos 31 hospitais com natureza de sociedade anónima em entidades públicas empresariais (Decreto-Lei n.º 93/2005). Adicionalmente, foi atribuída a natureza de EPE ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital de São João, que eram integrantes do SPA (Decreto-Lei n.º 233/2005).

A criação dos Hospitais EPE permitiu uma separação funcional entre o financiador e o prestador do serviço, assim como a introdução de um modelo de gestão do setor privado, nomeadamente na gestão de recursos humanos (Mateus, 2014). As remunerações, no entanto, regressaram aos moldes anteriores das carreiras públicas, assumindo um modelo semelhante ao do Setor Público Administrativo.

Em março de 2020, existiam 41 EPE no SNS, dos quais 9 são Hospitais, 21 Centros Hospitalares (fusões de anteriores Hospitais), 3 Institutos de Oncologia, 8 Unidades Locais de Saúde. Existiam 16 Hospitais EPE na Região Norte, 9 na Região Centro, 11 em Lisboa e Vale do Tejo, 4 no Alentejo e 1 no Algarve.

### 3. Modelo de governação e contratualização

Os Hospitais EPE prestam cuidados de saúde contratualizados com o Estado, que financia unicamente as atividades contratualizadas no início de cada ano (financiamento prospetivo), com o objetivo de racionalizar os gastos públicos.

A contratualização celebrada entre os Hospitais EPE e o Estado requer a intervenção de diversos agentes da esfera política e administrativa, exigindo uma boa coordenação e alinhamento de interesses entre os elementos envolvidos (Viana e Centeno, 2019). O Estado assume os papéis de financiador (através da Administração Central do Sistema de Saúde) e de comprador (através das Administrações Regionais de Saúde). Os Hospitais EPE assumem o papel de prestador de cuidados de saúde.

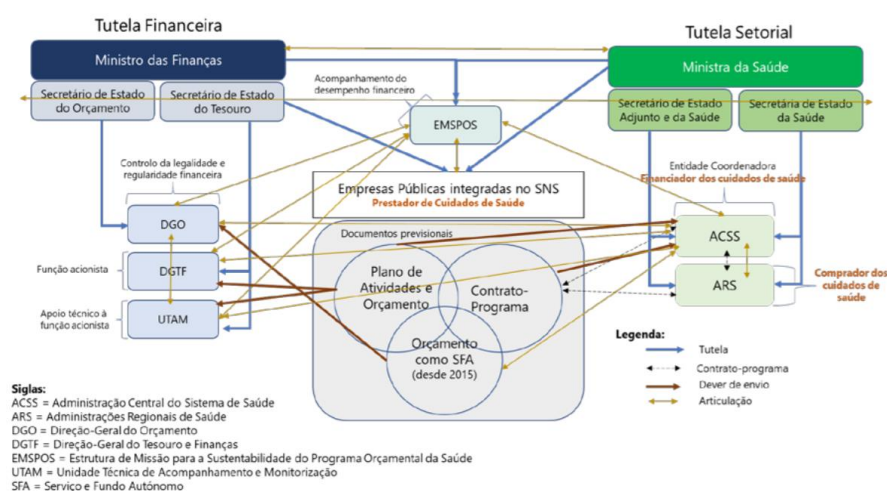


Figura I. Governação dos instrumentos de gestão previsional. Fonte: Viana e Centeno (2019)

O sistema de governação assenta na complexidade (**figura I**) e engloba três instrumentos de gestão previsional anuais e plurianuais: Plano de Atividades e Orçamento (PAO), Contrato-Programa e Orçamento como Serviço e Fundo Autónomo (SFA)<sup>1</sup>.

Das diferentes entidades envolvidas na gestão previsional, à tutela financeira cabe a aprovação dos PAO. A Unidade Técnica de Acompanhamento e de Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM), criada em 2014, tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade da gestão do SPE e assegurar a monitorização e avaliação das boas práticas de governação.

A Direção Geral do Orçamento (DGO), administra a elaboração e execução do Orçamento do Estado. Desde 2011 que a DGO divulga a evolução mensal da dívida não financeira dos Hospitais EPE nas Sínteses da Execução Orçamental Mensal, dados que serão fulcrais no presente estudo.

A Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF) visa assegurar as operações de intervenção financeira do Estado.

À tutela setorial cabe o papel de financiador e comparador de cuidados de saúde. A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), com o papel de financiador, tem como missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde (MS) e do SNS, assim como das instalações e equipamentos do SNS.

As Administrações Regionais de Saúde (ARS), com o papel de comprador, visam garantir à população regional o acesso à prestação de cuidados de saúde.

A Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde (EMSPOS) foi criada em março de 2018, com a missão de acompanhar o desempenho financeiro global das entidades do SNS e do MS e propor medidas que contribuam para a sustentabilidade do SNS.

Analisando as complexas interações entre os diversos agentes (Viana e Centeno, 2019), começamos com a DGTF, que fornece orientações e objetivos definidos como base às propostas do PAO. De seguida, a UTAM analisa estas propostas, fornecendo a sua análise à tutela financeira que deverá (ou não) aprová-la. Desde 2019, a análise das propostas é feita, não só pela UTAM, mas também pela ACSS, e deverá ser fornecida aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Os contratos-programa, celebrados entre o hospital, a respetiva ARS e a ACSS, devem estabelecer a atividade contratada; objetivos e metas, assim como meios para os alcançar (financiamento); e indicadores de avaliação de desempenho (preços praticados no

---

<sup>1</sup> Serviços e Fundos Autónomos representam organismos com autonomia financeira e administrativa que são maioritariamente financiados por transferências da Administração Pública. Fonte: Conselho das Finanças Públicas.

mercado como referencial). Desde 2015 que, adicionalmente ao Contrato-Programa, é também utilizado o orçamento como SFA. O orçamento como SFA, que integra o Orçamento do Estado, distingue-se do Contrato-Programa na medida que o orçamento como SFA espelha a “Administração Pública tradicional”, enquanto que o Contrato-Programa é um mecanismo de mercado, espelhando a nova gestão pública (*new public management*). Segundo Viana e Centeno (2019), o orçamento como SFA permite uma reduzida discricionariedade na gestão, que irá afetar a responsabilização do seu desempenho. Adicionalmente, a introdução do orçamento como SFA veio acrescentar complexidade a um sistema já complexo.

O PAO estabelece o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE) e a sua autonomia de gestão. Este relatório inclui o plano de investimento e fontes de financiamento para o alcance dos objetivos definidos.

O modelo de governação dos Hospitais EPE assenta na complexidade e na multiplicidade de principais. Segundo Vicente (2014), a multiplicidade de principais no modelo de governação de entidades públicas empresariais representa um problema devido à falta de comunicação entre os principais, o que poderá implicar a imposição de objetivos que se mostram conflitantes e desconectados.

#### 4. Análise ao comportamento da dívida não financeira

Nos primeiros anos após a constituição dos Hospitais EPE, a dívida destes parecia não ser um problema, até surgirem, no final de 2009, relatos de pagamentos em atraso à indústria farmacêutica por parte dos órgãos de comunicação social (Barros *et al.*, 2015). A Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) iniciou a divulgação pública da “Dívida das Entidades Públicas à Indústria Farmacêutica” nos Boletins de Conjuntura mensais. Apenas em junho de 2011 a DGO passou a incluir nas Sínteses da Execução Orçamental Mensal informação sobre a evolução mensal da dívida dos hospitais (dados divulgados a partir da Síntese da Execução Orçamental de setembro de 2011). A partir de 2014, o site de transparência do Serviço Nacional de Saúde passou também a publicar os valores da dívida, discriminados por região do país e entidade. Para a presente análise, iremos utilizar os dados mensais divulgados pela DGO e o modelo de tendência de crescimento da dívida desenvolvido por Barros (2014-). Importa referir que o Estado faz a distinção entre dívida vencida (que ultrapassou o prazo de pagamento) e pagamentos em atraso (pagamentos com atraso superior a 90 dias). No presente relatório, referimo-nos apenas a “pagamentos em atraso” quando mencionamos a “dívida não financeira dos Hospitais EPE”. São também estes os dados presentes nas Sínteses da Execução Orçamental Mensal da DGO.

No período decorrido entre a criação dos Hospitais EPE e a divulgação pública da dívida não financeira por parte da DGO (2005 a 2011), não temos conhecimento de dados de pagamentos em atraso dos Hospitais EPE. No entanto, Ferreira e Teixeira (2011) apresentam os resultados líquidos dos Hospitais EPE durante este período, o que nos fornece uma imagem da sua situação económica e financeira. Utilizando os dados fornecidos pela ACSS, os autores mostram a evolução dos resultados líquidos entre 2005 e 2010. Apesar da impossibilidade de comparação ao longo dos anos, visto que vários Hospitais EPE foram criados durante este período, verificamos que em 2005 o resultado líquido foi de -92 milhões de euros, subindo até atingir os -322 milhões em 2010. Constatamos assim que, até 2010, a situação económica e financeira dos Hospitais EPE era preocupante. A partir de 2011, como anteriormente referido, é-nos possível a análise mensal aos pagamentos em atraso.

Em maio de 2011, iniciou-se o Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) em Portugal, celebrado com a União Europeia, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Central Europeu, cujo Memorando de Entendimento deu atenção à dívida dos hospitais, visto ser uma fonte de despesa pública. Lê-se no Memorando que todos os pagamentos em atraso deveriam ser liquidados e que um mecanismo de prevenção de novo reaparecimento de pagamentos em atraso deveria ser implementado (FMI, 2011). No entanto, este objetivo não foi totalmente cumprido sendo que, segundo FMI (2014), apesar de em 2013 o ritmo de crescimento da dívida ter abrandado, este continuou a aumentar a 34 milhões de euros por mês. A acumulação de pagamentos em atraso representa um problema visto comprometer a estabilidade das finanças públicas. É de extrema importância controlar a execução orçamental e a despesa pública a fim de cumprir as metas orçamentais. A execução orçamental não pode originar a acumulação de pagamentos em atraso. A Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), aprovada em 2012, pretende controlar esta acumulação. As entidades (neste caso, as EPE) não podem assumir compromissos que ultrapassem os fundos disponíveis (incluindo Orçamento do Estado). Para cumprir este requisito, no final de cada mês os pagamentos em atraso não podem ser superiores aos verificados no final do mês anterior (Decreto-Lei n.º 127/2012). A DGO disponibiliza listas mensais das entidades que entram em incumprimento com esta norma.

Como referido anteriormente, o Estado passou a divulgar a evolução mensal da dívida desde junho de 2011, altura em que os pagamentos em atraso dos Hospitais EPE registavam 1 718 milhões de euros. O mês de dezembro viu uma redução de cerca de 570 milhões de euros face ao mês anterior, que se deveu a uma injeção de capital. Após esta

regularização extraordinária, a dívida regressou à sua tendência de crescimento, sendo que em janeiro de 2012 registava 1 695 milhões de euros. A sua evolução é observável no **Gráfico I**.

Em 2012, as injeções de capital estenderam-se por um largo período, tendo começado em junho. Graças a estas regularizações, foram atingidos mínimos históricos (à data) na dívida dos Hospitais EPE em dezembro. Os anos de 2013 e 2014 registaram uma tendência de crescimento da dívida similar. Em dezembro de 2014, mês em que a dívida registava um valor de 553 milhões de euros, foi anunciada nova transferência de 950 milhões de euros para regularizações extraordinárias dos pagamentos em atraso. Esta regularização permitiu que o ano de 2014 terminasse com uma dívida inferior àquela com que se iniciou o ano. No entanto, os dados relativos a janeiro de 2015 mostram que o valor da dívida dos Hospitais EPE aumentou de tal forma que anulou os decréscimos anteriores. Estes dados alertam para o facto de o problema de fundo não estar controlado. Uma tendência decrescente foi-se verificando neste ano de 2015 até ao mês de outubro, que trouxe, não só uma subida ligeira do valor da dívida, como a realização das eleições legislativas que trouxeram uma mudança de governo a Portugal. Este período de transição entre governos originou um aumento do valor da dívida que poderá dever-se a uma menor pressão política sobre o controlo orçamental e despesa hospitalar pela proximidade de eleições legislativas (um comportamento recorrente em períodos eleitorais e que se faz sentir rapidamente na dívida não financeira).

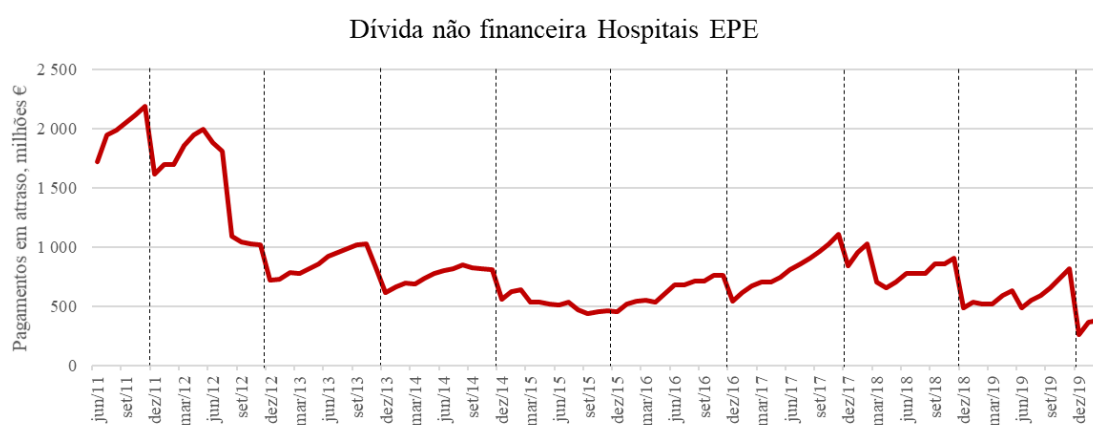


Gráfico I. Dívida não financeira. Elaboração pelos autores. Fonte: Direção Geral do Orçamento

Se nos anos anteriores tínhamos vindo a assistir a uma gradual redução da dívida, 2016 inverteu esta tendência no pior sentido. Como visível no **Gráfico I**, apesar do ano de 2016 ter começado com valores em linha com 2015, este mês sofreu já um aumento no valor dos pagamentos em atraso em 62 milhões de euros, quando comparado com dezembro do ano anterior. Em outubro, o ritmo médio de crescimento da dívida era de 28,8 milhões de euros

por mês, um dos mais elevados à data. Esta tendência é preocupante visto que, mesmo com regularizações extraordinárias, a dívida regressará a este padrão de crescimento. No final de 2016, foi anunciada novo reforço de 120 milhões de euros, visando reduzir os pagamentos em atraso que se iam acumulando. O ano terminou com 544 milhões de euros em pagamentos em atraso, valor consideravelmente inferior aos registados durante o mesmo ano, mas pouco duradouro. À data, o presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Alexandre Lourenço<sup>2</sup>, afirmou que este crescimento da dívida durante o ano de 2016 era expectável, dado o orçamento praticamente inalterado e o acréscimo de despesas. De facto, se em 2015 o valor da despesa corrente e de capital orçamentadas para o Programa Saúde eram de 9 555 milhões e 277 milhões de euros, respetivamente, em 2016 os valores orçamentados subiram apenas para 9 793 e 259 milhões de euros (OE 2016). Ao mesmo tempo, com o novo governo, deu-se a o regresso da redução de 40 para 35 horas de trabalho semanais nos hospitais públicos, iniciou-se a reposição salarial após o congelamento dos salários durante a crise financeira, e os custos com medicamentos e dispositivos médicos não deixou de pesar. Este problema de suborçamentação, abordado em maior detalhe na secção 5, complica a gestão hospitalar, visto pagamentos dentro do prazo estarem associados a descontos e, por isso, a redução de custos.

O OE 2017 aumentou a despesa orçamentada para a área da saúde, um aumento que, apesar de aparentar ter em conta a redução de horas e a reposição de salários, não deixa de parecer insuficiente para reverter a tendência de crescimento dos pagamentos em atraso. De referir que, mesmo com um aumento da despesa orçamentada, o valor executado no final do ano tem sido constantemente inferior. Um maior orçamento dedicado ao Programa da Saúde não é, por isso, garantia de uma melhoria da dívida. O ano de 2017 voltou a registar valores da dívida superiores aos do ano anterior. Em abril, a União Europeia abriu um processo de infração contra Portugal (Comissão Europeia, 2017) devido aos longos prazos médios de pagamento. De acordo com a diretiva europeia, as entidades públicas deveriam pagar dentro de 30 dias os bens e serviços adquiridos, ou, em situações excecionais, a 60 dias. No primeiro trimestre de 2017, 32 dos 40 Hospitais EPE ultrapassaram o prazo médio de pagamento de 90 dias, sendo que a média de pagamentos era de 240 dias<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> As declarações de Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares podem ser consultadas em “Dívida dos hospitais cresceu 27 milhões de euros por mês em 2016”, *Público*.

<sup>3</sup> Os prazos médios de pagamentos a fornecedores são divulgados pela Administração Central do Sistema de Saúde.



Em novembro, ocorreu um novo anúncio de verbas, desta vez de 1 400 milhões de euros, a ser distribuída em diversas tranches, sendo a primeira transferida em dezembro. O ano de 2017 terminou com 837 milhões de euros de pagamentos em atraso, uma descida de 265 milhões de euros face ao mês anterior. Uma descida considerável, não fosse a tendência de crescimento retomada no mês seguinte, com um aumento de 114 milhões em janeiro de 2018.

O OE 2018 reduziu a despesa corrente orçamentada em 168 milhões de euros face ao Orçamento do ano anterior (que era, já por si, insuficiente) e um aumento em 123 milhões de euros na despesa de capital. Ainda assim, de referir que no final do ano, a taxa de execução da despesa corrente foi a mais elevada desde 2011, em 110%<sup>4</sup>. É observável no **Gráfico I** que os primeiros três meses de 2018 registaram um volume de pagamentos em atraso superior aos períodos homólogos de 2017. Na verdade, a transferência que deveria ter ocorrido em dezembro de 2017, apenas foi aplicada a pagamentos da dívida em março, mês em que se registou uma descida de 319 milhões de euros em dívida, comparativamente ao mês de fevereiro. Os elevados valores da dívida em janeiro e fevereiro poderão, deste modo, ser explicados pelo anúncio de um reforço de verba no final de 2017, pela sua não execução nesse mesmo período e a consequente menor pressão de controlo orçamental por parte dos hospitais, uma vez que era quase implícito que quem tivesse mais dívida teria uma maior ‘recompensa’ sob a forma de verba.

No mês de março, foi publicada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2018 que deu lugar à criação da Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde (EMSPOS), que se encarrega do acompanhamento e análise mensal dos reforços de capital, efetuados com vista à redução da dívida.

Em outubro, foi anunciado novo reforço extraordinário para pagar a dívida aos fornecedores: 100 milhões a serem pagos em novembro e 400 milhões até ao final do ano. Apenas em dezembro este reforço se fez notar, originando uma redução de 419 milhões de euros. O ano acabou, assim, com 484 milhões de euros de pagamentos em atraso, o valor mais baixo dos últimos três anos.

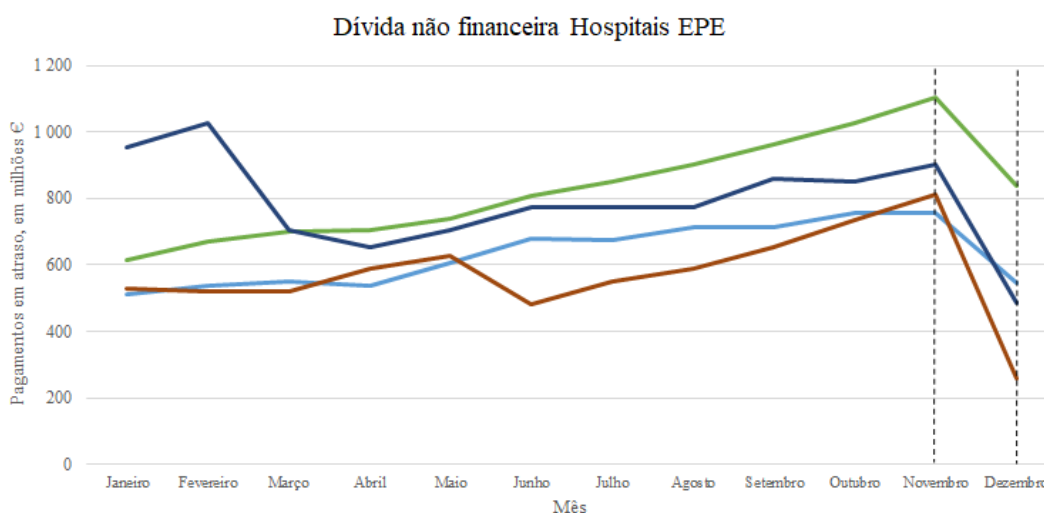
Em 2019, o comportamento da dívida dos Hospitais EPE não foi diferente. Feitas as regularizações extraordinárias no final de 2018, o ano seguinte começou com uma subida da dívida no valor de 47 milhões de euros, sendo o stock dos pagamentos em atraso de 530 milhões de euros em janeiro de 2019. Neste mês, foi anunciada a disponibilização de uma verba de 282 milhões de euros a fim de regularizar a dívida e reforçar a autonomia dos hospitais. Em junho, o Governo emitiu o despacho conjunto entre os Ministérios da Saúde

---

<sup>4</sup> A execução orçamental pode ser consultada na Conta Geral do Estado, elaborada pela DGO.

e das Finanças<sup>5</sup> (abordado em maior detalhe na secção 6), onde se pretendia reforçar a autonomia de gestão dos Hospitais EPE.

Com o terminar de um ano, as regularizações extraordinárias regressaram, tendo sido disponibilizados 550 milhões de euros. À data, o Ministro das Finanças afirmou que os pagamentos em atraso dos Hospitais EPE haviam registado “mínimos históricos” em dezembro de 2019. Este decréscimo do valor absoluto da dívida é visível no **Gráfico I**, onde se verifica que o valor da dívida referente ao mês de dezembro de 2019, é, de facto, o mais baixo à data (e desde que há registo). O ano de 2019 terminou assim com 256 milhões de euros de pagamentos em atraso, o que comparativamente ao período homólogo, representa uma diminuição de 227 milhões de euros na dívida não financeira dos Hospitais EPE. No entanto, este valor provém das regulações extraordinárias efetuadas no final do ano, pelo que a tendência de crescimento dos pagamentos em atraso não foi, necessariamente, invertida. Como vem a ser mostrado nesta análise, estas regularizações extraordinárias no final do ano são já uma tradição registada desde 2016 e em nada contribuem para a resolução do problema a longo prazo. No **Gráfico II** podemos verificar estas acentuadas reduções da dívida, sempre no final do ano. O que se verifica são diminuições no stock da dívida originárias nas injeções de capital. No entanto, o fluxo da dívida continua o seu percurso de crescimento, o que, eventualmente, leva a uma nova subida do stock da dívida não financeira dos Hospitais EPE.



**Gráfico II.** Dívida não financeira. Elaborado pelos autores. Fonte: *Direção Geral do Orçamento*

Os últimos valores da dívida representados no **Gráfico I** são referentes a janeiro e fevereiro de 2020, onde se verifica exatamente esta dinâmica de fluxo da dívida: uma vez mais, a tendência crescente após regularizações extraordinárias. Em janeiro, esta subida

<sup>5</sup> Despacho Finanças e Saúde de 21 de junho de 2019, divulgado pelo Serviço Nacional de Saúde.

representou um aumento de 104 milhões de euros relativamente do mês de dezembro de 2019, análogo ao registado nos últimos anos.

As regularizações extraordinárias têm, assim, sido utilizadas e vistas como uma solução aos elevados níveis de dívida não financeira. Já em 2017, o Tribunal de Contas havia divulgado recomendações aos Ministros das Finanças e da Saúde. Destas recomendações, destaca-se a adoção de medidas de recapitalização do SNS que fossem sustentáveis a longo prazo (Tribunal de Contas, 2018). Apesar dos Ministros argumentarem que tal tinha sido feito, devido às injeções de capital realizadas nos últimos anos, o Tribunal de Contas, defendeu que estas injeções, apesar de permitirem uma redução dos pagamentos em atraso, não resolvem o problema da dívida das EPE a longo prazo.

A última informação mensal atualizada à data de escrita deste estudo é de fevereiro, onde o stock dos pagamentos em atraso dos Hospitais EPE se encontra na ordem dos 377 milhões de euros (continuando, por isso, uma tendência de crescimento). No início do mês de março, foi confirmado o primeiro caso positivo de Covid-19 em Portugal. Devido a este choque exógeno que criou uma crise de saúde pública no mundo, a análise ao comportamento da dívida não financeira dos Hospitais EPE limita-se até aos dados disponibilizados referentes ao mês de fevereiro de 2020, visto que uma mudança futura no comportamento da dívida não poderá ser atribuída, na sua totalidade, a uma suborçamentação ou ineficiente gestão hospitalar.

Não só existe um grave problema de acumulação de dívida não financeira, como alguns hospitais caem em incumprimento. Analisando a lista mensal das entidades em incumprimento (Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso, DGO), referente ao mês de janeiro de 2020, verificamos que quatro Hospitais EPE se encontravam em incumprimento devido a compromissos assumidos superiores aos fundos disponíveis: Centro Hospitalar do Porto, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Hospital Distrital de Santarém, Unidade Local de Saúde Matosinhos.

## 5. Problemas Estruturais

Como foi demonstrado na secção anterior com a análise da dívida não financeira dos Hospitais EPE, a dívida tem vindo a registar uma tendência de crescimento, exceto aquando das injeções extraordinárias de capital. É importante compreender a origem do problema de forma a desenhar políticas públicas eficazes e adequadas, que sejam capazes de quebrar a tendência de acumulação de pagamentos em atraso. Existem dois principais motivos para esta tendência: suborçamentação e ineficiente gestão hospitalar.

## 5.1. Suborçamentação

O orçamento dedicado ao Programa Saúde tem vindo a pecar por orçamentos irrealistas dadas as necessidades do SNS. Comparando o montante orçamentado e executado, podemos verificar a existência de um subfinanciamento crónico na área da saúde. Para a seguinte análise, recolhemos os valores da despesa orçamentada nos orçamentos de estados de 2011 a 2020, e os valores da despesa executada na Conta Geral do Estado.

A despesa corrente diz respeito a despesas com pessoal, aquisição de bens e serviços, juros e transferências correntes. A despesa de capital é referente, maioritariamente, a investimento, mas também a transferências de capital.

Observamos na **Tabela I** que, entre 2011 a 2017, se verifica uma execução orçamental insuficiente, quer a nível da despesa corrente, quer a nível da despesa de capital. Apenas em 2018 o montante executado da despesa corrente ultrapassou o orçamentado.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Despesa Corrente</b>										
Orçamentada	9 010	10 418	9 119	8 656	9 555	9 793	10 064	9 896	10 597	10 863
Executada	8 731	9 741	8 826	8 457	9 230	9 558	9 814	10 909	-	-
Taxa de execução	97%	93%	97%	98%	97%	98%	98%	110%	-	-
<b>Despesa de Capital</b>										
Orçamentada	265	149	79	48	277	259	271	394	416	419
Executada	126	98	51	24	193	159	146	166	-	-
Taxa de execução	43%	66%	64%	51%	70%	61%	54%	42%	-	-

Tabela I. Valor orçamentado e executado. Fonte: *Orçamento do Estado e Conta Geral do Estado*

As despesas correntes representam uma fatia significativa do orçamento para a saúde, onde as taxas de execução são mais próximas de 100%. No entanto, o valor orçamentado para a despesa corrente é, geralmente, considerado insuficiente para fazer face às necessidades do setor, nomeadamente no que respeita às despesas com pessoal e aquisição de bens e serviços. Por sua vez, as taxas de execução da despesa de capital são persistentemente baixas, o que implica uma reduzida materialização dos investimentos inicialmente programados nos orçamentos do estado.

À data do presente estudo, a DGO disponibilizou apenas as contas gerais do Estado até ao ano de 2018, sendo que para os anos de 2019 e 2020 podemos apenas verificar o valor da despesa orçamentada. No entanto, no Relatório do Orçamento de Estado de 2020 é-nos fornecida a despesa efetiva consolidada estimada para o ano de 2019. Enquanto que a despesa orçamentada para este ano totaliza 11 013 milhões de euros (despesa corrente e de capital), a despesa estimada é de apenas 10 700 milhões de euros, uma vez mais confirmando a execução orçamental insuficiente do Programa Saúde.

Verificamos assim que, além de valores orçamentados insuficientes, a reduzida taxa de execução dos mesmos resulta num subfinanciamento agravado para o Programa Saúde. Esta suborçamentação crónica sugere uma constante e deliberada atribuição de orçamentos irrealistas e inferiores às necessidades do Programa Saúde (e dos Hospitais EPE). A definição de orçamentos realistas que tenham em conta a atividade e objetivos previstos é, assim, de extrema importância para a resolução do problema a longo prazo.

Para 2020, as despesas orçamentadas correntes e de capital registam os valores mais elevados desde 2011. Fica a dúvida sobre se no ano de 2020, o ano dedicado à Saúde, o aumento da despesa será suficiente para fazer face às necessidades existentes, e se surpreenderá por uma execução mais aproximada dos valores orçamentados.

A suborçamentação representa assim a primeira explicação da acumulação de dívida não financeira por parte dos Hospitais EPE: os gestores hospitalares enfrentam orçamentos apertados para fazer face às suas necessidades, acabando por não conseguir pagar as faturas dentro do prazo. Passados os 90 dias do prazo de pagamento, estas dívidas são consideradas “pagamentos em atraso”. Verificando o prazo médio de pagamentos a fornecedores divulgado pela ACSS, no quarto trimestre de 2019, os Hospitais EPE levaram, em média, 202 dias a efetuar os pagamentos aos fornecedores. Apenas 4 EPE do SNS tinham levado, em média, menos de 90 dias a efetuar os pagamentos.

Como constatámos na análise ao comportamento da dívida, apenas se verifica uma redução da dívida quando existem injeções extraordinárias de capital. Se o orçamento é inferior à despesa, a dívida continuará, inevitavelmente, uma tendência de crescimento.

## 5.2. (Des)incentivos à Gestão

Um segundo problema estrutural é a falta de incentivos à boa gestão hospitalar. Começamos por analisar as restrições da contratualização na saúde. Como descrito em Barros (2019), os pagamentos do SNS aos hospitais devem incorporar a lógica económica da oferta (prestador de cuidados de saúde) e da procura (utentes), replicando o papel de sinal que os preços devem ter. No entanto a procura, neste caso, não é guiada puramente pelos preços devido aos seguros de saúde, levando a que o preço pago pelo utente seja substancialmente diferente do preço recebido pelo prestador do serviço. Visto que os pagamentos do SNS aos hospitais não se podem reger pelos preços de mercado, existem outros instrumentos que tentam replicar o sistema de preços, nomeadamente, o Contrato-Programa.

A conceção de um contrato representa um desafio devido à relação principal-agente. Primeiramente, a qualidade e o esforço de redução de custos por parte da gestão hospitalar não são diretamente observáveis, não sendo passíveis de ser incluídos no

contrato. Existem também assimetrias de informação entre os elementos envolvidos, sendo que o hospital (agente) possui mais conhecimento que o pagador (principal), o que gera incerteza nos custos. Adicionalmente, e como posteriormente referido, no caso da contratualização entre Hospitais EPE e o Estado, existe uma multiplicidade de principais, o que irá agravar o problema.

Uma componente importante em contratos de incentivos é a partilha de risco. À partida, o Estado é visto como neutro ao risco. Assim, numa partilha ótima, o Estado suportaria todo o risco. No entanto, dar mais incentivos à boa gestão dos hospitais implica uma partilha de risco. Ainda assim, esta só é justificável se este tiver o poder de influenciar os resultados através da gestão. Segundo Barros (2019), o que presenciamos na realidade é que, de facto, o SNS transfere risco para os Hospitais EPE, mas este limita-se à capacidade de gerir recursos humanos, sendo insuficiente no que respeita à autonomia de gestão e insuficiente para influenciar os resultados. Assim, esta transferência de risco não cumpre com o que deve ser um contrato de incentivos.

O facto do esforço não ser observável e existirem assimetrias de informação poderá originar o risco moral (*moral hazard*), em que os gestores hospitalares têm incentivos para se desviar do comportamento esperado e desejado pelo principal. Fica assim evidente a importância da existência de um sistema de monitorização do contrato, a fim de evitar comportamentos oportunistas por parte dos agentes (Pêcego, 2010). Uma das potenciais soluções para este problema de agência são os incentivos contratuais.

Os contratos-programa preveem a atribuição de incentivos e o seu valor, com base no estabelecimento de objetivos e cujo grau de cumprimento determina o Índice de Desempenho Global (IDG); e penalizações, por incumprimento do Contrato-Programa. Soares (2015) analisa as penalizações e incentivos dos contratos-programa na Região Norte em 2013. Analisando os relatórios de Gestão, onde (alguns) hospitais divulgam informação relativamente ao Contrato-Programa, verificou que, nesse ano, apenas o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga tinha obtido um IDG superior ou igual a 100%, sendo atribuída a totalidade do incentivo. Relativamente a penalizações, nenhum dos relatórios de gestão mencionava qualquer penalização atribuída. No entanto, sendo que o incumprimento de prazos para a faturação é um dos motivos para atribuição de penalizações, e que sete dos dez hospitais mencionaram valores pendentes de faturação, existiriam motivos para a atribuição de penalizações. Sem a atribuição destas por desvios de comportamento, existe um incentivo explícito à ineficiente gestão hospitalar.

Um importante aspeto do Contrato-Programa é o facto de assentar num “Orçamento Global”, uma modalidade prospetiva (o valor a pagar é decidido *ex-ante*). É atribuído um

orçamento global para fazer face às necessidades do hospital durante um determinado período. Esta modalidade, apesar de incentivar a eficiência e promover a autonomia na gestão, abre espaço à diminuição da qualidade nos hospitais a fim de reduzir custos. Barros e Gomes (2002) salientam a dificuldade e exigência em determinar o valor do montante do orçamento global. Regra geral, a despesa efetiva é superior ao valor orçamentado, gerando dívida que será, inevitavelmente, paga pelo Estado. O objetivo da modalidade de pagamento é, assim, destruído.

As referidas regularizações extraordinárias de capital representam em si um desincentivo à boa gestão. Estas são efetuadas por antiguidade (os pagamentos em atraso há mais tempo são pagos em primeiro lugar) e discriminando o valor transferido por hospital, dependendo das suas necessidades. Este método de escolha da distribuição do capital pelos diferentes hospitais pode criar incentivos ao acumular de dívida, visto que uma redução da dívida implica o recebimento de uma verba menor. Quando o anúncio de uma nova regularização é feito com alguma antecipação, os meses seguintes, por norma, registam um acumular de dívida que poderá ser, precisamente, explicado por esta mudança de comportamento na procura de uma maior verba (risco moral). A ideia de que as regularizações representam incentivos à incorreta gestão foi também partilhada pelo coordenador da EMSPOS na Comissão de Saúde de 9 de janeiro de 2019<sup>6</sup>.

Resumindo os pontos essenciais referentes ao desincentivo à boa gestão hospitalar, salientamos o risco moral inerente num contrato entre agente e principal, a partilha de risco contrária a um bom sistema de incentivos, a ausência de implementação de penalizações, contratos-programa com orçamentos abaixo do ótimo, e as regularizações que representam um prémio à gestão ineficiente.

## 6. Saúde como prioridade da atual legislatura: alterações implementadas

O Governo em funções assumiu que a Saúde será a prioridade da legislatura, o que trouxe esperança na inversão da tendência de crescimento da dívida dos Hospitais EPE.

A EMSPOS recomendou, em 2019<sup>6</sup>, um reforço orçamental significativo, que as regularizações se fizessem de forma faseada ao longo do ano e que a despesa não fosse o único critério de atribuição do valor da verba (incluindo, por exemplo, critérios de eficiência), de forma a evitar o comportamento de risco moral, em que os hospitais não têm incentivos para reduzir a dívida sabendo que tal implicaria receber menos verba.

---

<sup>6</sup> Comissão de Saúde, Audição Parlamentar N° 172-CS-XIII., 9 de janeiro de 2019.

Dadas estas recomendações, a complexidade do modelo de governação e a falta de incentivos e autonomia na gestão, os Ministérios das Finanças e da Saúde emitiram um despacho conjunto a 21 de junho de 2019, no qual anunciaram o reforço dos mecanismos de acompanhamento e monitorização, admitindo a necessidade de aumentar a eficiência do SNS e dos instrumentos de planeamento e de governação, assim como recuperar a autonomia e responsabilidade da gestão no SNS. Um novo modelo de gestão deveria ser criado até ao final de 2019, atribuindo especial importância a três instrumentos: o PAO, o Contrato-Programa plurianual, e o Contrato de Gestão<sup>7</sup>. Os Ministérios das Finanças e da Saúde esperam que de uma maior responsabilização e autonomia resulte uma melhoria das condições de financiamento e uma redução da dívida dos hospitais, permitindo o acesso a regras menos restritivas no cálculo dos Fundos Disponíveis para a aprovação das regras aplicáveis aos pagamentos em atraso.

Com este despacho, as EPE integrantes do SNS foram agrupadas em três grupos por nível de eficiência (**Anexo I**)<sup>8</sup>, avaliada com base nos custos operacionais por doente padrão. Os hospitais mais eficientes passam a usufruir de uma maior fatia das regularizações, enquanto que os hospitais menos eficientes têm incentivos a aumentar a sua eficiência. O reforço orçamental passa a ser feito com base na despesa prevista e nos PAO aprovados para o Grupo I e, em especial para o Grupo III, com base nos contratos de gestão e a avaliação da comissão de acompanhamento. Para este efeito, é criada a Estrutura de Acompanhamento e Avaliação de Desempenho (EAAD), que pretende acompanhar (com possibilidade de intervenção “no terreno”), monitorizar e avaliar o desempenho e a implementação de incentivos e penalizações. Esta estrutura é composta por três elementos da EMSPOS, que coordenam até três representantes da área da saúde (da ACSS e das ARS) e até três representantes da área das finanças (da DGTF, da Inspeção-Geral de Finanças e da UTAM). A EAAD tem ainda a missão de monitorização do cumprimento dos PAO, dos Contrato-Programa e dos Contratos de Gestão. Caso os PAO se apresentem bem fundamentos e a situação financeira do hospital seja considerada saudável, o hospital passará a ter uma maior autonomia.

Importa sublinhar o que aparenta ser uma inconsistência na elaboração deste despacho. Na Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2018 que criou a EMSPOS, é dito que esta estrutura terminará quando o XXI Governo Constitucional cessar funções, o que ocorreu

---

<sup>7</sup>O Contrato de Gestão dos membros dos conselhos de administração provém do Estatuto do Gestor Público (EGP) aprovado em 2007

<sup>8</sup>O Hospital de Braga apenas tem denominação EPE desde 1 de setembro de 2019, pelo que não integra nenhum dos grupos (Decreto-Lei n.º 75/2019 de 30 de maio)



em outubro de 2019. Ainda assim, a EAAD, criada em junho de 2019, terá uma duração de três anos e será coordenada pelos representantes da EMSPOS.

Relativamente à recomendação da EMSPOS para um reforço no Orçamento de Estado para 2020, foi anunciado um reforço de 941 milhões de euros para a saúde, que deverá representar o maior investimento inicial de que há registo recente no SNS, e que tem como objetivo eliminar o subfinanciamento crónico. Visto que em dezembro de 2019 o valor da dívida não financeira dos Hospitais EPE era de 256 milhões, o reforço anunciado ultrapassa largamente os recentes valores registados da dívida, o que traz alguma esperança de que esta tendência de endividamento seja quebrada. Segundo Pereira e Vicente (2020), o aumento na despesa do programa da saúde é explicado, essencialmente, pelo aumento de despesa com pessoal. As despesas de capital ficaram praticamente inalteradas em relação ao OE 2019, com um crescimento de apenas 0,7%, e é previsto um reforço significativo do investimento. Em termos gerais, o peso do programa orçamental da saúde mantém-se praticamente inalterado no total da despesa primária das administrações públicas (12,7%). Relativamente aos Hospitais EPE, o OE 2020 anuncia um aumento dos incentivos para aumentar a eficiência hospitalar: a contratação de profissionais de substituição diretamente pelos hospitais passa a ser possível, assim como a possibilidade de redução de horas extraordinárias e contratações de serviços externos. Adicionalmente, serão direcionados 100 milhões de euros para incentivos para os Centros de Responsabilidade Integrados (estruturas de gestão intermédia dentro dos centros hospitalares com autonomia funcional), que poderá permitir uma reorganização dos hospitais, atribuir maior autonomia aos profissionais de saúde e premiar as equipas com melhor desempenho.

O anunciado reforço orçamental inicial de 941 milhões de euros para o SNS implica uma redução das verbas disponíveis a injetar ao longo do ano, traduzindo-se no fundo numa antecipação das verbas. A recomendação da EMSPOS aparenta não ter sido considerada e este pagamento antecipado, apesar de dar uma eventual margem de manobra às administrações hospitalares, poderá também levar à acumulação de mais dívidas, caso os mecanismos de monitorização e avaliação da gestão não sejam implementados (Pereira e Vicente, 2020).

Barros (2014-) argumenta que o facto de existir um maior orçamento dedicado ao Plano Saúde é também um convite implícito para que os hospitais peçam mais verba, alegando que podem atingir mais objetivos com a mesma. Salienta ainda que o peso colocado sobre o Ministério da Saúde resultante do reforço orçamental, deverá ser passado para a gestão dos hospitais, de modo a evitar a este comportamento.

Das medidas anunciadas no Orçamento do Estado, analisamos agora a sua execução até ao mês de fevereiro (**Tabela II**).

Até ao fevereiro de 2020, 8,2 milhões de euros haviam sido utilizados em investimento. Este valor absoluto do investimento executado foi mais elevado que os períodos homólogos em 2018 e 2019.

<i>Fevereiro</i>	2018	2019	2020
Investimento	5,1	7,1	8,2
Taxa de despesa corrente executada	16%	15.7%	15.5%
Taxa de despesa de capital executada	3.2%	4.3%	4.2%

**Tabela II.** Execução Financeira Consolidada SNS. Fonte: DGO, *Síntese de Execução Orçamental Mensal*

No entanto, analisando as taxas de execução da despesa corrente e de capital, estas foram inferiores às registadas em fevereiro de 2019 (e de 2018 no caso da despesa corrente). Apesar dos elevados valores orçamentados para 2020, a taxa de execução dos mesmos mostra-se inferior à de anos anteriores, o que sugere uma persistência da suborçamentação, mesmo no “ano da saúde”.

Concluimos que, apesar do Orçamento do Estado de 2020 prever um reforço orçamental para a área da saúde, a sua execução até ao mês de fevereiro aparente ser insuficiente quando comparada a anos anteriores. Relativamente aos incentivos, verificou-se uma reestruturação nos mecanismos de incentivo à gestão hospitalar e sua autonomia, que poderá originar uma inversão da tendência crescente dos pagamentos em atraso. À data de escrita deste estudo, não existe ainda informação que nos permita verificar se os incentivos e penalizações estão a ser implementados e os resultados que estes mecanismos trouxeram.

## 7. Considerações Finais

A dívida não financeira dos Hospitais EPE representa um problema com vários anos de existência e sem consideráveis melhorias. Neste estudo, pretendeu-se desmitificar os “mínimos históricos” alcançados no final de 2019, analisando, primeiramente, o sistema de governação dos hospitais e a sua relação com o SNS, assim como a dinâmica da dívida ao longo dos anos. Foram analisados os problemas estruturais na origem da dívida e medidas implementadas na esperança de a resolver. Apesar dos pagamentos em atraso apresentaram uma tendência decrescente desde 2011, as quedas na dívida devem-se a injeções extraordinárias de capital que reduzem momentaneamente o stock da dívida, apenas para o fluxo da mesma continuar o seu comportamento crescente nos meses seguintes. Vimos que estas regularizações extraordinárias no final do ano são já “tradição”

e não resolvem o problema estrutural de endividamento dos hospitais. Os “mínimos históricos” foram, de facto, observados no final de 2019, no entanto, foram atingidos com mais regularizações, o que implicou uma continuação da tendência crescente da dívida a longo prazo.

Identificámos como principais causas do problema a suborçamentação crónica do Programa Saúde, com orçamentos irrealistas e taxas de execução abaixo do ótimo; assim como a falta de incentivos à boa gestão, devido ao risco moral inerente num contrato entre agente e principal e a multiplicidade de principais, uma partilha de risco contrária a um sistema de incentivos, à ausência de aplicação de penalizações quando devidas, aos contratos-programa que pecam por orçamentos globais insuficientes, e a regularizações extraordinárias que representam um prémio à gestão ineficiente.

Numa altura em que o Governo assumiu que a Saúde seria a prioridade da nova legislatura, pretendeu-se analisar que medidas foram propostas e implementadas. Verificou-se um reforço orçamental para a área da saúde e alterações a nível dos incentivos à gestão, nomeadamente a divisão dos Hospitais EPE em grupos de eficiência, que serão recompensados com maior autonomia caso demonstrem resultados positivos. Mesmo com novas propostas para a melhoria do setor da saúde, até ao final do mês de fevereiro os resultados ficaram aquém do esperado, sugerindo uma continuação da permanência dos problemas estruturais existentes, principalmente a nível de suborçamentação.

A extrema necessidade de novas políticas e medidas concretas e direcionadas é evidente. Para uma redução da dívida não financeira a longo prazo é importante que se ceda, progressivamente, maior autonomia de gestão aos hospitais que consigam realizar as suas atividades dentro do orçamento estipulado, podendo ainda utilizar possíveis excedentes para investimento interno em capital humano e físico (Barros, 2014-). No entanto, para que tal aconteça, é necessário que o Estado elabore orçamentos realistas e adaptados às necessidades existentes em cada hospital, algo que é incerto, mesmo com um significativo reforço orçamental. Orçamentos realistas poderão ainda evitar uma parte significativa das regularizações extraordinárias. No entanto, na sua necessidade, estas deverão exigir um plano de intervenção e deverão ser feitas de forma mais faseada e sem anúncios prévios, como recomendado pela EMSPOS, para evitar comportamentos de risco moral. Hospitais que registem uma despesa superior ao orçamento, deverão ser alvo de monitorização e, principalmente, intervenções externas, a fim de reestruturar aqueles que pequem por ineficiente gestão hospitalar (registando dívidas excessivas não justificadas pela sua

atividade), e podendo incluir a destituição de equipas de gestão. A recentemente criada EAAD poderá vir a atuar neste sentido.

Barros (2014-) sugere que se realizem auditorias-surpresa de carácter aleatório. Estas auditorias teriam como objetivo a verificação da existência de situações de não registo de dívidas, o que refere como “retenção por fantasmização”. Um sistema de registo das dívidas existentes por parte dos fornecedores seria complementarmente criado para, caso os hospitais não reclamem de imediato a existência de dívida, não a poderem reclamar mais tarde. Esta “fantasmização”, a existir, implica conluio entre vendedor (indústria farmacêutica, por exemplo) e comprador (hospitais).

Para futura investigação, será de especial interesse analisar o desempenho da criada EAAD, verificando se intervenções “no terreno” foram realizadas e se a estrutura divulga relatórios públicos relativos à implementação de incentivos e penalizações aos Hospitais EPE. Será também relevante analisar que consequências provocou a crise de saúde pública nos hospitais, incluindo o seu impacto na dívida não financeira das EPE do SNS e nas taxas de execução orçamental para a saúde. O aparecimento desta crise permite-nos questionar se não poderíamos estar melhor preparados para a enfrentar caso os problemas de endividamento crónico dos Hospitais EPE estivessem resolvidos. Um bom funcionamento económico e financeiro dos Hospitais é fundamental, particularmente para enfrentar crises como esta.

## 8. Referências Bibliográficas

**Administração Central do Sistema de Saúde.** Prazo médio de pagamentos a fornecedores. Acessível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/10/03/prazo-medio-de-pagamentos/>

**Assembleia da República (2019).** Comissão de Saúde - Audição Parlamentar N° 172-CS-XIII. 9 de janeiro de 2019. Acessível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=111035>

**Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica.** Boletim de Conjuntura. Acessível em: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/pubinst/BoletimdeConjuntura>

**Barros, P. P. (2019).** “Economia da saúde. Conceitos e comportamentos”. 4ª edição. Coimbra: Almedina.

**Barros, Pedro Pita e Jean-Pierre Gomes (2002).** “Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português”. *Gabinete de Análise Económica - Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.*

**Barros, Pedro Pita ( 2014-).** “Observatório mensal da dívida dos Hospitais EPE. 2014-2020. Blog Momentos Económicos. Acessível em: <https://momentoseconomicos.com/>

**Barros, Pedro Pita.; Alexandre Lourenço; Ana Moura; Filipe Correia; Filipe Silvério; João Pedro Gomes; José Sousa; Maria Ana Matias; Rodrigo Cipriano (2015).** “Políticas Públicas em Saúde: 2011 - 2014. Avaliação do Impacto”. *Nova Healthcare Initiative – Research.*

**Budding, T.(2015).** “Public sector management control tools”, in Budding, T., G. Grossi and T. Tagesson (eds.), *Public Sector Accounting*, Routledge, pp. 75-102.

**Campos, Alexandra.** “Dívida dos hospitais cresceu 27 milhões de euros por mês em 2016”, comentário de Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. *Público.* Acedido a 4 de junho de 2020. Acessível em: <https://www.publico.pt/2017/01/09/sociedade/noticia/divida-dos-hospitais-cresceu-ao-ritmo-de-27-milhoes-de-euros-por-mes-em-2016-1757474>

**Comissão Europeia (2017).** Pacote de processos por infração de outubro: principais decisões. 4 de outubro de 2017. Acessível em: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/PT/MEMO\\_17\\_3494](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/PT/MEMO_17_3494)

**Direção Geral do Orçamento.** Conta Geral do Estado. Acessível em:  
<https://www.dgo.gov.pt/politicaorcamental/Paginas/Conta-Geral-do-Estado>

**Direção Geral do Orçamento.** Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso. Acessível em:  
<https://www.dgo.gov.pt/execucaoorcamental/Paginas/LeiCompromissosPagamentosEmAtraso.aspx>

**Direção Geral do Orçamento.** Síntese de execução Mensal. Acessível em:  
<https://www.dgo.gov.pt/execucaoorcamental/Paginas/Sintese-da-Execucao-Orcamental-Mensal>

**Ferreira, Ana Sofia e Manuel Teixeira (2011).** “Evolução recente da situação económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde – Enquadramento do actual contexto”. *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*.

**Fundo Monetário Internacional (2011).** “Memorandum of Economic and Financial Policies”.

**Fundo Monetário Internacional (2014).** “Portugal: Tenth review under the extended arrangement and request for waivers of applicability of end december performance criteria”. *International Monetary Fund Country Report No. 14/56*.

**Guichard, Stéphanie (2004).** “The Reform of the Healthcare System in Portugal”. *OECD Economics Department Working Papers n. 405*.

**Mateus, Elsa (2014).** “A Gestão de Resultados em Instituições Públicas: O Caso dos Hospitais EPE”. *Instituto Politécnico de Bragança*.

**Ministério das Finanças (2016).** Orçamento do Estado para 2016: Relatório.

**Ministério das Finanças (2016).** Orçamento do Estado para 2017: Relatório.

**Ministério das Finanças (2017).** Orçamento do Estado para 2018: Relatório.

**Ministério das Finanças (2019).** Orçamento do Estado para 2020: Relatório.

**Mitnick, B.M. (1975).** “The theory of agency”. *Public Choice* 24, 27–42.

**Osborne, S. (2006).** “The New Public Governance”, *Public Management Review*, 8(3), pp. 377- 387.

**Pêcego, Luis (2010).** "O modelo de governação dos hospitais EPE: estudo de caso comparado". *Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Economia e Gestão*.

**Pereira, Paulo Trigo e Joana Andrade Vicente (2010).** "Budget Watch: OE 2020 Rigor e transparência orçamental". *Institute of Public Policy Lisbon*.

**Ribeiro, J. M. (2004).** "Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 65-77

**Ross, Stephen A. (1973).** "The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem". *The American Economic Review*, Vol. 63, No. 2, pp. 134- 139.

**Serviço Nacional de Saúde (2019).** Despacho Finanças e Saúde. 21 de junho de 2019.

**Serviço Nacional de Saúde.** Dívida total, vencida e pagamentos em atraso. Acessível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/divida-total-vencida-e-pagamentos>

**Soares, Carina (2015).** "A Eficácia dos Contratos-Programa no Setor Público da Saúde na Região Norte de Portugal". *Instituto superior de contabilidade e administração do Porto*. 2015.

**Tribunal de Contas (2006).** "Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE: Período de 2001 a 2004". *Tribunal de Contas*, Vol. I, Sumário Executivo, Relatório nº 20/06 -Audit, Processo nº 47/05-Audit.

**Tribunal de Contas (2018).** "Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde - exercício de 2017". *Tribunal de Contas Relatório n.º 20/2018 2.ª Secção*.

**Viana, Luis Cracel e Luis Gomes Centeno (2019).** "Contratualização com as Empresas Públicas Prestadoras de Cuidados de Saúde". *Conselho das Finanças Públicas*.

**Vicente, Joana Andrade (2014).** "A governação das empresas do sector empresarial do estado: o caso da Carris". *Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Economia e Gestão*.

## **LEGISLAÇÃO**

**Lei n.º 56/79 de 15 de setembro**, que criou o Serviço Nacional de Saúde

**Decreto de Lei n.º 27/2002**, de 8 de novembro, que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar

**Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho**, que transformou os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais

**Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro**, que transformou em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e criou o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprovou os respetivos Estatutos

**Decreto-Lei n.º 127/2012 de 21 de junho**, que contemplou as normas legais disciplinadoras dos procedimentos necessários à aplicação da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso

**Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro**, que aprovou o novo regime jurídico do sector público empresarial

**Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2018**, que criou uma Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde

**Decreto-Lei n.º 75/2019 de 30 de maio**, que procedeu à constituição do Hospital de Braga, E. P. E.



## 9. Anexo I – Grupos por nível de eficiência

Grupo	Identificação das EPE
Grupo I	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE Hospital Fernando da Fonseca, EPE Hospital Garcia de Orta, EPE Hospital de Magalhães Lemos, EPE Hospital Santa Maria Maior, EPE Centro Hospitalar de Leiria, EPE Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE Centro Hospitalar e Universitário de São João, EPE Instituto Português Oncologia do Porto, EPE Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Grupo II	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE Centro Hospitalar Póvoa Varzim/VC, EPE Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, EPE Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, EPE Centro Hospitalar e Universitário do Porto, EPE Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE Hospital Espírito Santo de Évora, EPE Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE Unidade Local Saúde do Litoral Alentejano, EPE Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
Grupo III	Centro Hospitalar do Algarve, EPE Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE Centro Hospitalar do Oeste, EPE Centro Hospitalar de Setúbal, EPE Centro Hospitalar e Universitário Cova Beira, EPE Hospital Distrital de Santarém, EPE

Anexo I.

Despacho

Grupos por nível de eficiência. Fonte: conjunto Ministérios das

Finanças e Saúde, 21/6/2019

