

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E
ADMINISTRAÇÃO DE LISBOA



ANÁLISE ECONÓMICO-FINANCEIRA AO SECTOR
DA SAÚDE

Natália Ferreira Rodrigues

Lisboa, maio de 2019

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E
ADMINISTRAÇÃO DE LISBOA

**ANÁLISE ECONÓMICO-FINANCEIRA AO SECTOR
DA SAÚDE**

Natália Ferreira Rodrigues

Lisboa, maio de 2019

Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Controlo de Gestão e Negócios, realizado sob a orientação científica do Professor Especialista Arménio Breia.

Constituição do Júri:

Presidente Prof.^a Doutora Marina Antunes

Arguente Prof. Esp. Vitor Massena

Vogal Prof. Esp. Arménio Breia

Declaro ser o autor desta dissertação, que constitui um trabalho original, que nunca foi submetido (no seu todo ou qualquer das suas partes) a outra instituição de ensino superior para obtenção de um grau académico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas. Mais acrescento que tenho consciência de que o plágio e a utilização de elementos alheios sem referência ao seu autor constituem uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação da presente dissertação.

“Não sabendo que era impossível foi lá e fez.”
Jean Cocteau

Agradecimento

Um trabalho de mestrado é uma longa jornada, que inclui um percurso permeado por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos contratempos pelo caminho, mas apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, o resultado final é sempre gratificante, que reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada.

Percorrer esta estrada só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto.

Especialmente ao meu orientador, Professor Especialista Arménio Breia, que sempre acreditou em mim, agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo a passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

Aos meus pais e irmão pela paciência, pela compreensão e por sempre estarem ao meu lado quando mais precisei.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

RESUMO

O setor da saúde é um setor peculiar que impõe pressão para um elevado controlo financeiro, de modo a alcançar a sustentabilidade, requerendo assim uma constante análise de gestão, uma vez que se tem revelado um setor de atividade não apenas dinâmico, mas também sujeito a choques que têm resultado numa crescente instabilidade por vezes resultante da conjuntura económica e política.

Os custos com a saúde, nos países mais desenvolvidos, tiveram um acentuado crescimento nas últimas décadas e foram apontadas falhas na gestão hospitalar, uma vez que não conseguiram acompanhar esta evolução.

Contudo este tema é pouco abordado devido a sua arduidade em trabalhar e obter a informação uma vez que sustenta um elevado grau de complexidade, porém foram estas características que aliciaram o interesse por este tema.

Deste modo, o objetivo deste trabalho consiste na análise económico-financeira, através da utilização rácios e analisando determinados custos unitários assim como indicadores *Benchmarking*, de modo a verificar a sustentabilidade deste setor.

Neste estudo, foram incluídos oito Unidades Hospitalares, seis delas são Entidades Públicas Empresariais (EPE) e duas delas são geridas em Público Privadas (PPP).

Palavras-Chaves: Sistema Nacional de Saúde; Sustentabilidade; Desempenho Económico-financeiro.

ABSTRACT

The health sector is a peculiar sector which requires on a high financial control in order to achieve sustainability, thus requiring constant management analysis, since it has been shown not only a dynamic sector of activity, but also subject to shocks that have resulted in increasing instability sometimes resulting from the economic and political environment.

Health costs in the most developed countries have shown strong growth in the last decades and failures in hospital management were pointed out, since they were not able to follow this evolution.

However, this subject is little approached due to its arduity to work and to obtain the correct information since it sustains a degree of complexity, however, they are these characteristics that attract my interest of this subject.

In this way the objective of this work is doing a economic-financial analysis, through the use of ratios and analyzing certain unit costs as well as Benchmarking indicators, in order to verify the sustainability of this sector.

In this study was included eight Hospital Units were included, six of them are Public Business Entities (EPE) and two of them are managed in Public Private (PPP).

Key Words: National Health System; Sustainability; Economic-Financial Performance.

ÍNDICE

RESUMO	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE TABELAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
1. Introdução.....	1
1.1. Relevância do tema	3
Capítulo II: Contexto Histórico do Setor Hospitalar em Portugal.....	6
2. Setor Hospitalar em Portugal.....	6
Capítulo III: Desafios do Setor Hospital Portugueses	11
3. Empresarialização Hospitalar	11
3.1. Hospitais EPE.....	14
3.2. Parcerias público-privadas (PPP).....	16
3.3. Desafios de Gestão Hospitalar e eficiência na gestão	20
3.4. Serviços de saúde Pública versus Privada	23
3.5. Entidades Reguladoras do Setor da Saúde.....	27
3.6. O SNS e a Troika.....	29
3.7. Paradigma atual do SNS e a União Europeia	31
Capítulo IV: Estudo empírico	34
4. Objetivos e hipóteses de investigação.....	34
4.1. Metodologias de investigação.....	34
4.1.1. Fase de investigação.....	34
4.1.1.1. Recolha e seleção de dados	34
4.1.1.2. Limitações e constrangimentos ao estudo.....	35
4.1.2. Definição da amostra	36
4.1.3. Definição das variáveis.....	44

4.1.3.1. Indicadores Financeiros	47
4.1.3.2. Indicadores assistenciais	50
4.1.3.3. <i>Benchmarking</i> Hospitalar	50
4.2. Análise Financeira com base com base em rácios.....	54
4.2.1. Análise da DR e do Balanço	54
4.2.2. Análise individual das variáveis.....	80
4.2.3. Indicadores.....	89
4.2.4. Dimensão de <i>Benchmarking</i> e indicadores económicos	94
4.2.4.1. Custo por Doente-Padrão	94
4.3. Discussão dos resultados.....	98
CONCLUSÃO.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
LEGISLAÇÃO.....	114
WEBGRAFIA	116
ANEXO 1 – DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRA	117
ANEXO 2 – RÁCIOS ECONÓMICO-FINANCEIRO E DE ATIVIDADE	127
ANEXO 3 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS.....	130

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 3.1: Dimensão dos maiores grupos económicos do setor privado da saúde segundo o volume de negócios (2014)</i>	25
<i>Figura 3.2: Percentagem de despesa em saúde PIB 2015</i>	31
<i>Figura 4.3: Evolução do EBITDA 2009-2016</i>	64
<i>Figura 4.4: Peso dos custos com colaboradores nos custos operacionais</i>	89
<i>Figura 4.5: Custo médio por colaborador</i>	91
<i>Figura 4.6: Receitas totais por colaborador</i>	92
<i>Figura 4.7: Número de colaboradores</i>	93
<i>Figura 4.8: Custos Operacionais por doente padrão</i>	94
<i>Figura 4.9: Custo com pessoal por doente padrão</i>	95
<i>Figura 4.10: Doente Padrão por médico</i>	96
<i>Figura 4.11: Custos com FSE por Doente Padrão</i>	97
<i>Figura 4.12: Custo com matéria-prima por Doente Padrão</i>	97
<i>Figura 4.14: Evolução da Liquidez Geral</i>	100

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 4.1: Recursos Humanos do CHP</i>	37
<i>Tabela 4.2: Número de camas</i>	37
<i>Tabela 4.3: Recursos humanos do CHLO</i>	38
<i>Tabela 4.4: Número de camas do CHLO</i>	38
<i>Tabela 4.5: Número de camas</i>	39
<i>Tabela 4.6: Recursos humanos do CHBM</i>	39
<i>Tabela 4.7: Número de camas</i>	39
<i>Tabela 4.8: Número de colaboradores</i>	40
<i>Tabela 4.9: Número de camas</i>	40
<i>Tabela 4.10: Número de colaboradores</i>	41
<i>Tabela 4.11: Número de camas</i>	41
<i>Tabela 4.12: Número de colaboradores</i>	42
<i>Tabela 4.13: Número de Pessoas</i>	43
<i>Tabela 4.14: Resumo da amostra</i>	44
<i>Tabela 4.15: Descrição das Variáveis (Indicadores Económico-Financeiros)</i>	49
<i>Tabela 4.16: Indicadores assistenciais</i>	50
<i>Tabela 4.17: Proveitos Operacionais</i>	54
<i>Tabela 4.18: Gastos com pessoal 2009 – 2016</i>	58
<i>Tabela 4.19: Fornecimentos e serviços externos</i>	59
<i>Tabela 4.20: Evolução dos Custos das Matérias-Primas</i>	61
<i>Tabela 4.21: Evolução do Ativo Fixos Tangíveis entre 2009-2016</i>	68
<i>Tabela 4.22: Evolução do Ativo Corrente entre 2009 – 2016</i>	70
<i>Tabela 4.23: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHP</i>	70
<i>Tabela 4.24: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHLO</i>	71
<i>Tabela 4.25: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHCB</i>	71
<i>Tabela 4.26: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHBM</i>	72
<i>Tabela 4.27: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHEDV</i>	73
<i>Tabela 4.28: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHVNG/E</i>	73
<i>Tabela 4.29: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do Hospital de Cascais</i>	73
<i>Tabela 4.30: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do Hospital de Braga</i>	74
<i>Tabela 4.31: Evolução do Passivo entre 2009 – 2016</i>	74
<i>Tabela 4.32: Evolução do Capital Próprio</i>	77
<i>Tabela 4.33: Autonomia Financeira</i>	80
<i>Tabela 4.34: Evolução do Rácio de Liquidez Geral (LG)</i>	82
<i>Tabela 4.35: Evolução da Rentabilidade Operacional da Vendas (ROV)</i>	85
<i>Tabela 4.36: Evolução da Rentabilidade Líquida das Vendas</i>	87
<i>Tabela 4.37: Evolução da Rentabilidade Operacional do Ativo</i>	88
<i>Tabela 4.38: Peso dos CMVMC nos Custos Operacionais</i>	99
<i>Tabela 4.39: PMR das entidades do SNS no Setor Farmacêutico</i>	101

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- ADM - Assistência na Doença aos Militares
- ADSE - Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
- ADSE - Instituto Público de Gestão Participada
- ARS - Administrações Regionais de Saúde
- CEE - Comunidade Económica Europeia
- CP - Capital Próprio
- CRI - Centros de Responsabilidade Integrada
- DGS - Direção Geral da Saúde
- EPE - Entidades Públicas Empresariais
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde
- GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneo
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- ISAG - Inspeção Geral das Atividades em Saúde
- MS - Ministério da Saúde
- MS - Ministério da Saúde
- OPSS - Observatório Português dos sistemas de saúde
- PAE - Programa de Ajustamento Económico
- PAEF - Programa de Assistência Económica e Financeira
- PEC - Plano de Estabilidade e Crescimento
- PMP - Prazo Médio de Pagamento

PPP - Parcerias público-privadas

RC - Relatórios e Contas

RCP - Rendibilidade dos Capitais Próprios

RL - Resultado Líquido

RLV - Rendibilidade Líquida da Vendas

ROV - Rendibilidade Operacional das Vendas

SA - Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos

SAD - Divisão de Assistência na Doença

SAMS - Serviço de Assistência Medico Social

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPA - Setor Público Administrativo

UE - União Europeia

Capítulo I: Enquadramento Teórico

1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao longo dos anos, constituiu-se como uma máquina pesada e burocrática ao nível da sua organização e gestão. Também ao nível do desempenho global, apresenta falhas crónicas de eficiência e eficácia, uma vez que este é um setor com elevados custos e realidades que se têm vindo a agravar progressivamente nos últimos anos e a colocar em causa a sustentabilidade do SNS.

Em Portugal, como nos restantes países da União Europeia (UE), os gastos com a saúde têm crescido a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, assumindo assim uma importância crescente face ao Produto Interno Bruto (PIB).

Campos (2008) refere que o envelhecimento da população, a inovação o desenvolvimento tecnológico e o aumento dos custos com as despesas hospitalares, são variáveis determinantes no crescimento verificado da despesa em saúde.

Neste contexto, os hospitais enfrentam-se a um enorme desafio de gestão, não só pelo aumento dos custos mas também devido a corte nas transferências do Orçamento de Estado, redução salarial, congelamento de possibilidade de atribuição de incentivos, dificuldade em concretizar contratações, penalização para a acumulação de dívida vencida, responsabilização financeira pelo tratamento de doentes não atendidos nos tempos de referência, entre outros. Assim analisar os riscos financeiros hospitalares e tê-los em consideração nas práticas de gestão, sendo este também um desafio diário para os administradores destas entidades.

É com base nesta realidade de contenção de gastos e conseqüente preocupação com a eficiência do sistema e sustentabilidade financeira do sistema de saúde, que se tem gerado uma nova era na gestão hospitalar, cuja preocupação é a oferta dos cuidados de saúde. Nesta temática, Campos (2007), refere que a questão da eficiência na gestão hospitalar, é mais do que uma questão meramente económica, é uma questão ética, tendo em conta que se o SNS não for eficiente, não contribui para ganhos em saúde e jamais poderá ser justo, sendo mesmo uma “[...] condição indispensável para a defesa

do modelo social, solidário e universal, que inspira o SNS”, concluindo que “a ineficiência tem custos elevados e irreversíveis”. (Campos, 2007:11).

Assim sendo e uma vez que são poucas as investigações que tenham estudado o desempenho dos hospitais, o objetivo desta dissertação, apresentada ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa para cumprimento dos requisitos do programa de Mestrado em Controlo de Gestão e Negócios, é de efetuar uma análise ao desempenho económico-financeiro e operacional, através da utilização de rácios. Será também feita uma análise a indicadores assistenciais de modo a completar a análise ao desempenho económico e financeiro da amostra selecionada.

Para a prossecução dos objetivos, propõe-se uma análise e comparação de vários rácios económico-financeiros, uma análise operacional recorrendo a alguns indicadores assistenciais, uma análise de custos e ainda serão utilizados e analisados dados de *Benchmarking* Hospitalar. A amostra em estudo é constituída por oito hospitais, seis deles são Entidades Público Empresariais e 2 deles são geridos através de PPP (Parcerias público-privadas).

Analisar os resultados e controlar os custos, contribui para gerir do modo mais adequado os gastos dos serviços prestados, levando a uma melhor gestão da informação que suportará uma administração de custos mais eficiente. Deste modo, torna-se essencial esta análise para prosseguir uma gestão eficaz.

A escolha deste tema vem contribuir para uma melhor compreensão do desempenho económico-financeiro do setor hospitalar assim como os custos e riscos associados a este setor.

Deste modo, este trabalho inicia-se com o capítulo I, onde se faz um enquadramento do tema selecionado, mencionando a relevância do tema em estudo.

No capítulo II, é feito um enquadramento ao SNS, onde se apresenta a evolução histórica do setor de saúde em Portugal referindo os marcos mais relevantes.

Seguidamente, no capítulo III será feito o enquadramento teórico, onde se realiza uma revisão da literatura sobre o setor da saúde, caracterizando o sistema de saúde português e enumerado alguns dos desafios que este setor enfrenta. Neste capítulo, será, também,

abordado o impacto da Troika no setor da saúde, este é um marco importante na contenção de custos e por isso não podia deixar de ser mencionado. E por último, neste capítulo iremos comparar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) Português com os restantes países da Europa, de modo a ter uma visão europeia do setor da saúde.

No capítulo IV, encontra-se o estudo empírico, onde irá ser debatida a questão prática do estudo, usando uma abordagem metodológica ao problema em questão, onde serão expostos os objetivos a atingir e será definida a metodologia de investigação.

Por último, serão citadas as conclusões retiradas da análise do estudo e onde se procurará deixar em aberto investigações futuras da temática em causa.

1.1. Relevância do tema

Na sua maioria, os hospitais são encarados como organizações onde o seu sistema financeiro interno, muitas vezes é incompreendido e complexo, existem até autores que referem que são “organizações extraordinariamente complicadas” (Glouberman e Mintzberg, 2001a, 2001b:58, como citado em Alves, 2012).

Esta tão elevada complexidade surge devido aos modelos económicos e de gestão utilizados nestas organizações (Jacobs, 1974, como citado e Alves, 2012), fazendo destas as mais complexas de gerir (Drucker, 1989, como citado em Alves, 2012).

É assente nesta complexidade que o conceito da economia da saúde emergiu como um tema relevante na ciência económica, tendo adquirido uma crescente autonomia e influência, devido à importância inegável tanto a nível económico como político, pois relaciona-se com o bem-estar da sociedade, que tem por base os princípios de solidariedade e de precaução, vigente nos países europeus (Alves, 2012).

Também durante a última década, a reestruturação do setor da saúde tem ocorrido em vários países europeus, assim como em Portugal. Devido a estas reestruturações e de modo a evitar a insustentabilidade do SNS, surgem inúmeros desafios no âmbito da gestão estratégica deste setor, mais concretamente, no combate ao crescente aumento dos custos com a saúde (Nunes, 2010 citado em Tavares, 2013).

Este aumento dos custos, associados à saúde, verificado ao longo das últimas décadas tem assumido uma relevância cada vez maior, levantando questões relacionadas com a sustentabilidade do sistema e com a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Assente nesta preocupação, verificou-se, nos últimos anos, a necessidade de tornar o sistema mais eficiente sem prejuízo da qualidade. Esta realidade levou os governos a repensar as suas políticas de saúde, o que conduziu a reformas no setor para a procura de maior eficiência, eficácia e efetividade (Alves, 2014 & Harfouche, 2012).

Entre 2011 e 2015, o setor hospitalar foi afetado pelas consequências da aplicação do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF), resultado da intervenção externa da Troika. No entanto e apesar de Portugal já não se encontrar sob intervenção externa, o quotidiano dos hospitais do SNS encontra-se ainda marcado pelo risco e ameaça da necessidade de um novo *bailout*, que tem restringido o aumento da despesa pública, incluindo o investimento no SNS.

Outra grande preocupação é a falta de liquidez e um aumento de stock de dívida a fornecedores de bens e serviços essenciais para garantir a prestação de cuidados de saúde às populações. Esta falta de liquidez tem conduzido à prática de entregas de verbas a título extraordinário aos hospitais, este é um problema estrutural, permanente e contínuo ao nível do financiamento das organizações de saúde.

Como forma de evitar a falência técnica, outra das intervenções que os gestores hospitalares encontram é o reforço dos capitais estatutários do universo EPE: o stock de capital estatutário dos hospitais EPE passou de 1.808 mil milhões de euros em 2009, para um valor esperado em 2018 de 3.827 mil milhões.

A falta de liquidez diária pode tornar-se perigosamente num argumento “*joker*”, capaz de justificar todas as boas e más decisões de gestão. A possível quebra da quantidade e qualidade das atividades desenvolvidas no seio do SNS encontram no argumento da falta de liquidez um aliado perfeito para a sua justificação e consequente desresponsabilização.

A redução do investimento é outra das grandes ameaças neste setor devido à falta de liquidez, que gera degradação de infraestruturas e um não planeamento da reposição de equipamentos e renovação de instalações.

A realidade atrás descrita não é favorável ao desenvolvimento de reformas estruturantes no sistema de saúde português.

Parece evidente e crucial readquirir a confiança necessária entre os diferentes agentes envolvidos no processo de financiamento das unidades hospitalares para que de algum modo se tente garantir a criação de valor dos montantes crescentes afetos ao setor da saúde (OPSS, 2018).

Fundamentando o que anteriormente foi referido, este tema detém uma relevância inquestionável tanto na economia como na sociedade. É considerado pertinência tanto em termos científicos, políticos e económicos, uma vez que contribui para uma melhor compressão do desempenho económico e financeiro do setor hospitalar, visto que serão analisados e correlacionados determinados rácios económico-financeiros, serão estudados os custos intrínsecos a este setor e serão ainda analisadas as limitações financeiras que este setor apresenta.

Capítulo II: Contexto Histórico do Setor Hospitalar em Portugal

2. Setor Hospitalar em Portugal

A prestação de serviços de saúde pública iniciou-se em 1899, através do Decreto de 28 de dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901. Não obstante de ter sido regulamentada em 1901, a organização entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de carácter privado, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Em 1945, a debilitada situação sanitária no país, impulsiona a urgência de uma resposta por parte do estado, fomentando assim a publicação do Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945, que deu lugar à reforma sanitária de Trigo de Negreiros, que criou instituições dedicadas a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna.

Em 1958, foi fundado o Ministério da Saúde e da Assistência, por via do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto. Foi através deste decreto que a tutela dos serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública deixam de pertencer ao Ministério do Interior. Nestes anos, a filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde, o seu papel era meramente supletivo às iniciativas particulares do indivíduo.

Após a segunda guerra mundial e até início dos anos 60, o hospital foi considerado o elemento central do sistema de saúde, ao que se associou a ideia da “*Regionalização hospitalar*”, que consistia em hospitais agregados em três níveis: por concelho, por distrito e por zonas (hospitais centrais), congregando vários distritos, cooperando entre si e ampliando as suas responsabilidades. É de realçar que nesta época o papel assumido pelas Misericórdias, que possuíam a maioria dos hospitais, foi um papel importante na coordenação entre as atividades de assistência social e cuidados de saúde.

Apesar dos avanços na saúde mencionados anteriormente foi apenas em 1978 que o SNS surgiu em Portugal, através do despacho ministerial publicado no Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978, mais conhecido como o “*Despacho Arnaut*”, formando assim uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o

acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Pela primeira vez é garantida a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.

Apesar do aparecimento SNS em 1978, foi apenas em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que surgiu verdadeiramente o SNS, garantido o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.

O diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispendo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de serviços prestadores de cuidados diferenciados, hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas.

Nesta fase, o Estado assume-se como responsável pela concretização do direito à proteção da saúde previsto na Constituição. A criação de um SNS foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. Para um país que experimentava o início da democracia e o processo da descolonização, as exigências de gestão do SNS foram um enorme desafio.

Após uma década de implementação dos centros de saúde, centrados no desenvolvimento de atividades predominantes na área da saúde pública, perdeu-se a oportunidade de lhes fornecer o desenvolvimento organizacional necessário para melhorar a acessibilidade (Sousa, 2009).

De 1985 a 1995, houve a expansão do SNS numa rede mais ampla de prestadores de cuidados do setor social e privado, de regionalização e coordenação do Serviço Nacional de Saúde, de incremento da participação do setor privado, de construção hospitalar e de tentativa de separação do exercício médico entre setores privado e público. Esta expansão ocorreu devido a uma estabilidade política sem precedentes desde a revolução de 25 de Abril (OPSS, 2017).

Ainda com a integração de Portugal como membro da Comunidade Económica Europeia (CEE), atualmente União Europeia (UE), permitiu o acesso ao financiamento

européu para desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas, onde se incluía a área da saúde. Tornando-se possível a expansão de instalações e equipamentos do SNS, o que assegura que uma proporção significativa da riqueza do país fosse destinada à saúde. Outro dos marcos centrais na Reforma do setor da Saúde em Portugal, registou-se em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, que define o sistema de saúde português como uma estrutura que visa a efetivação do direito à proteção da saúde. O Estado passava a atuar através de serviços próprios, celebrando acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados, apoiando e fiscalizando as restantes atividades privadas na área da saúde.

Com base nesta evolução, o sistema de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas:

- O Serviço Nacional de Saúde (SNS) - abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde;
- Subsistemas de saúde pública de apoio a entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde;
- Entidades privadas e todos os profissionais livres, que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde.

Fomentado assim a evidente necessidade de alterações de gestão e organização, para melhorar a efetividade e eficiência do setor da saúde, das quais se destaca:

- Um novo papel para o setor privado - procura-se estimular a intervenção do setor privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde;
- A regionalização e integração do SNS - em 1993 foram estabelecidas cinco regiões administrativas de saúde, assim como unidades funcionais entre hospitais e centros de saúde. Estas últimas tinham como objetivo conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários;

- A introdução de taxas moderadoras - em 1990, o Governo introduziu taxas moderadoras no SNS no acesso a determinados cuidados de saúde, com exceção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos (Sousa, 2009).

A evolução do SNS surgiu para agregar numa única instituição diversas funções, que passam pela recessão de dinheiro público, do Orçamento de Estado, com o objetivo de ser garantido o acesso público a cuidados de saúde, adquirindo equipamentos e bens, e contratando profissionais para prestar esses serviços (Barros, 2016).

Outro acontecimento importante na saúde foi a criação, em 1998, do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, pela Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e outras organizações nacionais e internacionais.

Posteriormente entre 1995 e 2001, o SNS, foi marcado por várias tentativas de definir e estimular novas formas de gestão e sustentabilidade, que tinha como objetivo definir metas estratégicas que passaram pela empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde.

No decorrer desse ano, verificou-se um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde. Em larga medida, estes esforços consistiram no aumento do financiamento da saúde e na expansão dos serviços de saúde, quer em termos de instalações e adoção de novas tecnologias médicas e de informação, quer em melhoria do acesso a medicamentos e esforços contínuos de melhorar a organização e gestão do SNS.

Contudo, as reformas no sistema de saúde foram muito frequentemente implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade política (Sousa, 2009).

No entanto, o sistema de saúde Português, não se limita ao SNS, estão presentes seguradoras e subsistemas de saúde de base profissional, também elas mediadoras entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde.

O acesso aos serviços de saúde pode ser feito através do pagamento de impostos (financiamento público), através de pagamento para os subsistemas centrados na profissão e que são públicos, através do Instituto Público de gestão Participada (ADSE),

ou privados como Serviço de Assistência Médico Social (SAMS), para os bancários. A nível privado também podem ter acesso a serviços de saúde através do pagamento de prémios de seguros de saúde, referentes a contratos feitos voluntariamente e por fim através de pagamento direto no momento em que se é utilizado o acesso a cuidados de saúde (Barros, 2016).

Capítulo III: Desafios do Setor Hospital Portugueses

3. Empresarialização Hospitalar

A necessidade que houve de redefinir novos modelos de gestão esteve intrinsecamente relacionada com os problemas encontrados na década de 90, nos resultados da gestão hospitalar associados ao aumento de custos com a atividade, o desperdício de recursos, a baixa produção dos serviços de prestação de cuidados (Nunes e Matos, 2017), listas de espera cirúrgicas elevadas e funcionamento inadequado dos cuidados de saúde com elevado índice de insatisfação (Barros, 2007).

Em Portugal, os hospitais públicos relativamente a instalações, tecnologias e diferenciação de recursos humanos, acompanharam a evolução verificada nos países do primeiro mundo, contudo não acompanhou da mesma forma os modelos de organização, administração e gestão que se mantiveram modulados por uma cultura persistentemente centralista da governação em saúde, enredado numa teia burocrática e de controlo que se reproduzem internamente na organização (Raposo, 2007).

Perante tais resultados o Governo foi obrigado a proceder a uma profunda reforma da gestão hospitalar que consistia em processos de empresarialização hospitalar (Nunes e Matos, 2017).

O processo de empresarialização hospitalar, promovido em Portugal em 2002, é idêntico ao modelo desenvolvido na Inglaterra ainda na década de 80, descrito por *corporatization*, resultante dos princípios da Nova Gestão Pública (Correia, 2009), que preconiza um ajustamento da prestação pública de cuidados de saúde às necessidades financeiras sentidas.

A aplicação deste modelo ao setor da saúde, teve como objetivo promover a modernização da gestão hospitalar com instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e já testados na Europa (Nunes e Matos 2017).

A necessidade de redefinir um novo modelo de gestão estava subjacente à gestão pouco definida, inábil na motivação dos profissionais, restringindo-os a um conjunto de regras burocráticas e obsoletas, tornando o quotidiano dos hospitais difícil para os seus gestores e uma experiência desagradável para os utentes. A satisfação dos utentes

também era aqui deixada para segundo plano, devido a impossibilidade por parte dos gestores em gerirem um orçamento reduzido, a solucionar quebras urgentes de abastecimento de produtos críticos, ou a cumprir listas de requisitos formais que representavam insignificantes decisões de gestão e ao mesmo tempo dedicarem tempo a estudar a satisfação dos utentes destes serviços (Ribeiro, 2004).

Assim derivado da necessidade de uma gestão eficiente o Governo toma a decisão de criar um novo regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de agosto (Campos & Simões, 2011).

Segundo Stoleroff e Correia (2008), a empresarialização hospitalar é “o processo de autonomização das competências gestionárias das organizações públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do setor privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados”.

A gestão empresarial em Portugal deriva assim de um diagnóstico exaustivamente refletido pelos especialistas do setor da saúde, cujo principal objetivo é dar respostas a problemas de eficiência na afetação de recursos, à falta de produtividade sistémica e ao aumento da despesa pública a um ritmo incontrolável para o país e uma insatisfação crescente dos utentes pelos níveis do serviço prestado (Ribeiro, 2004).

Neste paradigma, a gestão empresarial é então reclamada por todos os quadrantes políticos como a solução para o aumento da eficiência no setor público hospitalar Português.

Convém ainda salientar que o processo de empresarialização do sistema de saúde não significa privatizar a saúde, mas sim mudar a forma de gestão para obter melhores resultados em termos de eficiência e rentabilidade (Nunes e Matos, 2017).

Rego (2011) defende que “Trata-se da implementação de uma cultura de gestão empresarial assente na responsabilização dos diferentes agentes envolvidos” (Rego, 2011, p. 34).

O objetivo primário da empresarialização é o combate aos desperdícios e otimização dos recursos (Giraldes, 2007).

Este novo regime jurídico da gestão hospitalar elenca a natureza jurídica dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde (Campos & Simões, 2011):

- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, ou seja, hospitais do setor público administrativo (SPA);
- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, ou seja, entidades públicas empresariais (EPE) - pessoa coletiva de direito público com natureza empresarial;
- Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA) – Pessoa Coletiva de direito privado;
- Hospitais do SNS geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos e outros profissionais de saúde;
- Estabelecimentos privados, com os quais o SNS celebre contratos ou acordos, como exemplo temos as PPP.

Ainda em 2002, o Governo procede à alteração do regime jurídico dos hospitais SPA para SA, e no ano de 2006, o XVII Governo substitui os hospitais SA por hospitais EPE (Araújo, s.d.).

Foi também em 2002 através do Plano de Estabilidade e Crescimento 2003-2006 (PEC), e com o objetivo de colmatar as falhas do modelo tradicional de gestão hospitalar, uma vez que se revelou incapaz para satisfazer o novo paradigma de serviço público, que surgiu o lançamento de PPP. Estas parcerias têm como base o princípio da empresarialização de hospitais.

Este processo de empresarialização dos hospitais públicos tinha como finalidade a conversão dos hospitais em empresas públicas. O Estado pretendia atribuir-lhes maior autonomia e responsabilidade com a finalidade de obter melhores resultados em termos de eficiência e rentabilidade (OPSS, 2003).

A adoção de modelos PPP na saúde, enquanto instrumento estratégico de modernização e expansão dos serviços públicos, nasce com a finalidade de favorecer o recurso a fontes de financiamento privado e a inovadoras formas de “engenharia financeira”, permitindo no curto prazo “contornar” as fortes restrições orçamentais impostas pelo PEC.

Deste modo, em finais de 2002, foi publicada a nova Lei de Gestão Hospitalar – Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que procedeu à primeira alteração da Lei de Bases da Saúde de 1990 e estabeleceu o novo regime jurídico da gestão hospitalar.

Este diploma tem como objetivo realçar a definição de um novo conceito de rede de prestação de cuidados de saúde composta pelos hospitais públicos "tradicionais", hospitais públicos com natureza empresarial, hospitais sociedades anónimas de capitais públicos e estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos.

A finalidade desta rede de cuidados hospitalares é simular um mercado para os hospitais, onde o SNS será livre de cooperar, quer no setor público, quer no privado, interagindo numa lógica de complementaridade (Moreira, 2004).

A reforma a que o sistema hospitalar esteve sujeita teve por base dois princípios: a reorganização da oferta de cuidados de saúde e as alterações ao modelo de financiamento e de gestão (Barros, 2007). No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, foram tomadas as seguintes medidas:

- Encerramento de algumas maternidades públicas com base em critérios de segurança clínica;
- Agrupamento de duas ou mais unidades hospitalares em centros hospitalares com a mesma direção;
- Anúncio da construção de seis novos hospitais em regime de PPP.

3.1. Hospitais EPE

Na continuação da empresarialização dos hospitais em Portugal, em 2005 estes passam a adotar a figura jurídica de EPE, substituindo os Hospitais S.A., colocando em disputa o modelo mais tradicional (SPA) face a um modelo mais empresarial (EPE), cujo

objetivo era de adoção de métodos e ferramentas da gestão privada, e lhes concederia um maior grau de autonomia (Raposo, 2007).

Esta implementação governamental foi concretizada com a publicação do Decreto-Lei nº 233/2005, que determinou a transformação em EPE de 31 unidades de saúde às quais havia sido atribuído o estatuto de S.A. de capitais exclusivamente públicos.

Para a transformação de hospitais S.A. em EPE foram utilizados diversos critérios de escolha, partindo sempre de uma adesão voluntária de hospitais. Os principais critérios utilizados foram a dimensão, tipologia de atividade e representatividade regional. O processo de empresarialização hospitalar insere-se numa política de modernização e revitalização do SNS que pressupõe a adoção de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades dos utentes.

O intuito era que estas unidades disponibilizassem um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, promovendo o desenvolvimento e o mérito dos respetivos profissionais.

Contudo, as mudanças efetuadas falharam por terem privilegiado excessivamente a componente jurídica, nomeadamente as questões relacionadas com o estatuto jurídico, subestimando, em contrapartida, a intervenção na reestruturação da organização e implementação de modelos de contratualização interna com a descentralização da decisão nas linhas de produção, a aposta na gestão da informação e do conhecimento como recurso estratégico para o apoio a essa decisão e à gestão central, a implementação da gestão por objetivos, entre outros.

Com a introdução dos Hospitais EPE pretendia-se a implantação de um modelo de gestão empresarial rigoroso, e onde os utentes pudessem vir a beneficiar de melhorias muito concretas, ao nível da qualidade clínica, da facilidade de acesso a profissionais especializados e de melhoria de serviço e atendimento.

O modelo empresarial foi um modelo de gestão por objetivos, centrado no utente, que tinha por objetivo proporcionar inúmeras vantagens para estes. Também a motivação dos profissionais de saúde que prestam serviço nestes hospitais, eram um fator fundamental que assegurava o sucesso da empresarialização. Para essa motivação

acrescida, contribuíram a lógica de maior autonomia e responsabilização implícitas na nova organização, a nova cultura de serviço aos utentes e a preocupação constante na melhoria efetiva de condições de trabalho.

Outro dos propósitos da implementação da gestão empresarial nos hospitais foi de garantir um menor desperdício de recursos, bem como com a introdução da lógica de apresentação de resultados, que constituem importantes instrumentos indutores de eficiência. (Moreira, 2011).

Quanto às fontes de receita dos Hospitais EPE, a principal é gerada pelo SNS que contrata produção a cada hospital por linha de atividade. As linhas de atividade consideradas são as altas de internamento, as consultas externas, as sessões de hospital de dia e os episódios de urgência. Em média, o SNS é responsável por cerca de 80% das receitas anuais dos hospitais empresa. A restante base de receitas é assegurada pelos subsistemas de saúde, empresas seguradoras e privados (Moreira, 2011).

3.2. Parcerias público-privadas (PPP)

O modelo PPP português, tal como já foi mencionado anteriormente surge a partir do modelo implementado na década de 1990 no Reino Unido que se espalhou internacionalmente (Engel, 2013) devido a sua elevada aceitação, devido à gestão clínica não estar ao embargo do operador privado, tornando assim o modelo relativamente atraente para sindicatos, construtores e instituições financeiras (Carola, 2005).

A introdução deste modelo de saúde teve como objetivos principais a eficiente prestação de cuidados de saúde, a aceleração no desenvolvimento de infraestruturas, a adoção de um modelo de gestão mais económico, eficiente e eficaz, baseado na transferência de riscos para os operadores privados, a melhoria geral no acesso e na equidade da prestação de cuidados de saúde para as populações das áreas beneficiadas, a neutralidade de custo para o paciente, e a neutralidade de custo para o governo, garantindo que a despesa anual dos novos serviços e instalações seja pelo menos igual aos gastos históricos (Atun, 2005, Carola, 2005 & Simões, 2004).

Deste modo, o programa de PPP em Portugal surgiu pela primeira vez em julho de 2001, com a comunicação da primeira vaga de PPP na Saúde, a qual contemplava cinco Hospitais, dos quais dois corresponderiam a novas unidades Hospitalares (Sintra e Loures) e três a Hospitais de substituição (Cascais, Vila Franca de Xira e Braga).

Um ano depois, foram anunciados mais cinco Hospitais PPP, incluídos na que viria a ser conhecida como a segunda vaga de PPP da Saúde (Évora, Gaia, Póvoa do Varzim/Vila do Conde, Algarve e Guarda).

Neste período, foi também aprovado o Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto, que aprovou a introdução das PPP, contudo foi o Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril que estabeleceu as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado no âmbito das PPP.

Segundo o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, o conceito PPP é entendido como «o contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma atividade conducente à satisfação de uma necessidade coletiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado.

Para os hospitais em regime de PPP, a incluir na rede do SNS, preconizava-se que a conceção, construção, exploração e financiamento de cada uma destas unidades ficasse a cargo de entidades privadas, incluindo a prestação de serviços clínicos, por períodos de tempo de dez anos para a gestão e operação de prestação de cuidados de saúde e de trinta anos para a construção/manutenção.

Mais tarde, em 2005, com a mudança governamental, as PPP também sofreram alterações no modo de contratação. O modelo passou a incidir preferencialmente sobre a construção das infraestruturas em detrimento da gestão hospitalar, sem prejuízo dos concursos já lançados para a construção e gestão privadas dos hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e de Loures (Cabral, 2009).

As PPP surgiram, assim no SNS, como um «compromisso contratual de longo prazo entre os setores público e privado, com o propósito de assegurar o desenho, construção,

financiamento e funcionamento de uma infraestrutura pública e, concomitantemente, a provisão de um bem ou serviço até aí provido pelo setor público» (Cabral, 2009:57).

A razão que levou a adoção das PPP foram o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos e a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, sendo aplicável a projetos cujo desenvolvimento requer, da parte dos parceiros, elevadas capacidades financeira, técnica e de gestão de recursos e a manutenção de condições de sustentabilidade adequadas durante a vida do contrato.

O lançamento e a contratação da PPP pressupunham uma clara enunciação dos objetivos da parceria, definindo os resultados pretendidos e permitindo uma adequada atribuição das responsabilidades das partes (Secretária-geral da Economia, 2018).

Neste âmbito, as PPP nasceram sobre a forma de um novo instrumento de provisão e contratação da prestação de cuidados públicos de saúde que abrange tanto os cuidados hospitalares, como os cuidados primários ou os cuidados continuados de saúde (Simões, 2004).

Harfouche (2008) refere ainda que as PPP se caracterizam pela existência de uma orçamentação plurianual dos respetivos encargos decorrentes da assunção de encargos a realizar em exercícios económicos distintos. Também Simões (2004), menciona que as PPP no setor da saúde caracterizam-se por: planeamento e financiamento da responsabilidade de entidades públicas, investimento e gestão realizados por entidades inseridas no setor privado e controlo e titularidade a cargo de entidades públicas.

Estas características supramencionadas assumem particular relevância em momentos de crise económica uma vez que a opção por optar por uma PPP consiste numa oportunidade para os Estados desenvolverem múltiplas infraestruturas essenciais, sem onerar efetivamente a dívida pública e, simultaneamente permitirem uma diluição do respetivo esforço financeiro associado às elevadas despesas de capital dos projetos infraestruturais. (TC, 2008).

Nestas parcerias existem inúmeras vantagens para o setor privado, umas delas é a experiência, o know-how e a habilidade para lidar com o risco de procura (apelo a nichos específicos de mercado), a capacidade de trabalhar por objetivos e metas de

rendibilidade, de modo eficiente, agilizado e desburocratizado, os recursos técnicos e humanos disponíveis e o elevado investimento (António, 2014).

Estas parcerias também apresentam vantagens orçamentais, quer ao nível do critério do défice, quer pelo critério da dívida pública. No que respeita ao critério do défice, a vantagem traduz-se na desorçamentação temporária de despesas públicas enquanto no plano da dívida pública, a vantagem assenta no facto do Estado prover infraestruturas e serviços fundamentais à margem do seu balanço (*off balance-sheet*) (OPSS, 2008; TC, 2004).

A existência deste diferencial temporal entre o momento de conceção/construção e o de pagamento dos serviços inerente à fase de operacionalização do ativo permite, evitar no curto prazo, o impacto do investimento do Estado nas contas públicas. Deste modo numa relação do tipo PPP, «assumem-se compromissos que se repercutem nas despesas de anos futuros, na maioria das vezes por longos períodos de tempo, pelo que as mesmas têm de ser analisadas num quadro de sustentabilidade orçamental e de eficiência da despesa pública», sob pena de hipotecar o futuro das gerações vindouras (TC, 2008: 248, OPSS, 2008: 24).

Contudo e apesar das inúmeras vantagens destas parcerias, é necessário ter em conta alguns princípios que servem de base para um bom contrato em regime de PPP. Alguns destes princípios são: a implementação de um projeto-piloto, garantia de qualidade na monitorização de desempenho, definição cuidadosa de metas e restrições orçamentais para cada fase do projeto (Atun, 2005 & Simões, 2004), criação de planos de capacidade para as construções, orientações e avaliações do setor público, padronização de documentos e procedimentos de aquisição e ajuste acelerado a mudanças nas condições de mercado (Atun, 2005 & Emanuel, 2002, Simões, 2004 & Marques, 2011).

Para a concessão de uma PPP, segundo McLellan et al. (2012) há aspetos importantes a ter em conta para a gestão e planeamento eficaz. Estes aspetos têm por base uma análise cuidadosa da alocação de riscos financeiros e recompensas, análise dos mecanismos e das responsabilidades de tomada de decisão, bem como análise do quadro regulamentar e contratual aplicável, como por exemplo, sistemas de acreditação melhorados, as

políticas de direitos do paciente atualizado, e transparência no desempenho dos profissionais de saúde.

Para além disso, no que concerne à redução do risco fiscal esta exige que os custos e riscos das obrigações contratuais numa parceria devam ser identificados e quantificados antecipadamente para que de facto não se incorra em gastos fora do orçamento, adiamento de custos fiscais consideráveis, em custos de financiamento privados obscuros mais elevados ou em custos de alocação excessivos para o setor público (Atun 2005).

3.3. Desafios de Gestão Hospitalar e eficiência na gestão

O setor da saúde tem um papel fulcral no desenvolvimento social e económico de um país, contudo enfrenta com intensidade redobrada, desafios que exigem respostas coerentes e rápidas.

Em 1971, os desafios do sistema de saúde tinham como objetivos fundamentais alargar o direito à saúde dos portugueses, sobretudo na área materno-infantil, possibilitando o planeamento das atividades para melhor rentabilizar recursos e descentralizar as operações através da criação de centros de saúde, em todos os concelhos do País.

Contudo, atualmente a saúde pública portuguesa é construída num contexto bem diferente e com outro tipo de desafios, nomeadamente as grandes desigualdades sociais, o envelhecimento e urbanização, as fortes pressões económicas e financeiras, nacionais, europeias e internacionais, uma crise dos valores de solidariedade e cooperação no espaço europeu, a obtenção de benefícios da sociedade da informação, do conhecimento e da inovação, das redes sociais e dos novos media, da “medicina de precisão”, associada à sensibilidade crescente, em termos de perceção, do ponto de vista das pessoas sobre o seu estado de saúde (Saúde Publica Portuguesa, 2016).

Neste contexto, há uma pluralidade de fatores internos e externos que influenciam o setor da saúde, e a da sua interação resultarão mudanças mais ou menos acentuadas que exigirão um processo de adaptação constante, adequando a forma de governação do sistema, à organização e ao financiamento de modo a garantir a sustentabilidade e

equidade no acesso dos cidadãos à saúde. Uma mudança efetiva do sistema, adaptando-se às novas realidades organizacionais e económicas.

As entidades que prestam cuidados de saúde em Portugal, estiveram sujeita, nos últimos anos, a uma grande alteração em dois eixos essenciais, diversidade de formas de gestão de hospitais públicos com o aparecimento de PPP e o crescimento qualitativo e quantitativo do setor privado. Contudo, estes dois factos com enorme potencial, que poderiam contribuir para uma maior eficiência, não têm sido devidamente aproveitados pelos decisores políticos (Martins, 2016).

Campos (2007), ex-ministro da Saúde, numa conferência na Ordem dos Economistas em Lisboa, referiu que o sistema de saúde português, tal como os seus congéneres europeus, tem-se defrontado com grandes desafios de sustentabilidade financeira no médio prazo. As probabilidades de o setor da saúde não ser financeiramente sustentável, são elevadas devido ao elevado crescimento da despesa pública com a saúde.

Em Portugal, os gastos com a saúde têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico assumindo uma importância crescente face ao PIB, contudo esta realidade afeta também os países da UE e da OCDE.

A questão da eficiência e da eficácia do SNS português, mais do que uma questão meramente orçamental, ou até apenas económica, torna-se uma questão ética na sustentabilidade financeira do SNS. Se o SNS não for eficiente, não contribui para ganhos em saúde e jamais poderá ser justo. A ineficiência tem custos sociais elevados e irreversíveis. Portanto, as reformas de gestão, que são instrumentais em relação ao objetivo último de promoção da saúde, ganham visibilidade dupla pois podem ser um garante da sustentabilidade do próprio sistema de saúde.

O OPSS, apresentado em julho de 2017, aponta como prioridade para a reforma dos Hospitais uma revisão da sua organização interna e do modelo de gestão apostando na autonomia, na responsabilização da gestão e na aplicação de incentivos ligados ao desempenho, já que os hospitais são organizações que pela sua complexidade não são passíveis de serem geridas com o nível de centralização atualmente existente.

Os conselhos de administração dos hospitais enfrentam um espartilho centralista que os impede de gerir as suas organizações, criando condições para a ineficiência, para a deterioração das condições de trabalho e da qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, seria benéfico para os hospitais o aumento gradual da sua autonomia acompanhada de uma maior responsabilização e de uma avaliação sistemática e objetiva dos conselhos de administração. Será igualmente importante que o nível de autonomia/responsabilização seja delegado em chefias intermédias conforme proposto recentemente pelo governo ao nível dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Contudo, sem os hospitais estarem dotados de maior autonomia gestonária, a criação de CRI terá resultados muito limitados (OPSS, 2017).

Patenteado pela necessidade de uma mudança, o sistema de gestão, orçamentação, responsabilização, monitorizar do desempenho, deveria ser uma preocupação com vista à melhoria contínua, desenvolver projetos comuns e estruturantes para todos os prestadores e promover uma melhor articulação entre todos, poderia ser um bom início para promover uma gestão com vista à sustentabilidade do SNS.

A sustentabilidade do sistema de saúde português, só será alcançada com uma drástica e efetiva organização e regulação que elimine os constrangimentos atuais no seu bom funcionamento e ajude a reduzir os desperdícios.

A existência de inúmeras organizações intervenientes na gestão do SNS constitui também uma barreira burocrática no processo e agilização da tomada de decisão. Por outro lado, dificulta o desempenho da missão dos organismos do Ministério da Saúde (MS), que têm frequentemente um conflito de interesses na sua atuação. Impõe-se, por isso, redefinir a atribuição de responsabilidades aos organismos do MS.

A alocação de recursos do SNS, o controlo do desempenho económico-financeiro dos prestadores e o papel de acionista para o setor empresarial, são da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Assumindo assim a ACSS uma participação em quase todas as funções, exceto na prestação de cuidados e no licenciamento. As Administrações Regionais de Saúde (ARS) também participam em quase todas as funções, exceto na inspeção. Esta distribuição de funções gera

constrangimentos e desperdícios, além de tornar o processo de decisão moroso e conflituoso.

O conjunto dos prestadores públicos de cuidados de saúde representa cerca de 5% do PIB de Portugal, contudo não existe nenhuma entidade com a responsabilidade total pela sua gestão. Os diferentes aspetos da gestão do conjunto da oferta de cuidados de saúde estão dispersos pela ARS e pela ACSS, esta disseminação dificulta a eficácia e eficiência de gestão.

Outro dos passos que poderia ser importante num sistema de gestão eficiente seria a criação de uma agência de avaliação de tecnologias, com a missão de avaliar o valor acrescentado das novas tecnologias e propor à entidade financiadora a sua inclusão nos serviços do SNS, esta implementação teria um papel importante na sustentabilidade do SNS, pois definiria um quadro razoável de atuação, evitando dar tudo a todos independentemente dos custos associados e tendo em conta a qualidade de vida decorrente dos cuidados prestados.

Com estas alterações organizativas, haveria uma redução significativa da sobreposição de funções e dos conflitos institucionais, o que resultaria num foco maior na regulação efetiva do funcionamento do SSP, permitindo que todos os agentes do setor se centrassem na satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos.

Outro fator que seria relevante colmatar é a assimetria de informação entre prestadores e cidadãos. Sem eliminar essas barreiras o desempenho dos prestadores, não dispõe de um importante mecanismo de pressão sobre a qualidade dos serviços, contudo a ERS já começou a atuar nesta área, mas ainda há muitas arestas a trabalhar de modo a obter um sistema eficiente (Deloitte, 2011).

3.4. Serviços de saúde Pública versus Privada

Devido à falta de capacidade de dar resposta a todas as necessidades dos utentes, o setor público da saúde está a sofrer fortes mudanças em Portugal, enquanto o Estado recua, a iniciativa privada tende a avançar. Os prestadores privados de cuidados de saúde apostam cada vez mais no mercado da saúde, em alternativa ao polémico encerramento

de unidades de saúde públicas ou em consequência do aumento dos utentes com seguro (Dinis, 2008).

A possível e tão debatida insustentabilidade do SNS, motivada pelo envelhecimento da população e inovação tecnológica, poderá ter como consequência a crescente privatização do setor da saúde. O aumento da procura de cuidados de saúde privados tem tido taxas de crescimento notórias, que conduzem a uma evolução sustentada do setor privado. Esta evolução impulsiona a abertura de novos hospitais, clínicas e, consequentemente maior inovação (Dinis, 2008).

A concorrência entre os principais operadores torna-se notória devido ao aumento de oportunidades de negócio e a uma constante procura de uma maior inovação de tecnologias, infraestruturas e equipamentos (Dinis, 2008).

O setor privado da saúde assume um papel complementar ao SNS, proporcionando aos cidadãos uma maior rapidez no acesso a cuidados de saúde, maiores níveis de conforto, possibilidade de escolha de médicos, simpatia dos colaboradores, notoriedade e localização. Este tipo de prestação de serviço é procurado cada vez mais, uma vez que preenche lacunas ou contorna fragilidades, tais como a fraca cobertura dos serviços de saúde prestados, listas de utentes sem médicos de família e elevado tempo de espera para determinadas especialidades ou marcações.

Na população portuguesa, quase quarenta por cento, para além de ser beneficiária do SNS, está coberta por um subsistema de saúde público (como por exemplo a ADM, Ministério da Justiça e ADSE), privado ou um seguro de saúde (individual ou de grupo), o que, atendendo a que este financiamento está tendencialmente direcionado para prestadores privados, sinaliza a relevância expressiva que o setor privado assume no quadro nacional da saúde.

No setor privado, o grupo José de Mello Saúde mais conhecido pelas unidades CUF, cuja origem foi em 1945, é o grupo privado líder no setor privado da saúde em Portugal.

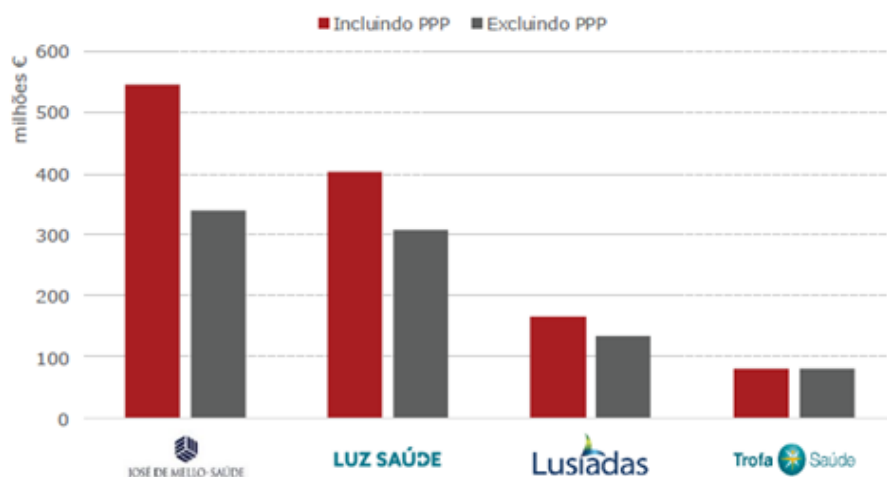


Figura 3.1: Dimensão dos maiores grupos económicos do setor privado da saúde segundo o volume de negócios (2014)

Fonte: Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados com base em dados do Sistema de Conta Integradas das Empresas do INE, dos Relatórios e Contas e de dados empresariais.

Inicialmente, a sua atuação fez-se sentir em Lisboa e, mais tarde, no Porto, estendendo-se posteriormente a outros centros urbanos.

Através das PPP com o Hospital de Braga, a José de Mello Saúde, foi alvo de distinção pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em resultado do estudo do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS).

Ainda em 2015, o Hospital de Braga foi também notável, pelo reconhecimento externo dos elevados padrões que distinguem a instituição, particularmente pela renovação da acreditação global do Hospital e da certificação ISO 9001:2008 e pelo reconhecimento do estudo da multinacional IASIST “Top 5 -A Excelência dos Hospitais” como o melhor na categoria de hospitais de média/grande dimensão, entre outros prémios.

Também em 2014, o grupo José de Mello Saúde criou o projeto “Novo Modelo de Relacionamento com o Cliente”. Este projeto tem como objetivo conhecer melhor o cliente e melhorar a sua experiência nas diferentes interações com as unidades CUF.

O projeto, que começou como piloto no Hospital CUF Torres Vedras, tem recebido uma aceitação muito positiva por parte de clientes e funcionários (Mateus et al. 2017).

Anteriormente, a temática da sustentabilidade era analisada sobretudo numa ótica orçamental ou financeira, resultando na adoção de medidas diretamente tendentes à redução de custos.

Contudo, a sensibilização para a relevância dos resultados/impactos gerados pelas medidas tomadas nos doentes, passou a ocupar o lugar de destaque. Esta medida defende que a efetiva sustentabilidade passa por maximizar a satisfação dos doentes e por lhes prestar um serviço personalizado, que também será poupador de recursos. Esta revisitação do conceito de sustentabilidade assume especial pertinência quando se tenta perspetivar o futuro do setor privado de saúde e delinear modelos de negócio que convirjam para a competitividade dos sistemas de saúde.

A passagem do paradigma do *volume-basedhealthcare* para o *value-basedhealthcare*, tem-se afigurado como especialmente adequado para as políticas de saúde, esta mudança já está a operar a nível internacional.

Esta nova abordagem do *value-basedhealthcare* pretende potenciar os melhores resultados ao menor custo/preço. Para tal, preconiza um sistema de cuidados de saúde centrado no paciente, ao invés de orientado pela oferta, o que significa passar de um enfoque no volume de serviços prestados para os resultados alcançados por doente. Esta nova abordagem implica substituir o quadro atual de sistemas fragmentados, no qual cada tipologia de prestador disponibiliza uma vasta panóplia de serviços, por um sistema no qual os serviços para condições médicas específicas estão concentradas em unidades especializadas.

Na esteira dos modelos de negócio possíveis neste novo ecossistema da saúde, identificam-se como principais fatores críticos de sucesso:

- A orientação para a inovação, não apenas nos cuidados prestados, mas também na forma como são prestados;
- O enfoque no doente, respeitando a sua individualidade e a sua “soberania”; a tónica no valor, encarado como ganho ou resultado para a saúde do indivíduo;
- O comprometimento de todos os profissionais na maximização do valor por doente;
- A quantificação rigorosa dos resultados de cada doente e sua comparação com os custos associados;
- A valorização das tecnologias digitais (Mateus et al. 2017).

3.5. Entidades Reguladoras do Setor da Saúde

Tal como já foi referido anteriormente, um dos obstáculos à eficiente gestão do SNS é a existência de varias entidades que contribuem para o funcionamento do setor de saúde, nomeadamente:

- Entidade Reguladora da Saúde (ERS);
- Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS);
- Direção Geral da Saúde (DGS);
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED);
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS);
- Administrações Regionais de Saúde (ARS).

A **ERS** exerce a sua atividade em todas as entidades públicas e privadas prestadoras de cuidados de saúde, exceto nas farmácias, está é uma entidade pública independente que regula a atividade dos prestadores de cuidados de saúde.

O objetivo essencial é verificar o cumprimento dos requisitos para o exercício da atividade e a observância dos direitos de acesso aos cuidados de saúde e dos direitos dos utentes. Cabe a esta entidade verificar o respeito pela legalidade e transparências das relações económicas entre os diversos operadores, assim como analisar a concorrência no setor da saúde.

Relativamente à **IGAS**, encontra-se sobre a administração direta do Ministério da Saúde. O seu foco centra-se em garantir que se cumpra com o legislado e a execução de elevados níveis técnicos de atuação, nos diversos campos da prestação dos serviços de saúde, seja por entidades públicas ou privadas ou ainda do âmbito social.

Esta entidade também atua sobre o sistema e controlo interno da administração financeira do Estado das instituições de saúde. São ainda funções da IGAS a prevenção e deteção de situações de corrupção e fraude, de modo a colaborar com organismos nacionais e internacionais no domínio das atribuições das inspeções gerais.

Uma outra entidade reguladora do setor da saúde é a **DGS**, que está sob a administração direta do Estado, mas que é possuidora de autonomia administrativa.

O propósito desta entidade é de regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção e prevenção de doenças, estipular condições técnicas para uma adequada prestação de cuidados de saúde bem como planejar e programar a política nacional para a qualidade do sistema de saúde. O seu objetivo é a existência de uma população mais saudável.

Outra instituição reguladora do Setor da Saúde em Portugal é o **INFARMED**, é um instituto dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O INFARMED, I.P., regula e supervisiona a área dos medicamentos, dispositivos médicos e produtos de cosmética de acordo com os mais elevados padrões de proteção da saúde pública. Garantindo que o acesso aos produtos supramencionados e que estes sejam de qualidade.

O **ACSS** é um instituto público que integra a Administração Indireta do Estado e detém autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

A sua função consiste em certificar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde (MS) e SNS, bem como das suas instalações e equipamentos. O seu foco é a definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento na saúde. Esta entidade articulada com as Administrações Regionais de Saúde endereça a sua atividade para a contratação da prestação de cuidados.

As **ARS** existentes são cinco: Administração Regional de Saúde do Norte, Administração Regional de Saúde do Centro, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Administração Regional de Saúde do Alentejo e Administração Regional de Saúde do Algarve. Relativamente à população que lhes está adstrita as ARS têm que assegurar o seu acesso aos cuidados de saúde, através de uma boa correspondência entre os recursos disponíveis e as necessidades populacionais. As ARS também têm que fazer com que se cumpram as políticas e programas de saúde na sua área de intervenção (Carvalho et al. 2011)

3.6. O SNS e a Troika

A despesa de saúde como percentagem do PIB nacional entre 2000-2008 cresceu a uma taxa média anual de 2,3%, superior ao crescimento do PIB, com esta tendência o SNS viu-se obrigada a adotar diversas medidas de controlo de despesa.

Posto este cenário, o Programa do XIX Governo reconheceu a necessidade de agir, através de medidas de racionalização das despesas, contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores de cuidados de saúde e dos recursos utilizados com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS, com definição clara da função de regulação e de financiamento (PWC, 2011).

No entanto apesar dos esforços de contenção de custos antes da entrada da Troika em Portugal em 2011, nada impediu que esta viesse a impor várias medidas de modo a melhorar a eficiência e eficácia no sistema de saúde, induzindo um uso mais racional dos serviços e controlo dos gastos.

Alguns dos objetivos impostos a Portugal alusivos ao Setor da Saúde, passaram pelas seguintes reestruturações:

- Redução do custo geral orçamentado dos esquemas de saúde para os empregados do governo (ADSE, ADM) e Divisão de Assistência na Doença (SAD) baixando a contribuição do estado e ajustando a abrangência dos benefícios de saúde;
- Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática por médico individual em termos de volume e valor, face às diretrizes de prescrição e as dos seus pares;
- Induzir os médicos em todos os níveis do sistema, tanto públicos como privados, para prescreverem medicamentos genéricos, menos onerosos que os produtos disponíveis de marca;
- Estabelecer regras claras para a prescrição de medicamentos e a realização de exames complementares de diagnóstico (diretrizes de prescrição para os médicos) com base em diretrizes internacionais de prescrição;

- Remover todas as barreiras à entrada efetiva de medicamentos genéricos, nomeadamente através da redução dos obstáculos administrativos/legais, a fim de acelerar o reembolso da utilização de genéricos;
- Estabelecer um calendário para proceder à liquidação de todas as contas a pagar a fornecedores nacionais a 90 dias e introduzir procedimentos de controlo dos compromissos, padronizados para todas as entidades para evitar o ressurgimento de contas em atraso;
- Redução dos custos operacionais dos hospitais, que inclui a redução no número de pessoal de gestão, como resultado da concentração e racionalização dos hospitais estatais e dos centros de saúde;
- Estabelecer um sistema para comparar o desempenho hospitalar (*Benchmarking*) e produzir relatórios periódicos anuais, o primeiro a ser publicado no final de 2012;
- Instaurar e assegurar a plena interoperabilidade de sistemas de tecnologias de informação nos hospitais, de modo a que a ACSS possa reunir informações em tempo real sobre as atividades hospitalares e elaborar relatórios mensais para o Ministério da Saúde e Ministério das Finanças;
- Continuar com a reorganização e racionalização da rede hospitalar por meio da especialização e concentração de serviços hospitalares e de emergência e gestão conjunta;
- Atualizar anualmente o inventário de todos os médicos ativos por especialidade, idade, região, centros de saúde e hospitalares, setores públicos privados de modo a identificar os médicos ativos e projetar as necessidades atuais e futuras em cada uma das categorias;
- Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde, dentro e entre regiões de saúde. Adotar para todos os funcionários, em regime de tempo flexível, com o objetivo de reduzir em pelo menos 10% os gastos na compensação de horas extras em 2012 e outros 10% em 2013. Implementar um

controlo mais rigoroso dos horários de trabalho e atividades do pessoal no hospital;

- Finalizar a instalação de um sistema eletrónico de registos médicos dos pacientes;
- Reduzir os custos de transporte de pacientes num terço (Memorando da Troika, 2011).

3.7. Paradigma atual do SNS e a União Europeia

Em Portugal, o financiamento público para cuidados de saúde prestados à população é dos mais baixos da EU28 (*European Union*). Em 2015, comparativamente com alguns dos países da UE28, Portugal, através dos seus representantes, decidiu atribuir ao sistema de saúde 8,9% do PIB um ponto abaixo da média da UE28 (9,9%), mais de dois pontos abaixo da Alemanha, Suécia e França, e quase dois pontos a menos do que a Holanda e a Dinamarca (OPSS, 2017).

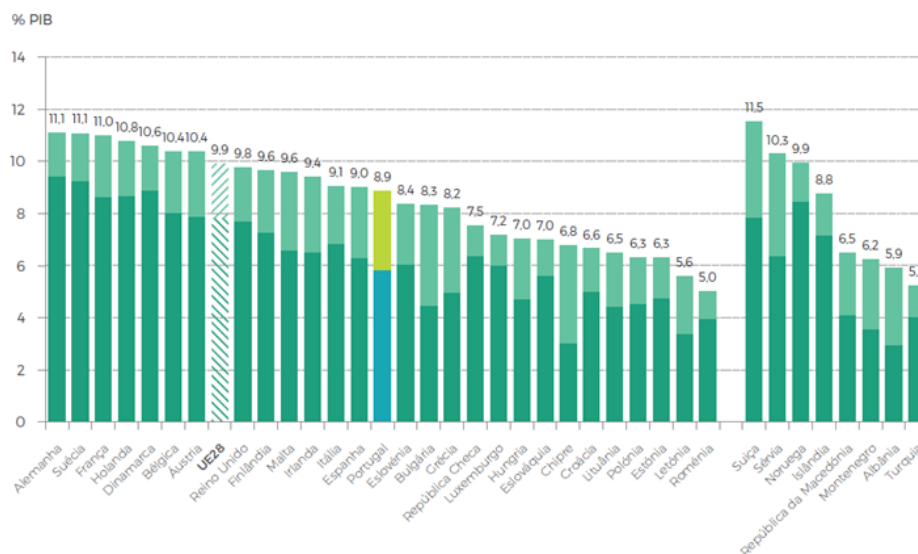


Figura 3.2: Percentagem de despesa em saúde PIB 2015

Fonte: OPSS, 2017

Relativamente à despesa com medicamentos em Portugal, apenas 55% da despesa é pública, em comparação com a Alemanha que é 83%, a França 71% e o Reino Unido 66% (OPSS, 2017).

As despesas em saúde estão abaixo das registadas em muitos outros países da UE, tendo Portugal gasto 1.989 euros per capita em cuidados de saúde em 2015, cerca de 30% abaixo da média da UE (2.797 euros). Estas despesas equivalem a 9% do PIB, sendo a média da UE de 9,9%.

Não obstante de Portugal ser dos países com despesa mais baixa per capita, o aumento contínuo das despesas em saúde que se fez registar desde 1995 sofreu uma inversão a partir de 2010, altura em que a recessão económica e as medidas de consolidação orçamental reduziram a despesa em quase um ponto percentual, de 9,8% para 9% do PIB em 2015, contra uma média da UE de 9,9%.

Outro fator a referenciar no setor da saúde em Portugal, é a falta de equidade no acesso aos cuidados de saúde. Em 2015, 5,4% das pessoas de agregados familiares de baixos rendimentos declararam não ter efetuado um exame médico necessário por razões financeiras. Este valor encontra-se acima da média da UE de 4,1%.

O acesso equitativo aos cuidados de saúde é alcançado com a isenção do pagamento de taxas moderadoras, visto que as pessoas afetadas por problemas financeiros e as que estão inseridas num determinado grupo de doentes, estão isentas do pagamento de taxas moderadoras e do preço total dos medicamentos.

Relativamente às taxas moderadoras, estas foram revistas em 2016, e sofreram uma redução pela primeira vez, alargando ainda os grupos com direito a isenções, incluindo os desempregados, as mulheres grávidas, os menores de 18 anos, os dadores de sangue e as pessoas afetadas por determinadas patologias.

Outro dos maiores obstáculos no acesso aos cuidados de saúde em Portugal são os tempos de espera e a distribuição geográfica desigual das instalações. No entanto, em 2015, apenas 0,1% dos elementos mais pobres da população declararam ter necessidades não satisfeitas de exames médicos devido à distância, menos 0,2% do que a média da UE.

Outra disparidade reconhecida, em Portugal, é o acesso aos recursos de saúde segundo a região geográfica, uma vez que nas diferentes regiões e entre municípios existem diferenças significativas nos indicadores de riqueza e de saúde, nomeadamente quando

se compara as grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e as regiões do interior. Muitas das pessoas que vivem nas zonas rurais estão em risco de pobreza e defrontam-se com obstáculos, nomeadamente a distancia, que dificultam o acesso a serviços de saúde de qualidade. Além disso, os profissionais de saúde concentram-se nas zonas costeiras, na Grande Lisboa e no Grande Porto.

Os dados apontam também para a existência de grandes disparidades geográficas na distribuição dos profissionais de saúde do SNS por profissão, assim como na distribuição das instalações públicas de cuidados de saúde primários. A falta de disponibilidade de serviços está patente no número de utentes do SNS sem médico de família atribuído. Em 2015, havia cerca de 1,2 milhões de utentes do SNS sem médico de família, embora estes doentes pudessem aceder a consultas de recursos. A atribuição de um médico de família promove a uma melhoria na qualidade do acompanhamento dos doentes. De certo modo, como resposta a esta situação, o Governo tentou simplificar o processo de recrutamento de novos médicos de família para abreviar o tempo de colocação efetiva. Com esta medida em 2016, a percentagem de utentes do SNS com médico de família era de 92,1% da população.

A crise económica internacional teve também um grande impacto em Portugal, tendo levado o país a adotar um Programa de Ajustamento Económico (PAE). Um dos principais desafios das medidas de execução do PAE prendia-se com a garantia da sustentabilidade financeira do SNS. Uma vez que a sustentabilidade orçamental a longo prazo era e é dificultada pela ausência de uma estratégia global para enfrentar os custos dos cuidados de saúde decorrentes do envelhecimento, em especial das doenças crónicas, uma vez que grande parte das despesas do sistema de saúde está relacionada com a prestação de cuidados a pessoas afetadas por doenças crónicas.

A curto prazo, os riscos para a sustentabilidade financeira do SNS aparenta um défice na qualidade da gestão financeira, nomeadamente no planeamento e execução orçamental nos hospitais, que está na origem de atrasos crescentes nos pagamentos a fornecedores. As medidas governamentais não parecem ser suficientes para garantir a liquidação dos pagamentos em atraso ou impor um controlo firme das despesas. (OECD, 2017).

Capítulo IV: Estudo empírico

4. Objetivos e hipóteses de investigação

Tendo em conta os desafios do SNS, referidos anteriormente, o objetivo central desta dissertação centra-se na análise de sustentabilidade económico-financeira do setor da saúde, é de referenciar que de um modo geral os hospitais portugueses estão sujeitos a uma estrutura de custos muito pesada face aos proveitos, por outro lado evidencia-se ainda a falta de autonomia financeira e de gestão dos hospitais, o que promove a desresponsabilização e a ineficiente de gestão.

Considerando o objetivo geral proposto, iremos orientar a investigação tendo por base as seguintes hipóteses:

1. Verifica-se que a estrutura de custos se encontra adequada à realidade existente?
2. As estruturas de capitais e o endividamento tendem a obter melhores resultados?
3. Existem indícios de melhores indicadores nas Parcerias público-privadas?
4. Os impactos da Troika foram benéficos nos resultados?

O desafio deste estudo, tal como já referido anteriormente, prende-se com o setor de atividade e com a análise da informação que nem sempre é suficiente nem clara.

4.1. Metodologias de investigação

O enquadramento metodológico é fulcral em qualquer trabalho de investigação, pois é através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que vão ser processadas (Fortin, 2009).

4.1.1. Fase de investigação

4.1.1.1. Recolha e seleção de dados

Após a definição do objetivo desta investigação importa apresentar a abordagem da estratégia realizada e o plano de ação para atingir os resultados pretendidos, bem como, a metodologia de investigação prosseguida, sendo que, esta se insere na metodologia de estudo de caso.

Para a realização do trabalho de investigação proposto foram utilizadas como fontes de dados os Relatórios e Contas da amostra de 2009 a 2016, os relatórios de Auditoria do Tribunal de Contas das entidades geridas através das PPP, as Demonstrações Financeiras disponibilizadas na base de dados SABI, assim como os dados *Benchmarking* Hospitalar disponibilizados até à data na página oficial do SNS.

Efetuada a compilação dos dados foi possível efetuar a construção da base de dados que permitiu a composição dos vários rácios de análise económico-financeiros.

4.1.1.2. Limitações e constrangimentos ao estudo

No decorrer da investigação foram surgindo algumas limitações e obstáculos, relevantes de serem mencionados e expostos nesta dissertação pois podem adulterar alguns resultados.

A primeira deve-se ao facto de se querer comparar e analisar duas molduras jurídicas diferente, uma vez que na presente investigação são analisadas e comparadas as EPE e as PPP, apesar de o objetivo social ser o mesmo, a base de gestão é diferente. No entanto, a análise dos indicadores *Benchmarking*, tal como se irá abordar, tem como finalidade eliminar este obstáculo e padronizar realidades distintas.

Outra das limitações foi encontrar entidades que tivessem disponíveis todos os Relatórios e Contas aprovados no período que se pretendia estudar. Estavam ainda disponíveis os RC não aprovados pelo Tribunal de Contas de 2009 até 2016.

A fiabilidade da informação económico-financeira produzida foi outra grande limitação nos Relatórios e Contas, o que tem levado as Auditorias a efetuar sucessivas reservas.

E por último, mas não menos importante prende-se com o encaixe da aplicação dos custos e proveitos poderem ser diferentes, o problema da especialização de exercícios, o reconhecimento dos custos e dos proveitos podem estar a ser reconhecidos em períodos diferentes do momento em que ocorre.

4.1.2. Definição da amostra

O objetivo inicial era de incluir uma amostra maior, abrangendo hospitais da região Sul, do Centro e do Norte, nomeadamente do interior e do litoral do país, incluindo as grandes áreas metropolitanas do Porto e de Lisboa, contudo era condição necessária que existissem dados financeiros disponíveis entre 2009 e 2016.

No entanto, após se ter verificado que existem lacunas na disponibilização da informação financeira de vários Centros Hospitalares de diferentes regiões, optou-se por selecionar uma amostra menor, de diferentes pontos geográficos.

A escolha da amostra recaiu em quatro pontos essenciais, nomeadamente a localização geográfica, a disponibilização da informação, o tipo de entidade (EPE e PPP) e serem considerados ou não como centros universitários. Deste modo, selecionou-se: o Centro Hospitalar do Porto, EPE; o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE; o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE; o Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE; o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidente, EPE; o Centro Hospitalar do Barreiro e do Montijo, EPE; o Hospital de Cascais, PPP e o Hospital de Braga PPP.

Assim a amostra compreende seis centros hospitalares em regime E. P.E e dois hospitais geridos por entidades privadas, em regime PPP.

- **Centro Hospitalar do Porto E. P.E (CHP)**

O CHP iniciou a sua atividade em setembro de 2007 e é um hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Foi constituído como um centro de referência, pelo Despacho n.º 4319/2013, de 25 de Março, onde se praticam o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência.

A área de influência do CHP é composta por todas as freguesias da cidade, com exceção de Bonfim, Paranhos e Campanhã e pelo concelho de Gondomar, com uma população de cerca de 3.317.773 habitantes em 2016.

Os recursos humanos do CHLO distribuem-se do seguinte modo:

Tabela 4.1: Recursos Humanos do CHP

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	4164	4446	4329	4082	4048	3955	4080	4158

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016

Os grupos profissionais dos Médicos, dos Enfermeiros, dos Técnicos Superiores de Saúde e dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, no seu conjunto, representam 65% do total de efetivos.

Apesar do número de contratações ter aumentado, continuam a verificar-se reduções sucessivas do número de efetivos em Contrato de Funções Públicas por tempo indeterminado.

Relativamente ao número de camas obtivemos os seguintes dados:

Tabela 4.2: Número de camas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	1061	1027	1198	1116	1101	1131	1168	1250

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016

Verifica-se que existe um acréscimo de 15% do número de camas ao longo do período de análise.

- **Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO)**

O CHLO é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, dotado de personalidade jurídica autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, que foi criado em 29/12/2005, através do Decreto-Lei n.º 233-2005, de 29 de dezembro.

De acordo com o Decreto-Lei supramencionado, o CHLO integrou por fusão com os Hospitais de Egas Moniz, Hospital de Santa Cruz e o Hospital de São Francisco Xavier, tendo este como objetivo principal a prestação de serviços de saúde à população, assim como desenvolver atividades de investigação, formação e ensino.

A área abrangida pelo CHLO é constituída pelos concelhos de Oeiras, Cascais, Lisboa, Amadora e Sintra e serve uma população de mais de 993.000 habitantes.

Relativamente ao número de recursos humanos distribuem-se do seguinte modo no período de análise:

Tabela 4.3: Recursos humanos do CHLO

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHLO	4337	4331	4203	4058	3863	3741	3914	3807

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016

Houve um decréscimo de 14% do número de colaboradores entre 2009 e 2016.

Relativamente ao número de camas denotou-se um decréscimo de 8% ao longo do período de análise.

Tabela 4.4: Número de camas do CHLO

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHLO	875	855	862	805	802	795	782	813

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016

- **Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (CHCB)**

O CHCB encontra-se localizado no interior centro de Portugal, mais concretamente na região da Cova da Beira. Foi criado pelo Decreto-Lei n.º 426/99 de 21 de outubro e inaugurado em janeiro de 2000, integrando o Hospital Pêro da Covilhã e Hospital do Fundão, sendo este composto por duas unidades hospitalares, o Hospital Pêro da Covilhã, na Covilhã e o Hospital do Fundão, no Fundão.

Além deste centro ter como finalidade a prestação de cuidados de saúde para uma população de cerca de 88.000 habitantes, tem ainda como missão promover o ensino das ciências médicas de enfermagem e das tecnologias da saúde, fomentar a investigação clínica e científica, com ênfase para a área dos ensaios clínicos, onde se testam fármacos e dispositivos médicos.

Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior peso na distribuição de efetivos, seguido dos Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicos e Médicos.

A idade média dos médicos do CHCB gera alguma preocupação relacionada com a redução significativa de colaboradores nos próximos anos, 43 dos médicos têm mais de 55 anos, representando cerca de 38% dos efetivos médicos atuais, deste total de efetivos, 67% são do género feminino. Devido a estes fatores é provável uma redução

significativa dos colaboradores nos próximos anos, uma vez que a maioria dos profissionais médicos preferem trabalhar em grandes cidades em detrimento do interior.

O número de camas de internamento do CHCB, excluindo o número de camas de Berçário, distribui-se do seguinte modo pelos anos de estudo:

Tabela 4.5: Número de camas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHCB	342	340	318	318	310	310	300	289

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016

No período de análise assistiu-se a um decréscimo de 18% do número de camas.

- **Centro Hospitalar do Barreiro e do Montijo, E. P.E (CHBM)**

O CHBM foi criado a 1 de novembro de 2009 com a natureza de EPE, através do Decreto-lei n.º 280/2009, e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo.

Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a Instituição serve uma população de cerca de 215.497 habitantes, de acordo com a publicação do Instituto Nacional de Estatística (INE), com base nas estimativas anuais da população residente.

Os recursos humanos do CHBM distribuem-se do seguinte modo, persistindo a tendência de envelhecimento dos profissionais, sendo que mais de 37% dos profissionais têm idade superior a 50 anos.

Tabela 4.6: Recursos humanos do CHBM

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHM/B		1670	1658	1602	1549	1517	1609	1720

Fonte: Relatórios e Contas de 2010 e 2016

Os enfermeiros e os médicos são a classe profissional de maior predomínio, com tendência crescente, seguindo assim a tendência geral de crescimento.

Em termos de lotação anual o CHBM distribui-se do seguinte modo:

Tabela 4.7: Número de camas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHM/B		398	374	355	375	342	352	351

Fonte: Relatórios e Contas de 2010 e 2016

Tal como a tendência dos anteriores Centros Hospitalares no CHBM existiu um decréscimo de 13% no número de camas entre 2010 e 2016.

- **Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE (CHEDV)**

O CHEDV com sede em Santa Maria da Feira, foi constituído através do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro de 2009 e veio agregar o Hospital de São Sebastião, EPE (Santa Maria da Feira), o Hospital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis).

Esta instituição é responsável pela prestação de cuidados de saúde de uma população de aproximadamente 350.000 habitantes, dos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra e Ovar. Atualmente o CHEDV inclui também na sua área de influência algumas freguesias do concelho de Castelo de Paiva.

Além da prestação de cuidados de saúde, faz parte da sua missão a participação no ensino e na formação, pré e pós-graduada do pessoal técnico de saúde e o desenvolvimento de linhas de investigação clínica.

Os números de colaboradores que prestam serviços nesta entidade distribuem-se do seguinte modo, no período de análise:

Tabela 4.8: Número de colaboradores

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHEDV	1435	1442	1458	1448	1448	1556	1615	1707

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016

O aumento no número de colaboradores foi evidente, verificou-se que o mesmo teve um acréscimo de 16%.

Relativamente ao número de camas o CHEDV tem à sua disposição cerca de 400 camas:

Tabela 4.9: Número de camas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHEDV	403	409	381	384	384	397	397	397

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos Relatórios e Contas

O número de camas sofreu uma diminuição de 2%.

- **Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE (CHVNG/E)**

O CHVNG/E foi criado através do Decreto-Lei nº 50 - A/2007, de 28 de fevereiro, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda de Espinho, com natureza de EPE.

O CHVNG/E é das poucas estruturas hospitalares a nível nacional com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde: desde o doente agudo, através do seu Serviço de Urgência Polivalente, passando pelos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados continuados e de reabilitação.

Esta instituição presta assistência a cerca de 700.000 habitantes, servindo a populações dos concelhos de Vila Nova de Gaia e Espinho e toda a população de Entre Douro e Vouga.

O CHVNG/E têm a seu serviço a seguinte estrutura de Recursos Humanos:

Tabela 4.10: Número de colaboradores

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHVNG/E	2943	3021	3059	3206	3121	3004	3089	3264

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016 e Sabi

O acréscimo do número de colaboradores foi de 10% entre 2009 e 2016.

Relativamente ao número de camas este conta com a seguinte disponibilidade:

Tabela 4.11: Número de camas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHVNG/E	531	540	544	550	550	550	578	s.inf

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016 e Sabi

Verificando-se um aumento de 8% do número de camas entre 2009 e 2015.

- **Hospital de Cascais Dr. José de Almeida**

O Hospital de Cascais encontra-se gerido sobre o regime de PPP, que iniciou atividade a dia 1 de janeiro de 2009 e foi celebrado entre o Estado Português representado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. a HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A. e a TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, S.A.

O modelo adotado para este hospital assenta num contrato celebrado com duas entidades gestoras: a Lusíadas Saúde para o estabelecimento hospitalar responsável

pela prestação de cuidados de saúde e a Teixeira Duarte para o edifício responsável pela construção, financiamento, conservação e exploração do novo edifício. O contrato tem o prazo de 30 anos para o edifício hospitalar e 10 anos para a prestação de cuidados de saúde, renováveis até ao prazo máximo de 30 anos¹.

A sua área de influência direta abrange o concelho de Cascais, na área materno-infantil, para além do concelho de Cascais, esta unidade hospitalar estende a sua influência ao concelho de Sintra, nomeadamente às freguesias de Algueirão-Mem Martins, Pero Pinheiro, Colares, São João das Lampas, Sintra (Santa Maria e São Miguel), Sintra (São Martinho), Sintra (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem, abrangendo 296.340 habitantes.

O número de trabalhadores do Hospital de Cascais aumentou consideravelmente, nos últimos anos, contudo este aumento foi sustentado pelo aumento dos proveitos operacionais.

Tabela 4.12: Número de colaboradores

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hospital de Cascais	808	1067	945	981	944	940	978	1000

Fonte: Dados consultados através da plataforma Sabi

A contratação de mais pessoal, ocorrida em 2010, coincidiu com o ano da transferência para o Novo Edifício Hospitalar, e teve como base a necessidade de recrutamento de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica de modo a constituir um corpo clínico que respondesse às exigências do perfil assistencial previsto no Contrato de Gestão e que preenchesse a nova estrutura de recursos humanos.

Relativamente ao número de camas, este tem cerca de 277 camas de Internamento.

¹ Consultado no dia 23 de outubro de 2018 no site oficial:
<http://www.hospitaldecascais.pt/pt/hospital/Paginas/dados.aspx>

- **Hospital de Braga**

O Hospital de Braga é um hospital público, gerido em PPP pelo Grupo Melo, localizado na freguesia de São Victor em Sete Fontes, cidade situada no concelho de Braga em Portugal.

Esta parceria foi realizada em fevereiro de 2009 entre o Estado Português, através da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e as Sociedades Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. e Escala Braga – Sociedade Gestora do Edifício, S.A., esta parceria engloba os Contratos de Gestão, conceção, construção, organização e funcionamento do Hospital de Braga.

É caracterizado ainda por ser um Hospital Central e universitário, sendo este o Hospital base para os concelhos de Amares, Braga, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde. É ainda o Hospital de referência do Minho, com uma população de cerca de 1.200.000 habitantes e uma capacidade de internamento em média de até 705 camas.

Segundo o Relatório de Auditoria à Execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, a operação do Hospital de Braga traduziu-se num aumento da oferta de cuidados de saúde. As consultas externas aumentaram cerca de 99% entre 2009 e 2015 e a atividade do internamento e ambulatório, médico e cirúrgico, superaram as espetativas iniciais.

O número de colaboradores ao serviço do Hospital de Braga também foi alvo de ajuste, entre 2009 e 2016 houve um aumento de 655 colaboradores, que corresponde a uma subida de 26%.

Tabela 4.13: Número de Pessoas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hospital de Braga	1894	1964	1894	2143	2290	2305	2453	2549

Fonte: Relatórios e Contas de 2009 e 2016

Em janeiro de 2017, foi noticiado que os dados do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde mostram que o Hospital de Braga tem a nota mais alta entre os 160 estabelecimentos públicos, privados e sociais sob escrutínio.

Após a apresentação mais detalhada da nossa amostra, apresenta-se um resumo dos dados mais relevantes da amostra:

Tabela 4.14: Resumo da amostra

	Natureza Jurídica	População média (hab.) (2016)	N.º Camas (2016)	Recursos Humanos (2016)	Total de Capital Proprio (2016)	Reconhecido como centro Universitário
CHP	EPE	3.317.773	1.132	4.158	-12.786.649	SIM
CHLO	EPE	993.000	824	4.032	-3.153.342	SIM
CHCB	EPE	93.000	316	1.267	-14.806.805	SIM
CHBM	EPE	215.497	364	1.618	-18.765.227	NÃO
CHEDV	EPE	350.000	394	1.514	60.680.947	NÃO
CHVNG/E	EPE	700.000	549	3.040	38.105.450	NÃO
Hospital de Cascais	PPP	296.340	277	958	11.126.503	NÃO
Hospital de Braga	PPP	1.200.000	705	2.187	-27.504.029	NÃO

A amostra apesar de ser reduzida consegue traduzir várias realidades existentes no SNS.

4.1.3. Definição das variáveis

Os primeiros rácios surgiram através de grandes empresas, como a Du Pont, Ford e a GM, visando o acompanhamento dos resultados. A partir daí, os rácios foram associados a resultados financeiros e permanecem como prática na maioria das empresas (Kaplan e Norton, 1996 citado por Ferreira, 2013), incluindo assim cada vez mais uma componente estratégica que abrange a seleção de investimentos e respetivas fontes de financiamento, reconhecendo metas para o desinvestimento e o controlo dos diferentes níveis de rentabilidade (Breia et al. 2014). A análise dos rácios financeiros tem sido utilizada para fins preditivos, como a previsão do fracasso, ou não, das empresas como a avaliação do crédito e com a avaliação do risco (Ponikvar et al, 2009).

Segundo Neves (2012) os rácios são a técnica mais usada pela análise financeira, consistindo no estabelecimento de relações entre contas e agrupamento de contas do balanço, da demonstração de resultados e da demonstração de fluxos de caixa.

Nesta componente, os rácios explicam qualquer evolução e situação da empresa, nomeadamente para comparar o desempenho económico da empresa e a sua evolução no tempo (Neves, 2012).

Por sua vez Breia et al. (2014) resume os rácios como a técnica de relacionar grandezas, servindo ainda para comparar empresas e respetiva evolução, sublinhando que "*os rácios não constituem o diagnóstico, mas sim um meio auxiliar de diagnóstico, não dispensando a inteligência e o sentido crítico do analista*", uma vez que existe algumas limitações ao uso dos rácios, podendo ser estas determinadas distorções ou incorreções de elementos contabilísticos.

Neste sentido, a análise económica e financeira pode ser interna, através da gestão financeira corrente e/ou estratégica ou pode ser externa, que consiste na avaliação e graduação do risco associado a um financiamento ou investimento.

Ao analisar a posição financeira da empresa, o analista procura avaliar o equilíbrio no curto prazo assim como a sustentabilidade desse equilíbrio no longo prazo, bem como possíveis medidas de melhoria.

Algumas das análises económica e financeira de uma empresa, prendem-se com a articulação entre:

- Equilíbrio Financeiro - curto e longo prazo;
- Rendibilidade - retorno dos capitais utilizados;
- Risco - condicionantes no futuro do equilíbrio e rendibilidade;
- Sustentabilidade - ou razoável expectativa de continuidade.

Contudo existem alguns obstáculos inerentes à análise económica e financeira, sendo estes as fontes de informação contabilísticas, ou seja, a informação insuficiente apresentada nas Demonstrações Financeiras, a falta de credibilidade em alguns casos, a deficiente prática de confirmação/validação de valores, o atraso na informação contabilística, a utilização de elementos contabilísticos influenciados por critérios fiscais e as deficientes práticas de confirmação de valores (Breia, et al. 2014).

A utilização dos rácios vai depender do que se pretende analisar e qual a natureza dos fenómenos que pretendem medir e analisar, utilizando dados que poderão ser de natureza financeira, económica, económico-financeira ou técnica.

Neste sentido, podemos enumerar, nomeadamente, os seguintes rácios:

- Rácios financeiros - apreciam os aspetos que se relacionam unicamente com a estrutura financeira, a capacidade de endividamento e a solvabilidade;
- Rácios económicos - pretendem revelar os aspetos da situação económica, como a estrutura de custos, a estrutura dos proveitos, as margens e a capacidade de autofinanciamento;
- Rácios económico-financeiros - analisam os aspetos económicos financeiros, como sejam a rentabilidade dos capitais, as rotações dos diferentes elementos do ativo;
- Rácios de funcionamento - ajudam a explicar os impactos financeiros da gestão ao nível do ciclo de exploração, como por exemplo os rácios dos prazos médios de pagamento e recebimento;
- Rácios técnicos - procuram revelar aspetos relacionados com a produção e as atividades em geral, expressando-se normalmente em unidades físicas ou comparando unidades económico-financeiras com unidades físicas (Neves, 2012).

Contudo, os rácios não são um fim em si nem dão respostas, são um instrumento de apoio que permite sintetizar uma grande quantidade de dados e comparar o desempenho económico e financeiro das empresas e a sua evolução no tempo. Recorrem a este método todas as pessoas que têm responsabilidades de gestão, os analistas financeiros, os bancos, as sociedades financeiras e as empresas especializadas na venda de informação comercial e financeira (Neves, 2012).

A análise financeira através de rácios torna-se mais coerente se existir uma base de comparação, e normalmente a base de comparação é o orçamento, no caso de analistas internos. No entanto, quando são analistas externos, como não têm acesso a essa informação interna, procuram efetuar uma base de comparação histórica (Neves, 2012). Nesta comparação, a compreensão da evolução e das “contradições ou incongruências” associadas (indicadores de alarme ou red flags), são essenciais analisar (Breia, 2017).

Deste modo, torna-se fundamental a uniformização dos dados para análise uma vez que facilita a comparabilidade e simplifica a adequação aos objetivos de análise das contas empresa (Matarazzo, 2010).

4.1.3.1. Indicadores Financeiros

De modo a resumir e sintetizar a informação de várias grandezas, com a finalidade de comparar o desempenho económico e financeiro, foram utilizados vários rácios que estudam as seguintes grandezas:

- Com o objetivo de estudar a liquidez e o equilíbrio financeiro de curto prazo foi utilizado o rácio de **Liquidez Geral (LG)**, que tem como propósito estudar a liquidez e equilíbrio do financeiro de curto prazo, ou seja, a capacidade de uma empresa satisfazer compromissos exigíveis no curto prazo. Se a $LG < 1$, a totalidade do ativo corrente é inferior aos compromissos da empresa até um ano, de um modo geral significa se o ativo corrente é suficiente para fazer face ao passivo de curto prazo (Breia et al. 2014).

No entanto e apesar dos níveis "razoáveis" de liquidez serem um indicador a ter em consideração na análise financeira, a história recente revela que muitas empresas em situação grave de risco de insolvência (com base na generalidade dos modelos de previsão de falências) podem apresentar um fundo de maneiio positivo.

A renovação/reestruturação de créditos de forma sistemática levou ao atraso do reconhecimento dos problemas. Esta é um dos motivos porque não se tem considerado como relevantes, nos modelos de previsão de falências, indicadores de liquidez. Estes índices são frequentemente indicadores retardados. Deste modo, estudos recentes consideram a liquidez como um indicador retardado, refletindo mais as consequências do que as causas (Breia, 2017).

- Para analisar o endividamento e a estrutura de capitais de médio e longo prazo foi utilizado a **autonomia financeira** que avalia o grau de empenho dos sócios no financiamento dos ativos (Breia et al. 2014). A autonomia financeira expressa a participação do CP no financiamento da empresa. O valor da autonomia

financeira encontra-se entre zero e um, dado que os capitais próprios não podem ser superiores ao valor do próprio. Quanto maior for o nível dos Capitais Próprios (CP), maior é o nível de autonomia financeira da empresa aproximando-se de um, revelando que a empresa é menos dependente de capitais alheios e apresenta valores mais baixos de encargos financeiros, beneficiando assim a sua rentabilidade. Se o valor for 1, significa que a empresa é financiada a 100% por capitais próprios, logo não têm dívidas a terceiros (Neves, 2011).

- Nos rácios de funcionamento e eficiência, que procuram analisar os níveis de eficiência na gestão de recursos, utilizamos os **prazos médios de pagamento (PMP)** a fornecedores. PMP a fornecedores muito elevados (Exemplo 180 dias) podem, eventualmente, indicar dificuldades de tesouraria (Breia et al. 2014).
- Relativamente aos rácios de **Rendibilidade** que procuram relacionar o lucro da organização com a dimensão expressa por meio de vendas ou dos ativos, mostra o retorno auferido pela empresa ou utilização dos ativos durante um certo período de tempo. Estes rácios de rentabilidade procuram desmistificar a rentabilidade dos capitais investidos, ou seja, o resultado das operações realizadas por uma organização, analisando a situação económica da empresa (Iudícibus, 2009). Assim sendo, para estudar a sustentabilidade do equilíbrio a longo prazo optou-se pelos seguintes rácios:
 - ✓ **Rendibilidade Operacional das Vendas (ROV)** - exprime os ganhos obtidos em termos operacionais por cada unidade monetária de volume de negócios, avaliando o retorno em termos de resultados operacional, obtidos por conta do volume de negócios realizado;
 - ✓ **Rendibilidade Líquida da Vendas (RLV)** - este rácio analisa a relação entre os resultados e as vendas, ou seja, mede o lucro da empresa por cada euro vendido e indica a totalidade do desempenho da empresa, incluindo gastos de financiamento e impostos. A rentabilidade líquida das vendas mensura o resultado líquido sobre as vendas e prestações de serviços;
 - ✓ **Rendibilidade dos Capitais Próprios (RCP)** - avalia o grau de eficiência de utilização dos fundos próprios, logo quando mais elevado for este rácio mais

atraente será a empresa para os investidores, não obstante em alguns casos pode não ser calculada, caso se verifique que o CP seja inferior a zero;

- ✓ **Rendibilidade Operacional do Ativo (ROA)** - Identifica os resultados, antes de gastos financeiros e impostos sobre o lucro e operações extraordinárias, por cada euro de ativo utilizado na exploração.

Contudo e apesar de os rácios serem uma medida de análise à situação económica das empresas "*não existe nenhum padrão internacional para os rácios financeiros. Vale muito mais um pouco de reflexão e bom senso do que a aplicação cega das fórmulas (...). Os rácios financeiros não são uma bola de cristal (...): ajudam a fazer as perguntas certas, mas raramente fornecem as respostas*" (Brealey et al. 2006).

Tabela 4.15: Descrição das Variáveis (Indicadores Económico-Financeiros)

Indicadores	Fórmulas
Liquidez geral	$LG = \frac{\text{Activo de Curto Prazo}}{\text{Passivo de Curto Prazo}}$
Autonomia Financeira	$AF = \frac{\text{Capiatais Próprios}}{\text{Activo Total}}$
Prázo Medio de Pagamento	$PMP = \frac{\text{Fornecedores}}{(\text{Compras} + \text{FSE})} * 365$
Rendibilidade Operacional das Vendas	$ROV = \frac{\text{Resultado Operacional}}{\text{Volume de Negócios}}$
Rendibilidade Líquida das Vendas	$RLV = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Vendas}}$
Rendibilidade dos Capitais Próprios	$RCP = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Capitais Próprios}}$
Rendibilidade Operacional do Ativo	$ROA = \frac{\text{Resultado Operacional}}{\text{Activo Total}}$

Fonte: Elaboração Própria segundo Breia et al. 2014

A tabela 4.15 apresenta as fórmulas como foram calculados os rácios que posteriormente serão apresentados para análise.

4.1.3.2. Indicadores assistenciais

De modo a obter uma visão mais ampla e completa da realidade existente na amostra, optou-se por incluir alguns indicadores assistenciais, esta inclusão também facilitará a comparação entre os diferentes tipos de gestão existentes em cada Unidade Hospitalar.

Tabela 4.16: Indicadores assistenciais

Indicadores	Fórmulas
Receitas Totais por Colaborador	$\frac{\text{Proveitos Operacionais}}{\text{Numero de Pessoas}}$
Peso dos custos c/ Pessoal nos custos operacionais	$\frac{\text{Custos C/Pessoal}}{\text{Custo Operacional}}$
Custo médio por colaborador	$\frac{\text{Custos com pessoa}}{\text{N.º de colaboradores}}$

Fonte: Elaboração Própria

A análise de indicadores assistenciais é essencial numa análise financeira, deste modo os indicadores que serão utilizados encontram-se na tabela 4.16.

4.1.3.3. Benchmarking Hospitalar

A Gestão *Benchmarking* refere-se ao contínuo e sistemático processo de avaliação dos produtos, serviços e processos das organizações, esta visa a aplicação das melhores práticas de gestão, com o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da organização (Talluri & Sarkis, 2002). Pode ser descrito como a análise de estratégias, funções, processos, produtos ou serviços, performance, etc. comparando internamente ou externamente com as organizações de topo, de modo a obter informação sobre o método apropriado de recolha de dados, com o objetivo de obter a informação sobre o standard atual, de forma a atingir uma melhoria através da implementação de alterações que resultarão na obtenção do valor máximo ou mesmo excedendo o *Benchmark* (Anand & Rambabu 2008).

Uma pesquisa feita pela Chambre de Commerce et d'Industrie estima que 50% de 1000 empresas usam *Benchmarking* regularmente e 80% consideram-na como uma abordagem para a mudança (Maire et al., 2005).

Desde a década de 80 que esta prática tem vindo a crescer, em especial no setor da saúde, impulsionada pelas reformas realizadas no setor público, nomeadamente no Reino Unido e nos Estados Unidos da América ou em países escandinavos (Triantafillou, 2007).

No setor da saúde Mosel e Gift 1994, definem *Bechmarking* como um modelo de medição e comparação de resultados de processos chaves, realizados pelos melhores performers, cujo objetivo é aprender como adaptar estas melhores práticas, para atingir melhorias nos processos. Esta ferramenta teve origem na indústria japonesa e rapidamente foi difundida através dos círculos da indústria competitiva internacional.

Os fatores que contribuem para o sucesso passam por projetos bem definidos, seleção de um parceiro baseado em critérios claros, envolvimento de acionistas, indicadores simples e bem estruturados, análise do processo e os seus resultados, e passam ainda pela adaptação do método considerado superior segundo os moldes da estrutura definida.

Este processo e os seus fatores de sucessos podem produzir inputs relevantes para melhorar a gestão de operações de hospitais de especialidade (van Lent et al. 2010). Devendo ser estudado tendo em conta os métodos de programação matemáticos, quando estão associados às técnicas de estatísticas, que permitem obter decisões com base nos resultados (Barr et al. 1994).

Os indicadores de avaliação hospitalares são usualmente agrupados em três dimensões da avaliação, tendo em conta a qualidade da atividade hospitalar: estrutura, processos e resultados, sendo necessário definir um padrão, que usualmente é definido com base na análise comparativa das unidades a avaliar (Donabedian, 1980).

Realizar *Benchmarking* implica criar referências quantitativas comuns, que não se baseiam em opiniões ou valores, mas sim em medidas concretas de produtividade. A partir destas referências, a experiência sugere que um mecanismo quase automático e iniciado, já que a comparação obriga as organizações a agir (Triantafillou, 2007).

Em relação ao carácter, podem definir-se do seguinte modo:

- Estilo competitivo, que pode ter origem na comparação efetuada com os concorrentes diretos (Anderson, 1999; Morgan, Mugatroyd, 1994), ou que visa a comparação das melhores práticas a nível interno ou externo (Reis & Reis, 2006).
- Estilo colaborativo que consiste na comparação das melhores práticas entre organizações e ou departamentos;
- Estilo cooperativo que resulta da entreajuda de modo a alcançar as melhores práticas;
- Estilo funcional que resulta da comparação com outras organizações de outros setores de atividade, mas que executam a mesma tarefa e cujo nível tecnológico seja idêntico;
- Estilo genérico: consiste na comparação com outras organizações independentemente do setor de atividade (Anderson, 1999).

Em relação à forma, o *Benchmarking* poder-se-á classificar de associado, que consiste na definição de um único processo e conseqüente comparação com as organizações que melhor o trabalham, poderá ainda ser classificado consoante os objetivos definidos a atingir comparando-os com os resultados obtidos ou poderá ser classificado como comparação de estatísticas de desempenho, que é o mais habitual no setor público (Ammons, Coe, Lombardo, 2001).

No setor hospitalar, em 2013, entrou em vigor o Dashboards de *Benchmarking*, com periodicidade trimestral baseados no modelo desenvolvido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), com a finalidade de aumentar a transparência e partilha de informação com a comunidade numa perspetiva de construção do mercado público de prestadores de cuidados de saúde².

² Consultado no dia 23/10/2018, no site oficial http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento

Relativamente ao Doente-Padrão que é uma medida de eficiência que iremos abordar mais à frente, é introduzida neste contexto e determinada pela relação de custos. O cálculo baseia-se na transformação da atividade hospitalar por natureza heterogénea numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades.

Importa esclarecer que o cálculo de doente padrão não incorpora as especificidades particulares e toda a carteira de serviços das entidades hospitalares.

Esta medida é um índice de comparação que permite agregar as várias linhas de produção (internamentos médicos e cirúrgicos, ambulatório médico e cirúrgico com Grupos de Diagnostico Homogéneo (GDH), ambulatório médico sem GDH, consultas externas, episódios de urgências, outras linhas de produção).

Esta metodologia tem vindo a ser usada pela ACSS nas avaliações da performance das unidades hospitalares do SNS, com a utilização da codificação dos GDH para agregar a produção codificada de internamento e de ambulatório, mediante os índices de case mix de cada linha de produção, e a utilização dos preços relativos para determinar a quantidade de doentes padrão das outras linhas de produção.

A metodologia tem como finalidade padronizar hospitais e centros hospitalares com características muito diversas. Esta padronização permite a comparação de hospitais, mesmo que as linhas de produção sejam muito diferentes e dispensa ajustamentos adicionais, que comprometeriam o realismo da comparação.

O doente padrão ajustado permite assim comparar diretamente dois hospitais, mesmo que o perfil de especialidades de ambos seja bastante diferente. Uma alternativa, menos realista, seria harmonizar o perfil de especialidades, cingindo-se à análise apenas das especialidades presentes em ambos os hospitais. Ao fazer isso, em comparações com múltiplos hospitais, a comparação resultaria apenas na comparação de um conjunto de serviços e especialidades comuns entre todos (ACSS, 2013).

4.2. Análise Financeira com base em rácios

4.2.1. Análise da DR e do Balanço

Por muito elevados que sejam os capitais próprios de uma empresa, esta apenas será sustentável se for capaz de gerar resultados que permitam remunerar o capital investido e liquidar o passivo.

- **Rendimentos**

Esta classe evidencia os rendimentos do período, integrando os réditos e os ganhos. Os réditos correspondem aos rendimentos obtidos em consequência da atividade da entidade: vendas e prestações de serviço. Os ganhos respeitam os rendimentos obtidos que não constituem a atividade da empresa, onde se enquadram os donativos recebidos, subsídios à exploração e os proveitos suplementares (Rodrigues, 2017).

Tabela 4.17: Proveitos Operacionais

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	235.362.306	248.417.131	244.484.916	241.719.516	244.486.651	262.647.424	262.502.666	271.763.905
CHLO	234.533.709	227.336.688	215.650.478	207.101.174	216.794.595	199.932.211	204.320.983	222.777.937
CHVNG/E	160.583.947	166.150.251	158.632.418	156.701.409	160.974.184	161.426.577	155.702.000	s.d
CHEDV	85.436.403	92.838.124	85.572.329	79.916.995	78.039.357	76.949.182	80.778.461	80.941.679
CHBM	80.244.279	70.384.317	60.189.599	63.579.669	71.768.893	74.728.930	64.585.922	63.992.454
CHCB	60.648.549	60.813.597	46.818.503	46.601.164	43.985.545	53.249.091	42.785.266	58.219.516
Hospital de Cascais	55.096.052	61.803.841	69.283.580	63.339.799	68.873.480	69.618.846	71.434.610	75.326.356
Hospital de Braga	36.499.549	121.179.293	104.442.000	123.579.265	142.897.365	147.582.130	153.619.027	152.583.230

Fonte: Elaboração própria segundo os dados do Relatórios e Contas

Uma boa parte da tendência crescente dos proveitos operacionais do CHP esteve relacionada com o cumprimento do Contrato-Programa devido ao índice de diferenciação existente na prestação de serviços de saúde. Entre 2009 e 2016, a tendência foi de melhoria nos proveitos operacionais, entre este período o crescimento dos proveitos operacionais foi de 13%. Este crescimento esteve associado ao crescimento da faturação de programas específicos, nomeadamente o programa de tratamento da Polineuropatia Amiloidótica Familiar, destacando-se a prestação de cuidados de saúde distintos e o incremento de novos doentes. No entanto, esta evolução positiva foi atenuada parcialmente pela quebra dos preços do Contrato-Programa, na generalidade das linhas de produção e nos preços do internamento. O ano de 2016, que

registrou um crescimento dos proveitos operacionais de 3%, ficou marcado pelo incremento dos proveitos por via de verbas de convergência³ no valor de 10.500.000€, concedido a título excecional e mediante o cumprimento das obrigações e de 5.000.000€ destinados à cobertura do custo com pessoal, resultante das decisões dos acórdãos do Tribunal Constitucional em repor os cortes salariais ocorrido nos anos anteriores.

No CHLO, os proveitos operacionais, entre 2009 e 2016, sofreram uma variação de -5%, principalmente devido à redução dos preços dos Contrato-Programa e ao reembolso de medicamentos por integração dos subsistemas de saúde, ADSE, ADM e SAD e à redução dos preços do Contrato-Programa. Em 2013, a tendência decrescente foi revertida e o CHLO apresentou uma evolução positiva devido à adenda ao Contrato-Programa, registando um crescimento de 5% face ao ano homólogo. No ano de 2015 e 2016, apesar de se terem evidenciado melhorias nos proveitos operacionais comparativamente com o ano 2014, esta também foi influenciada pelo impacto positivo da Adenda ao Contrato-Programa.

Relativamente ao CHVNG/E, os proveitos operacionais entre 2010 e 2016 ficaram marcados por uma redução de 3%, principalmente devido à redução dos preços unitários. A variação positiva que decorreu em alguns períodos entre 2010 e 2016 foi impulsionado pelo crescimento das prestações de serviços que representam 98,6% dos proveitos operacionais, ocupando assim um papel relevante nos resultados da empresa. De um modo geral, a evolução dos proveitos operacionais fica marcada por uma tendência decrescente ao longo do período de análise.

No CHEDV, a evolução das vendas, entre 2009 e 2016, ficou marcada por um crescimento de 0,2%. Este fraco crescimento teve por base principalmente a degradação dos preços de pagamento dos serviços de saúde e a redução dos incentivos/subsídios (-39%). Em 2015 e 2016, verificou-se uma recuperação do volume de negócios e dos proveitos operacionais, comparativamente com 2014, devido aos aumentos dos preços

³ Este modelo de financiamento baseia-se na remuneração da produção realizada pelos hospitais em resultado do cumprimento de um Contrato-Programa.

da produção estabelecido, verificando-se assim uma tendência contrária à registada em 2014.

Em relação ao CHBM, a evolução dos proveitos operacionais, no período em análise, ficou marcada por uma acentuada redução na ordem dos 25%, principalmente devido à alteração dos preços de convergência originado pela quebra de produção existente.

As variações negativas existentes em 2010/2011 foram fruto das alterações dos preços do Contrato-Programa, devido à quebra de produção, levando assim a uma diminuição na execução do Contrato-Programa, nomeadamente no que diz respeito ao internamento e às consultas externas na Urgência e no Ambulatório, registando-se uma diminuição geral em todas as linhas de produção.

Em 2012 e 2014, os proveitos evidenciaram um crescimento face ao período homólogo, fruto do reforço do Contrato-Programa por via da inclusão de verba de convergência no montante de 3.700.000€, não previsto no Contrato-Programa de 2011 e a uma injeção de verba adicional de 10.400.000€ para pagamento da dívida a fornecedores e pela compensação por acréscimo de gastos com pessoal.

Relativamente ao CHCB, a evolução dos proveitos operacionais entre 2009 e 2016, também foi pouco satisfatória, a mesma ficou marcada por um decréscimo na ordem dos 4%, principalmente devido à redução das prestações de serviços e dos proveitos suplementares. Devido a esta constante diminuição dos proveitos, em 2012 e 2013, foi atribuída a verba de 1.700.000€ e de 5.000.000€ respectivamente. Este plano de convergência foi acionado para promover o reequilíbrio financeiro do hospital. Em 2014, o CHCB foi também dotado com um plano de convergência 8.200.000€, com o objetivo de aproximar os custos operacionais dos proveitos. O ano de 2015 devido à ausência de plano de convergências, as prestações de serviços teve um decréscimo de 19% a nível de proveitos, havendo ainda um decréscimo significativo nos subsídios à exploração. O ano de 2016 foi também marcado pela atribuição de um plano de convergência de 14.970.000€ a título extraordinário, originando assim um aumento de 19% nas prestações de serviços. No entanto, a nível dos proveitos, verificaram-se reduções importantes nos subsídios à exploração decorrentes da inexistência de estágios profissionais comparativamente com o ano homólogo.

Deste modo a sustentabilidade e o equilíbrio financeiro do CHCB esteve diretamente relacionada com os constantanes injeções de capital através de verbas de convergência, que permitiram ao CHCB igualar os proveitos operacionais aos custos operacionais.

Relativamente ao Hospital de Braga, foi registado um aumento progressivo dos proveitos operacionais desde 2009 até 2016, assinalando um crescimento de 76%, sustentado essencialmente pelo crescimento dos proveitos operacionais, devido ao aumento da diversidade das prestações de serviços. Entre 2012 e 2015, o Hospital de Braga, apesar de ter desacelerado o seu crescimento, manteve sempre uma evolução positiva originado pelo aumento da oferta dos cuidados de saúde, o que levou a um aumento de 99% das consultas externas entre 2009 e 2015, levando assim a um crescimento dos proveitos operacionais.

No Hospital de Cascais desde 2009, ano de transição para o regime de Parceria Público-Privada, que as prestações de serviços têm evidenciado um crescimento notório. Entre 2009 e 2016, registou-se um crescimento de 27%. A produção realizada após a transferência para o Novo Edifício Hospitalar foi na sua maioria superior à produção negociada para cada um dos anos entre 2009 e 2012. Em 2010 e 2011, houve um crescimento de 11% nos proveitos operacionais e 2012 foi o único ano onde se evidenciou uma evolução negativa dos proveitos operacionais. Nos restantes anos, até 2016 os proveitos operacionais evidenciaram um crescimento apesar de ser a um ritmo mais moderado que os anos anteriores.

De um modo geral, os proveitos operacionais da nossa amostra tiveram um decréscimo entre 2011 e 2012, anos que coincidem com a presença da Troika em Portugal e da imposição de várias medidas de austeridade que contemplavam o setor da saúde. Entre 2013 e 2016, reverteu-se esta tendência e os proveitos operacionais tiveram um crescimento na generalidade das entidades da amostra.

- **Gastos com pessoal**

A redução e controlo dos custos com o pessoal foi um dos objetivos da Troika para o setor da saúde, contudo e apesar das reduções terem sido notórias, este é o gasto que maior impacto tem nos custos operacionais.

Tabela 4.18: Gastos com pessoal 2009 – 2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	141.845.158	141.628.560	124.868.905	116.057.942	119.649.973	122.483.045	121.107.031	131.075.809
CHLO	119.503.478	119.732.040	106.556.640	99.814.615	103.632.117	100.634.110	101.055.746	106.932.980
CHCB	38.147.600	37.759.614	34.231.051	32.940.352	32.925.659	32.935.889	33.239.596	33.719.527
CHMB	10.391.668	51.567.153	46.399.104	43.143.200	43.467.335	42.289.527	42.832.791	45.947.732
CHEDV	50.802.420	54.032.757	47.785.415	46.519.259	46.710.555	45.627.368	46.885.170	51.107.448
CHVNGE	88.651.599	91.251.371	84.002.782	85.264.624	90.251.092	89.197.141	90.295.120	s.d
Hospital de Cascais	25.494.297	34.961.124	30.092.779	25.861.750	28.859.702	28.557.151	29.809.481	30.383.796
Hospital de Braga	20.975.176	61.771.459	59.947.896	59.224.906	63.868.625	65.189.940	67.501.755	71.149.309

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

De modo a dar respostas às medidas de contenção de custos impostas pela chegada da Troika a Portugal, em 2011 e 2012 houve uma redução de gastos desta natureza. Esta redução não foi apenas devido à redução do número de profissionais de saúde, mas foi também devido aos cortes nos subsídios de férias, congelamento dos aumentos salariais, redução de efetivos e redução de horas extraordinárias. Estas medidas de austeridade emanadas pela Troika tiveram consequências de um modo transversal em todas as entidades do SNS.

No entanto a partir de 2013, os custos com o pessoal apresentaram um aumento gradual até 2016, invertendo-se a variação negativa assinalada nos dois anos anteriores: 2011 e 2012. O ano de 2016 foi o ano que evidenciou um maior aumento de custos desta natureza devido às reposições salariais, alteração dos vencimentos dos enfermeiros, ao aumento do salário mínimo e devido a novas contratações. Este panorama foi visível de um modo geral em todas as entidades do SNS.

No Hospital de Braga, registou-se uma tendência contrária. Houve um aumento de 66% do custo com pessoal de 2009 para 2010. Contudo, esta variação foi devido à reestruturação requerida pela Parcerias Público-Privado.

- **Fornecimentos e serviços externos**

Relativo aos FSE os mesmos tiveram uma redução, tal como os custos com pessoal, com a chegada da Troika a Portugal.

Tabela 4.19: Fornecimentos e serviços externos

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-28.225.921	-28.151.461	-28.535.298	-27.516.528	-26.477.025	-27.043.504	-28.296.549	-30.939.422
CHLO	-36.666.729	-35.476.088	-32.909.845	-29.239.967	-27.481.213	-26.139.445	-26.808.587	-25.576.250
CHCB	-10.991.721	-10.519.566	-10.728.900	-10.948.332	-11.524.309	-11.428.946	-11.209.976	-10.198.776
CHMB	2.775.162	15.206.184	13.848.725	12.026.434	11.647.746	11.455.031	11.915.643	12.664.148
CHEDV	14.558.790	14.522.383	13.314.358	12.324.336	11.355.665	11.528.701	12.408.417	12.664.148
CHVNGE	17.894.044	18.216.900	16.730.030	21.250.712	17.136.644	17.697.146	20.416.827	s.d
Hospital de Cascais	25.474.000	34.961.000	30.093.000	25.862.000	s.d	s.d	s.d	s.d
Hospital de Braga	5.272.000	16.160.000	23.718.000	21.674.000	23.445.000	23.586.000	23.504.000	24.707.000

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No CHP, verificou-se um aumento de 9% de custos com FSE entre 2009 e 2016, impulsionado principalmente pelo incremento das rubricas de subcontratos, decorrente da aquisição de meios de terapêutica de longa duração.

No CHLO, o decréscimo que se verificou entre 2009 e 2016, foi de 43% e ocorreu principalmente devido à diminuição dos custos com subcontratos de meios complementares de diagnóstico, honorários, que foram parcialmente transferidos para a rubrica de custos com pessoal e despesas em trabalhos especializados nomeadamente em despesas com a alimentação, limpeza/higiene e conforto. Em 2015, houve uma tendência contrária devido ao aumento dos meios complementares de diagnóstico e aos honorários. O ano de 2016 foi o ano que apresentou valores mais baixos, o que mais contribuiu para esta redução foi os subcontratos de meios complementares de diagnóstico, os combustíveis e as rendas e alugueres. No entanto, a rubrica de trabalhos especializados aumentou, devido ao aumento da prestação de serviços médicos, o que se pode concluir que os custos com pessoal são maiores do que os refletidos no quadro anterior de custos com pessoal.

No CHCB, também se registou um decréscimo de 8% entre 2009 e 2016. A diminuição registada nos FSE foi principalmente devido à diminuição da rubrica de subcontratos, nomeadamente nos meios complementares de tratamento. Esta foi uma medida de otimização dos serviços internos, contudo verificou-se uma variação positiva nos custos com a eletricidade, alimentação e nos honorários devido à prestação de serviços médicos.

Relativamente ao CHBM, verifica-se que a redução registada de 19%, entre 2010 e 2016, foi fruto essencialmente da redução dos subcontratos com a prestação de serviços médicos realizados por empresas externas. Em 2015 e 2016, os custos com FSE

representa um aumento de 4% e 7% face aos seus homólogos, destacando-se o aumento na rubrica de subcontratos (meios complementares de diagnóstico e terapêutica), transporte de doentes e vales cirúrgicos enviados para o exterior.

No CHEDV, comparando o ano de 2009 com 2016 houve uma redução significativa de 79%, contudo os serviços médicos continuaram a ter um grande impacto no custo total dos FSE. A redução, existente entre 2010 e 2013, verificou-se devido à diminuição dos custos com a eletricidade os meios complementares de terapêutica e de diagnóstico e os honorários. Esta redução coincidiu com o período de contenção de custos impostos aos hospitais no período da Troika. No entanto entre 2014 e 2016, sentiu-se o efeito contrário aos anos anteriores que consistiu num aumento de FSE, devido aos custos que mais contribuíram para este aumento relacionados com encargos com a conservação e reparação, honorários e vigilância e seguranças.

Os FSE, no CHEDVE/G entre 2009 e 2015, tiveram um aumento de 12%, essencialmente devido ao aumento dos custos com o consumo de água e energia elétrica, ao acréscimo verificado no recurso a trabalho temporário e ao recurso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Relativamente ao Hospital de Braga, o mesmo teve um crescimento de 79%, entre 2009 e 2016, este crescimento teve por base a transição para regime em PPP. Para este aumento as rubricas que mais contribuíram foram os subcontratos, trabalhos especializados, honorários, eletricidade, combustíveis e água.

No Hospital de Cascais, apesar de o acesso à informação ter sido reduzida, conseguiu-se apurar que existiu um aumento deste custo no período de análise por força do aumento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, subcontratação de serviços clínicos e de apoio clínico, trabalhos especializados, honorários, limpeza e higiene e serviços de alimentação e reciclagem e tratamento de resíduos hospitalares.

Deste modo, verifica-se que na amostra os honorários e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica estão intrinsecamente relacionados com a variação positiva nos FSE. Assim sendo, apura-se que existe uma grande interdependência entre as entidades prestadoras de serviços de saúde, no que se refere aos meios complementares

de diagnóstico e terapêutica e que os custos com pessoal acabam por estar camuflados na rubrica de honorários.

Outro aspeto transversal às entidades prestadores de serviços de saúde, é a redução generalizada dos FSE entre 2011 e 2013. Esta redução ocorreu no mesmo período em que a Troika impôs mediadas de contenção de custos para Portugal, nomeadamente para o setor da saúde.

- **CMVMC**

O controlo de custos com as matérias-primas para o setor da saúde também foi um objetivo a alcançar segundo as disposições da Troika, principalmente na promoção e prescrição de medicamentos genéricos e no controlo de exames complementares de diagnóstico.

Sustentado por estas imposições e devido à rígida contenção de custos o ano de 2012 ficou marcado também por uma diminuição geral dos CMVMC transversal a todas as entidades do SNS.

Tabela 4.20: Evolução dos Custos das Matérias-Primas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	91.457.972	91.449.150	101.006.620	99.922.886	103.010.940	104.505.616	113.194.812	119.224.832
CHLO	96.207.214	98.246.781	94.645.677	77.320.030	77.050.612	72.561.266	76.089.200	81.731.772
CHCB	12.316.313	12.352.269	12.526.033	11.454.014	11.341.102	11.411.761	11.890.681	11.748.789
CHM/B	20.728.273	20.736.538	21.054.642	18.352.268	17.136.811	16.914.500	17.840.624	18.519.290
CHEDV	18.738.140	20.965.881	21.169.345	19.375.029	19.075.972	19.500.705	19.620.015	20.397.959
CHVNGE	46.877.887	48.170.629	48.078.161	48.019.040	50.043.975	51.539.574	56.413.107	s.d
Hospital de Cascais	15.395.147	16.346.125	17.681.469	16.148.154	15.271.572	15.040.565	15.987.115	17.054.712
Hospital de Braga	11.246.853	37.125.946	42.438.962	43.885.233	45.309.697	48.898.009	52.207.312	53.384.974

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No CHP entre 2009 e 2016, houve um aumento de 23% dos CMVMC, apenas manteve uma tendência decrescente em 2012, pois nos restantes anos verificou-se um aumento progressivo. O maior aumento ocorreu em 2015 e em 2016, sendo este de 8% e 5%, respetivamente. Na base deste aumento, estiveram os custos incorridos com medicamentos e dispositivos médicos muito pelo grau de diferenciação, existente no hospital bem como pelo aumento do número de doentes com patologia crónica. É importante ainda referir que este aumento vai ao encontro com o aumento das prestações de serviços.

Relativamente ao CHLO, os CMVMC tiveram uma evolução negativa de 18% entre 2009 e 2016, indo ao encontro com a evolução das prestações de serviços para o mesmo período. O ano 2016 foi o ano que apresentou um crescimento mais significativo dos CMVMC, situado nos 7%, devido ao aumento do consumo de medicamentos, por recomendação da DGS e do INFARMED, em particular para o tratamento de VIH e Hepatite C.

No CHCB, registou-se também uma evolução negativa entre 2009 e 2016 dos CMVMC (-5%), tal como as prestações de serviços efetuadas. O aumento mais significativo ocorreu em 2014 e 2015, e foi influenciado pelo aumento dos Produtos Farmacêuticos, subjacente ao consumo de medicamentos devido ao tratamento de doentes com Hepatite C.

O CHMB segue a mesma tendência de redução dos CMVMC. Entre 2009 e 2016, registou-se um decréscimo de 12%, indo ao encontro com a redução das prestações de serviços. Entre 2009 e 2011, os custos nesta rubrica mantiveram uma tendência crescente, contudo em 2012, 2013 e 2014 registou-se um decréscimo de 23% nestes três períodos. Para este decréscimo contribuíram principalmente os produtos farmacêuticos e o material de consumo hoteleiro. Em 2015 e 2016, notou-se um acréscimo de 5% e 4% respetivamente, que foi originado pelo aumento dos produtos farmacêuticos.

No CHEDV, a tendência foi contrária ao anteriormente analisado, entre 2009 e 2016 registou-se um aumento de 8% nos CMVMC, devido a um aumento dos custos dos produtos farmacêuticos. Em 2012 e 2013, houve uma tendência contrária devido a um decréscimo acentuado nos custos com os produtos farmacêuticos na sequência do acordo celebrado entre o Ministério da Saúde e a Apitaram e em 2012 e 2013 os CMVMC apresentavam uma redução de 9% e 2% respetivamente. Relativamente às prestações de serviços, estas sofreram a mesma evolução que os CMVMC.

Quanto ao CMVMC no CHNVG/E, este manteve também uma tendência crescente entre 2009 e 2015 tendo registado um crescimento de 17%. Este crescimento teve por base principalmente o aumento do consumo de medicamentos e material clínico devido à internalização de cirurgias. Em 2015, o crescimento acentuado teve origem no

aumento dos custos com produtos farmacêuticos e materiais de consumo clínico na área da cardiologia de intervenção. A prestação de serviços registou a mesma tendência.

No Hospital de Cascais, tal como nas prestações de serviços, os CMVMC ficaram marcados por uma subida de 10%. Este crescimento foi sustentado principalmente pelo aumento dos produtos farmacêuticos.

Em relação ao Hospital de Braga, em todos os períodos de análise verificou-se uma tendência crescente dos CMVMC e entre 2009 e 2016 registou-se um crescimento de 79%, sendo os custos com consumíveis, o principal responsável por este crescimento. Esta tendência esteve diretamente associada ao aumento considerável das prestações de serviços tanto em termos quantitativos como qualitativos.

Deste modo, na generalidade das entidades em análise, dentro do período em estudo, os CMVMC desfrutaram da mesma evolução, que ficou marcada pela redução deste custo em 2012 e 2013 face a 2011 e pelo aumento generalizado deste custo entre 2014 e 2016. É ainda relevante salientar que o período onde se denotou um decréscimo está situado no intervalo de tempo da permanência da Troika em Portugal, o que poderá justificar esta redução de custo na generalidade da amostra.

- **BITDA**

O EBITDA, *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* (resultado antes de juros, impostos, amortizações e depreciações) é um indicador financeiro na análise financeira de uma empresa ou organização obtido através da demonstração de resultados. O EBITDA é utilizado para financiar os investimentos em bens, financiar as necessidades de fundo de maneoio, pagar impostos, cumprir o serviço da dívida e criar reservas (Rodrigues, 2017).

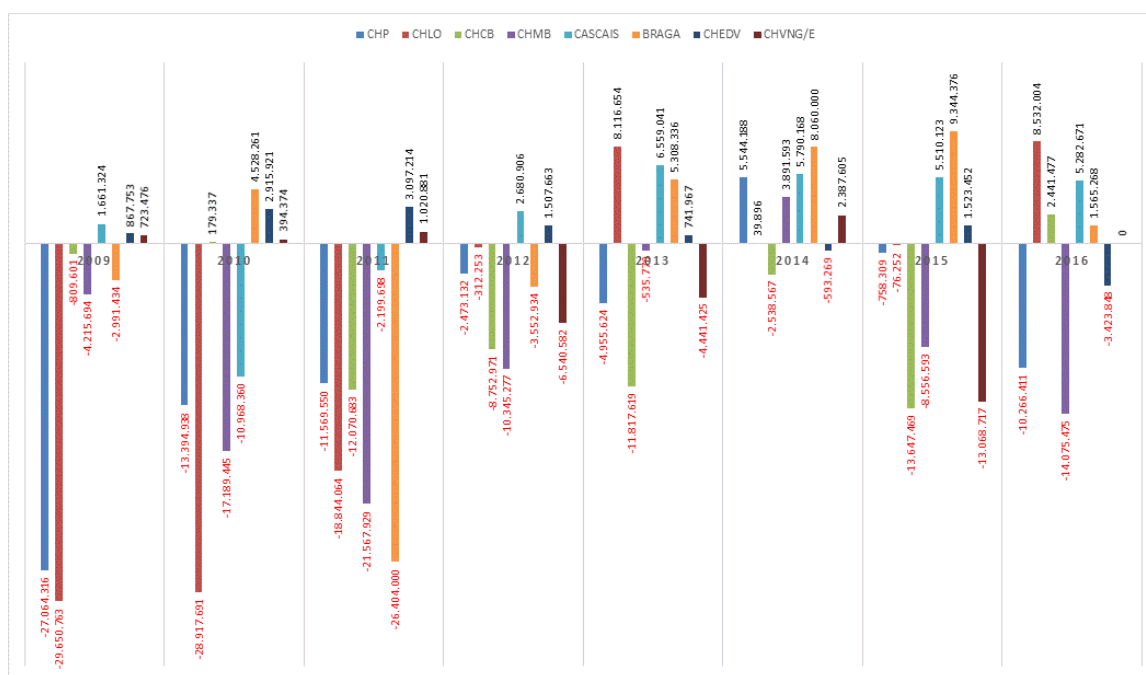


Figura 4.3: Evolução do EBITDA 2009-2016

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No CHP, devido à integração de quatro unidades resultaram défices de grande dimensão que consumiram o capital social. No entanto e apesar de ser negativo, a situação evidenciou sinais de melhoria progressiva até 2015, alcançando um EBITDA e um RLE positivo em 2014, fruto do crescimento dos proveitos. Contudo, em 2015 e 2016, os resultados tiveram um decréscimo acentuado, e em 2016 alcançou um EBITDA e um RLE negativo. Tais resultados derivam de um crescimento generalizado dos custos operacionais que não foram proporcionais ao crescimento dos proveitos.

Relativamente ao CHLO, desde 2009 que apresenta uma evolução positiva no EBITDA, apesar de 2009, 2010 e 2011, terem sido os anos com os piores resultados. Em 2013, 2014 e 2016, o EBITDA alcançou valores positivos, todavia estes resultados foram influenciados pela verba extra que derivou da Adenda ao Contrato, apesar de existir um esforço contínuo de controlo e contenção de gastos.

O CHCB, no período em análise, encontra-se numa fase de forte contenção da despesa, devido aos fracos resultados obtidos ao longo dos últimos anos provocados pelos elevados custos fixos associados a este setor de atividade, levando assim a um EBITDA sucessivamente negativo. Por estas razões surgiram as constantes necessidades de verba

adicional, que tinha como objetivo aproximar os proveitos dos custos operacionais. A estrutura de custos existente, não é suportada pelos proveitos apurados no âmbito do modelo de financiamento, resultando num desequilíbrio financeiro, não permitindo o crescimento da atividade. O ano que apresentou melhores resultados foi 2014, fruto de um aumento de proveitos, no entanto para este crescimento contribuiu a verba de convergência.

Relativamente ao CHBM, o EBITDA constantemente negativo à exceção de 2014, revela um sinal de alarme para a sustentabilidade deste Centro Hospitalar. Por sua vez, os RL negativos avultados em todos os períodos de análise geraram um agravamento da estrutura do Balanço, esta situação não coloca em causa a sua continuidade, mas sim o seu carácter empresarial, a sua sustentabilidade e solvabilidade. A estrutura de custos existente no CHBM em nenhum dos anos de análise foi suportada pelos proveitos apurados no âmbito do modelo de financiamento, resultando assim num desequilíbrio financeiro e levando a um EBITDA extremamente negativo em 2016. Este resultado foi fruto de um crescimento de 6% dos custos operacionais face a uma descida de 1% dos proveitos operacionais comparativamente com 2015. A situação económico-financeira não deixa de ser alarmante, uma vez que só em 2016 os custos operacionais superavam em 22% os proveitos operacionais.

No CHEDV, as medidas de reorganização dos serviços de saúde e dos serviços de gestão e logística tiveram um impacto económico fortemente favorável permitindo obter um RLE positivo, estes resultados derivam essencialmente de uma redução de custos.

Porém, regista-se alguma degradação dos preços de pagamento dos cuidados de saúde de algumas linhas de produção e dos subsídios à exploração que afeta o resultado. Os resultados das Amortizações também têm um impacto bastante nocivo originando um EBIT negativo em vários períodos, no entanto os resultados extraordinários e financeiros contribuem para uma melhoria do resultado. O acréscimo verificado nos proveitos e ganhos financeiros entre 2009 e 2011 ocorreu devido à subida nas taxas de juro das aplicações a prazo e do montante aplicado no Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde, bem como a descontos financeiros obtidos por pagamento antecipado de faturas a fornecedores. Em sentido inverso, o decréscimo

verificado nos proveitos e ganhos extraordinários em 39%, foi fortemente influenciado pela redução na faturação respeitante a anos anteriores. Em 2012 e 2013, apesar de os custos operacionais terem reduzido significativamente os proveitos também reduziram, levando assim a uma maior aproximação dos custos com os proveitos, o que originou uma redução em 51% do EBITDA em 2012 e 2013. O RLE, a partir de 2012 devido à redução do EBITDA, ao impacto das amortizações, à redução do resultado extraordinário, por força da redução da correção de montantes de faturação emitida de anos anteriores e do reconhecimento de subsídio relativo à despesa incorrida em exercícios anteriores, e do resultado financeiro devido à queda das taxas de juros das aplicações a prazo, revela sinais de degradação o que justifica os valores negativos em 2016, sendo este o ano que apresentou os piores resultados.

No CHVNG/E, o EBITDA registou valores positivos entre 2009 e 2014, devido ao aumento progressivo dos proveitos operacionais, mas a partir de 2012 apresentada um RLE negativo impulsionado pelas elevadas amortizações. Em 2015, foi o pior ano do Centro Hospitalar com um EBITDA negativo, devido a um aumento generalizado dos custos operacionais e de uma redução dos proveitos.

No Hospital de Cascais, os primeiros três anos em regime de Parceria Público-Privada foram os mais críticos, uma vez que a situação económica se degradou significativamente, não só em termos de estrutura de capitais, mas também em termos de liquidez e rendibilidade. O EBITDA em 2010 e 2011 foi negativo e o resultado líquido por sua vez também atingiu valores negativos entre 2008 e 2012, tendo sido fortemente influenciados pelos elevados custos com o pessoal, os FSE e os CMVMC, verificando-se que o rendimento obtido com as prestações de serviços nesses anos não foram suficientes para fazer face aos gastos mencionados.

Relativamente ao aumento de pessoal, surge quando ocorreu a transferência para o Novo Edifício Hospitalar que levou à necessidade de recrutamento de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica de modo a constituir um corpo clínico que respondesse às exigências do perfil assistencial previsto no contrato de gestão e que preenchesse a nova estrutura de recursos humanos.

Não obstante, a partir de 2013 até 2015, o EBITDA teve uma evolução bastante favorável, não só devido ao crescimento dos proveitos operacionais, mas também devido à diminuição e posterior estabilização dos custos operacionais. Em 2016, houve uma diminuição do EBITDA, no entanto esta diminuição ocorreu principalmente devido ao aumento dos custos com pessoal e CMVMC, que tiveram um aumento de 2% e 7% respetivamente, face ao ano homólogo.

Relativamente ao Hospital de Braga é de realçar a obtenção de um EBITDA positivo em 2010, sendo este o primeiro ano completo de gestão do Hospital de Braga em regime de Parceria Público-Privada, nas antigas instalações do hospital. Em 2011 e 2012, os resultados não foram os melhores, no entanto após o 4º ano completo de atividade, nomeadamente em 2013, a sociedade gestora do Hospital de Braga obteve um EBTIDA positivo, tendo este aumentado em 2014 e em 2015. Em 2016, o resultado teve uma diminuição devido a uma redução do volume de negócios e um aumento generalizado dos custos operacionais.

Em suma, na maioria da amostra os piores resultados foram registados entre 2009 e 2012, e a partir de 2013 o EBITDA teve uma ligeira melhoria na generalidade das entidades da amostra, devido à evolução positiva dos proveitos operacionais.

Em relação às entidades geridas em PPP, os primeiros anos foram os mais desafiantes em termos de resultados, uma vez que foi necessária uma reorganização tanto a nível de serviços prestados como de recursos disponíveis, no entanto após 2013 tiveram uma performance positiva, conseguindo manter um EBITDA positivo até 2016.

- **Ativo Fixos Tangíveis**

A NCRF 7 de Ativos Fixos Tangíveis (AFT) é a norma prevista pelo SNC para o tratamento contabilístico dos AFT, aplicando-se na contabilização dos mesmos, exceto quando outra norma exija ou permita um tratamento contabilístico diferente (§§ 1 e 2)6. Esta norma tem origem na Norma Internacional de Contabilidade (NIC) 16.

À luz da NCRF 7, os AFT são definidos como “itens tangíveis que: a) sejam detidos por uma empresa para uso na produção ou fornecimento de bens ou serviços, para

arrendamento a outros, ou para fins administrativos; e b) se espera que sejam usados durante mais do que um período” (Rodrigues, 2017).

Tabela 4.21: Evolução do Ativo Fixos Tangíveis entre 2009-2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	45.121.286	52.263.472	59.244.242	62.328.364	82.547.837	84.766.637	96.192.520	99.264.980
CHLO	81.399.930	81.618.311	77.735.336	69.525.045	64.560.202	58.936.347	56.880.741	55.283.992
CHCB	35.225.485	35.854.237	35.168.252	34.280.742	33.920.910	33.302.668	32.846.651	32.094.767
CHEDV	26.354.391	24.560.858	22.292.235	19.350.431	16.288.818	14.026.826	11.461.088	9.578.976
CHVNG/E	52.932.849	60.429.916	57.430.283	63.636.301	59.917.017	57.163.341	68.415.230	s.d
CHB/M	12.767.549	12.766.457	13.169.950	13.538.971	20.099.435	6.204.117	5.880.384	5.503.883
Hospital de Cascais	21.761.798	13.974.733	16.193.233	12.369.078	9.974.245	8.532.351	8.759.715	6.395.108
Hospital de Braga	12.448.458	18.034.405	38.391.154	33.737.058	28.951.958	24.747.866	22.147.626	19.117.278

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

O Ativo não Corrente do CHP tem aumentado significativamente ao longo do período de análise, tendo por base, principalmente, as obras do Centro Materno Infantil do Norte, este investimento visou sobretudo dar resposta a situações urgentes que colocariam em risco a prestação de cuidados de saúde.

Relativamente ao CHLO, apesar das dificuldades financeiras sentidas, este não deixou de efetuar investimentos importantes, relativos à melhoria de qualidade dos serviços prestados, nomeadamente ao nível informático.

Este apostou em melhorias na qualidade da prestação de serviços de saúde, nomeadamente na realização de obras das instalações, aquisição de material médico-cirúrgico e melhorias na área informática. Contudo, como se observa a variação do ativo não corrente é negativa fruto das amortizações que ultrapassam o valor do investimento realizado, evidenciando assim uma variação negativa ao longo do período de análise.

No CHBM, devido às restrições orçamentais e a ausência de capacidade de gerar resultados positivos o investimento tem vindo a reduzir-se. O baixo nível de investimento, realizado comparativamente com as amortizações do período, leva a uma redução do ativo não corrente. No entanto em 2016, 2015 e em 2014 realizou investimentos em obras e aquisição de equipamento.

Relativamente ao CHCB, tal como nos restantes Centros Hospitalares a evolução do ativo não corrente é negativa, devido ao investimento realizado anualmente ser inferior às amortizações do período. Os principais investimentos realizados ao longo dos anos

foram em equipamento administrativo/informático, equipamento básico e de transporte e despesas de investigação.

No CHEDV, o imobilizado apresenta uma variação negativa durante o período de estudo, uma vez que o volume dos investimentos realizados, não acompanhou o valor reconhecido a título de amortizações e dos abates, tal como referido anteriormente as amortizações são de elevado valor, tendo estas um impacto negativo tanto no RLE, como na estrutura do ativo. Mas a nível de investimento, o Centro Hospitalar manteve uma política bastante restritiva neste domínio, tentando prolongar a vida útil dos equipamentos.

Relativamente ao CHVNG/E, o investimento realizado no imobilizado desde 2010 é visível, os principais investimentos foram feitos em edifícios e outras construções, de beneficiação das infraestruturas. Também o investimento em equipamento básico e equipamento administrativo tem sido elevado, evidenciando uma preocupação com os cuidados de saúde prestados e com as condições em que os profissionais de saúde prestam os seus serviços.

Relativamente ao ativo não corrente no Hospital de Cascais decompõe-se nas rubricas “propriedade industrial”, “programas de computador”, e “investimentos em curso”, sendo que o montante mais significativo advém da contabilização efetuada na rubrica “propriedade industrial”, referente à contrapartida financeira paga pela Entidade Gestora do Estabelecimento pela transmissão do Estabelecimento Hospitalar, contudo verifica-se uma falta de investimos no ativo.

No Hospital de Braga, o ativo não corrente apresenta um elevado crescimento em 2011, devido aos investimentos iniciais da PPP, posteriormente evidenciou-se um decréscimo fruto das amortizações e da falta de investimento que supere o valor a amortizar.

Após a análise do ativo não corrente, verificamos que à exceção do CHP e CHVNG/E, todos as outras entidades registaram um decréscimo do ativo, não obstante de ter havido investimento em imobilizado em todas as entidades, nomeadamente em equipamento informático, equipamento básico e de transporte, despesas de investigação, realização de obras e aquisição de material médico-cirúrgico, não houve o investimento suficiente

para fazer face às amortizações do período. Esta falta de investimento em ativo devido a falta de capacidade financeira leva a uma utilização do ativo para lá da vida útil.

- **Ativo Corrente**

Um ativo corrente deve ser classificado como corrente quando se espera que seja realizado, ou que se pretenda vender ou consumir no decorrer normal do ciclo operacional da entidade, seja detido essencialmente para a finalidade de ser negociado, e quando se espera que seja realizado num período até doze meses após a data do balanço ou é caixa e equivalente de caixa (Rodrigues, 2017).

Tabela 4.22: Evolução do Ativo Corrente entre 2009 – 2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	80.029.111	98.396.774	93.158.379	72.351.645	102.865.501	102.792.737	112.090.470	128.970.661
CHLO	134.571.331	137.940.808	152.485.070	90.212.474	85.348.638	409.201.076	386.858.530	584.957.996
CHCB	18.299.947	21.150.421	12.849.649	11.619.059	6.429.272	15.357.465	6.286.630	7.523.994
CHB/M	12.767.549	12.766.457	13.169.950	13.538.971	20.099.435	6.204.117	5.880.384	5.503.883
CHEDV	82.736.842	87.168.132	86.941.498	80.157.515	86.915.557	84.466.346	86.695.736	79.474.298
CHVNG/E	179.624.464	90.565.507	109.723.642	123.008.585	177.681.838	183.305.163	149.702.386	s.d
Hospital de Cascais	12.646.792	19.946.365	17.466.920	17.995.396	14.466.234	16.279.104	19.299.267	24.897.904
Hospital de Braga	32.224.093	35.929.012	23.616.000	28.489.930	35.706.856	39.567.538	48.441.217	56.558.595

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No CHP no que diz respeito ao ativo corrente, este teve uma tendência crescente desde 2009 até 2011, em 2012 verificou-se um decréscimo principalmente devido à redução da dívida das instituições do Ministério da Saúde, que até então correspondiam a cerca de 40% do total do ativo e da rubrica de outras contas a receber.

Tabela 4.23: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHP

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATIVO CORRENTE:								
Inventários	9.735.255	9.480.254	9.169.739	10.128.823	11.877.072	9.850.173	14.987.798	14.815.078
Clientes/Instituições do MS	33.241.351	41.679.503	37.819.778	14.433.114	19.444.042	19.551.074	30.404.042	28.088.835
Estado e outros entes públicos	314.614	140.000	210.000	280.000	350.000	350.000	420.000	420.000
Outras contas a receber	13.844.510	17.749.013	18.030.028	3.886.041	4.654.116	7.342.080	6.597.599	8.041.324
Caixa e depósitos bancários	4.815.119	5.446.013	1.525.782	979.300	3.407.209	378.977	2.496.669	2.329.448
Acréscimos e diferimentos	18.072.730	23.901.991	26.281.869	42.644.366	63.133.062	65.320.433	57.184.361	75.275.977
Total do ativo corrente	80.023.579	98.396.774	93.037.196	72.351.645	102.865.501	102.792.737	112.090.470	128.970.661

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Em 2013, o aumento ocorreu essencialmente devido ao aumento das dívidas de terceiros que respeitam essencialmente a créditos sobre Instituições do Ministério da Saúde. Em 2015 e 2016, verificou-se a mesma tendência crescente principalmente devido à variação positiva das existências em consequência da contabilização dos medicamentos adquiridos para tratamento de doentes com Hepatite C, aumento dos acréscimos de

proveitos relativos a serviços prestados a utentes do SNS no âmbito dos contratos programa, cuja faturação não se encontra emitida por falta de definição das respetivas regras e procedimentos e aumento da dívida do Ministério da Saúde.

De um modo geral, os acréscimos e diferimentos e as dívidas de clientes e do MS são as rubricas que mais peso têm no total do ativo corrente do CHP.

No CHLO, evidenciou-se um crescimento significativo, influenciado pelo aumento considerável ao longo dos anos das dívidas das Instituições do Estado, referentes ao Contrato-Programa.

Tabela 4.24: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHLO

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATIVO CORRENTE:								
Inventários	9.888.666	10.234.548	10.824.701	8.812.243	6.690.603	6.709.105	15.309.527	12.062.466
Dívidas de Terceiros de Médio e Longo prazo					5.854.333	5.701.614	5.565.777	
Clientes/Instituições do MS	55.216.618	41.073.517	70.356.739	44.786.974	24.197.349	307.415.319	289.035.615	466.616.852
Clientes de cobrança duvidosa		2.594.928	637.659	-83.515		0	853.654	258.175
Adiantamentos a fornecedores	177.701	140.512	193.740	460.697	1.124.423	211.134	217.031	198.131
Estado e outros entes públicos	403.958	434.010	501.449	602.843	434.356	508.862	308.780	378.749
Outras contas a receber	23.439.598	25.842.563	18.216.560	10.303.199	10.787.362	14.430.198	15.572.404	16.136.867
Caixa e depósitos bancários	7.613.066	16.869.620	18.916.398	11.621.662	13.597.367	935.491	122.480	1.044.690
Acrescimos e diferimentos	37.831.724	40.751.109	32.837.824	13.708.373	22.662.846	73.289.354	59.873.262	88.262.066
Total do ativo corrente	134.571.330	137.940.808	152.485.070	90.212.474	85.348.638	409.201.076	386.858.530	584.957.996

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Os valores a receber da ACSS têm um impacto relevante na análise do ativo corrente, uma vez que em 2013, 2014, 2015 e 2016 o peso dos valores a receber, por parte do Estado no ativo, era de cerca de 63%, 95%, 94% e 96% respetivamente.

Relativamente ao CHCB no ativo corrente, verifica-se que existe uma variação irregular de ano para ano.

Tabela 4.25: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHCB

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATIVO CORRENTE:								
Inventários	1.358.913	1.407.839	1.345.219	1.373.392	1.318.954	1.422.372	1.674.252	1.389.218
Clientes/Instituições do MS	7.835.279	8.400.214	8.651.955	8.841.290	2.842.439	3.875.220	2.777.747	3.948.502
Clientes de Cobrança Duvidosa			26.841					
Adiantamentos a fornecedores				12.752	93.235	60.066	144.342	132.331
Estado e outros entes públicos	365.664	433.417	420.000	420.028	490.028	422.647	352.419	244.956
Outras contas a receber	119.682	439.736	387.646	109.969	157.983	274.217	280.066	205.872
Acrescimos e diferimentos	7.464.476	8.465.438	1.654.371	775.967	1.146.609	1.229.546	763.361	887.071
Caixa e depósitos bancários	1.155.932	2.003.776	363.618	85.662	380.024	8.073.397	294.442	716.044
Total do ativo corrente	18.299.947	21.150.421	12.849.649	11.619.059	6.429.272	15.357.465	6.286.630	7.523.994

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

A rubrica de clientes e instituições do MS é a que mais impacto têm, em 2009

correspondia a 43% do ativo corrente e em 2016 correspondia a 52%, tendo uma média de 49% ao longo deste período de análise.

Em 2013, as dívidas das Instituições do Estado reduziram face a 2012. Neste período tinham um impacto de 76% e em 2013 baixou passando para 44% devido à liquidação da dívida por parte do MS.

Em 2014, outro fator relevante que contribuiu para aumentar o ativo corrente foi o aumento de capitais no valor de 8.000.000€, na rubrica de depósitos bancários, para pagamentos a consumir em 2015, pelo que em 2015 o ativo corrente volta a tomar valores baixos, reduzindo assim a sua liquidez imediata.

Relativamente ao CHBM, no ativo corrente destaca-se também o impacto da rubrica das dívidas das Instituições do Estado.

Tabela 4.26: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHBM

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATIVO CORRENTE:								
Inventários	1.935.245	2.497.677	2.725.961	2.077.600	1.925.168	1.887.498	3.071.981	3.152.966
Clientes/Instituições do MS	5.746.742	5.954.180	6.831.509	8.363.423	6.627.396	3.631.433	1.305.476	974.081
Adiantamento a Fornecedores	2.527	35		400	11			
Estado e outros entes públicos	360.016	15	68.276	128.994	210.000	170.278	320.449	249.047
Outros créditos a receber	5.936	9.506	11.594	18.707	85.788.029	66.090.485	29.018.401	12.668.480
Acrescimos e diferimentos	28.077.096	78.200.087	9.883.471	61.674.122	12.067			
Caixa e depósitos bancários	8.215.052	8.657.915	7.839.334	2.464.054	1.890.352	41.557.643	12.401.410	1.063.341
Total do ativo corrente	44.342.614	95.319.415	27.360.145	74.727.299	96.453.022	113.337.337	46.117.717	18.107.916

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Em 2009, a rubrica clientes e instituições do MS ocupam cerca de 13% do ativo corrente e em 2016 ocupam cerca de 5%, verificando-se aqui uma redução das obrigações dos clientes e do MS.

É de destacar ainda que em 2014 houve uma injeção de capital de modo a fazerem face às dívidas de fornecedores, contribuindo significativamente para o aumento do ativo corrente, na rubrica de caixas e depósitos à ordem.

Relativamente aos crescimentos do ativo corrente no CHEDV, as dívidas das instituições do Estado ocupam também um papel muito importante, uma vez que estas têm crescido a um ritmo bastante elevando. Entre 2012 e 2016, as dívidas das instituições do Estado correspondiam a uma média de 22% do ativo corrente total.

Tabela 4.27: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHEDV

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATIVO CORRENTE:								
Inventários	2.348.533	2.313.001	2.358.796	2.402.376	2.260.927	2.263.566	3.117.142	2.817.119
Clientes/Instituições do MS	10.947.477	7.661.801	9.596.952	17.368.567	19.952.863	23.926.121	24.241.361	23.165.130
Adiantamento a Fornecedores	8.906	4.985	697	4.044	6.518	10.434	1.526	1.982
Estado e outros entes públicos	911.305		220.047	254.810	253.564	328.653	369.360	376.892
Outros créditos a receber	1.719.448	2.014.523	2.491.681	2.981.239	3.589.559	3.976.127	3.050.507	2.098.088
Outras aplicações de Tesouraria	35.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000	30.000.000			
Caixa e depósitos bancários	9.105.858	13.728.213	9.081.038	12.350.165	14.986.197	46.947.356	45.429.173	39.245.058
Acrescimos e Diferimentos	22.695.315	26.445.609	28.192.288	14.796.315	15.865.929	7.014.090	10.486.667	11.770.030
Total do ativo corrente	82.736.842	87.168.132	86.941.498	85.157.515	86.915.557	84.466.346	86.695.736	79.474.298

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No CHVNG/E na variação do ativo circulante destaca-se, o peso da dívida das instituições do Estado e dos acréscimos e diferimentos relativos a subsídios ao investimento, que serão reconhecidos em resultados de exercícios futuros. Em 2010 e 2013, houve uma redução do ativo que foi influenciada pela diminuição de dívidas das Instituições do Ministério da Saúde.

Tabela 4.28: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do CHVNG/E

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ATIVO CORRENTE:							
Inventários	3.627.471	4.164.805	4.269.502	4.200.062	4.102.356	5.082.108	7.875.456
Clientes/Instituições do MS	29.789.660	20.524.530	27.736.406	11.810.380	15.225.474	16.212.598	33.481.886
Clientes e utentes de cobrança duvidosa	28.367	83.360	17.600	50.234			9.851
Devedores pela execução do Orçamento							62.018
Adiantamento a Fornecedores	22.308	29.095	334.808	398.201	390.701	30.701	24.585
Estado e outros entes públicos		29.547	39.372				110.730
Outros créditos a receber	3.317.694	5.389.805	5.489.857	1.805.965	3.402.527	4.110.550	5.913.319
Outras aplicações de tesouraria	6.000.000						
Total de Depósitos e Caixa	3.158.235	2.506.375	2.219.218	3.743.857	6.052.615	2.145.481	6.672.819
Acrescimos e Diferimentos	139.680.728	57.837.988	69.616.878	100.999.885	148.508.166	155.723.725	95.551.722
Total do ativo corrente	185.624.464	90.565.507	109.723.642	123.008.585	177.681.838	183.305.163	149.702.386

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Relativamente ao peso da dívida de clientes e MS no ativo corrente, em 2009 este correspondia a cerca de 16% do ativo e em 2015 correspondia a 22%.

Relativamente ao ativo corrente no Hospital de Cascais, verificamos que as dívidas de terceiros são as de maior peso nesta rubrica, tendo uma tendência crescente.

Tabela 4.29: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do Hospital de Cascais

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Existências	995.715	1.729.182	1.612.102	1.798.367	1.133.084	1.095.877	1.896.140	3.495.117
Dívidas de Terceiros	4.355.924	15.424.738	12.715.080	14.885.085	9.698.026	10.958.401	10.886.136	13.822.074
Outro ativo circulante	7.295.154	2.792.445	3.139.738	1.311.944	3.635.124	4.224.826	6.516.991	7.580.713
Depósitos bancários e Caixa	1.520.843	2.792.445	3.139.738	1.311.944	3.635.124	4.224.826	6.516.991	6.633.576
Total do ativo corrente	14.167.636	22.738.810	20.606.658	19.307.340	18.101.358	20.503.930	25.816.258	31.531.480

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No Hospital de Braga, as dívidas de terceiros são também as que maior peso têm, onde se verificou um aumento gradual de ano para ano.

Tabela 4.30: Ativo Corrente entre 2009 – 2016 do Hospital de Braga

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Existências	2.116.568	1.790.933	2.449.121	2.232.514	2.727.497	2.499.936	3.230.616	4.356.299
Dívidas de Terceiros	5.392.456	31.971.263	20.248.464	25.047.805	32.532.909	36.159.707	41.733.088	49.528.017
Outro activo circulante	24.715.069	2.166.816	918.415	1.209.611	446.451	907.895	3.477.513	2.674.279
Depósitos bancários e Caixa	13.329.361	2.166.816	918.415	1.209.611	446.451	907.895	3.477.513	2.674.279
Total do ativo corrente	45.553.454	38.095.829	24.534.415	29.699.540	36.153.307	40.475.433	51.918.729	59.232.875

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Relativamente ao Hospital de Cascais e Hospital de Braga, uma vez que não foi possível o acesso às Demonstrações Financeiras detalhadas, a análise mais pormenorizada não foi possível ser realizada.

Em suma, verificou-se que em todas as EPE da amostra, as dívidas do Estado eram o principal impulsionador do crescimento do ativo no período de análise.

- **Passivo**

O passivo inclui corrente e não corrente, e refere-se a obrigações de curto, médio e longo prazo que se têm com terceiros (Rodrigues, 2017).

Tabela 4.31: Evolução do Passivo entre 2009 – 2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	71.723.116	112.104.901	135.339.622	122.869.227	179.878.678	182.705.408	207.012.804	241.022.290
CHLO	137.025.595	169.868.744	189.906.611	129.100.238	118.048.574	443.620.852	437.122.144	643.395.330
CHCB	39.437.760	43.444.866	49.793.274	57.384.242	64.480.949	50.045.998	55.486.979	54.425.566
CHBM	65.368.714	135.869.851	95.556.426	157.397.500	185.574.123	140.321.030	82.448.290	70.203.504
CHEDV	32.387.137	34.540.327	31.940.786	24.476.427	30.939.461	29.719.415	30.811.006	28.372.327
CHVNG/E	176.251.534	86.075.080	101.782.109	113.729.718	166.512.971	165.234.022	156.326.973	s.d
Hospital de Cascais	33.891.939	62.192.851	64.162.890	26.558.619	16.666.209	16.334.477	18.264.408	20.166.509
Hospital de Braga	39.603.335	46.420.408	80.242.472	90.270.270	91.799.357	90.184.398	94.049.282	103.179.902

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No CHP, o aumento do passivo entre 2009 e 2016 foi de 236%, este crescimento foi fomentado principalmente pelo acréscimo das dívidas a fornecedores que correspondem a uma média de 55% do total do passivo. Comparando 2009 com 2016 a dívida de fornecedores cresceu em 155%, este crescimento foi mais acentuado a partir de 2014 devido aos esforços na construção do CMIN e ainda devido a um reforço por conta de adiantamentos recebidos da ACSS, no âmbito do Contrato-Programa, que não foi possível regularizar no exercício, uma vez que a correspondente faturação não foi emitida.

Relativamente ao CHLO, o passivo cresceu cerca de 370% entre 2009 e 2016. Os fatores que estimularam esta realidade, foram os adiantamentos de clientes, utentes e Ministérios da Saúde em 2014, 2015 e 2016 tinham um peso de 80%, 72% e 80%,

respetivamente, no total do passivo. Em relação às dívidas a fornecedores, outra das rubricas que tem um grande impacto no passivo, entre 2009 e 2016 a mesma cresceu 3% e tinha um peso de 65% em 2009 e 14% em 2016 no total do passivo. Esta redução para 14% foi influenciada pelo aumento do passivo e não pela redução da dívida.

No CHCB nos anos de análise, denota-se um défice crónico, que resulta numa corrosão dos fundos próprios e aumento do passivo, impossibilitando o cumprimento dos compromissos financeiros, levando a sucessivos adiantamentos por parte da ACSS, de modo a fazer face às dívidas acumuladas de fornecedores que é uma das rubricas de grande impacto no passivo.

Entre 2009 e 2016, o passivo subiu 28%, para este crescimento contribuíram o aumento das dívidas a fornecedores, de adiantamentos de clientes, utentes e MS e o de outras contas a pagar.

Relativamente às dívidas a fornecedores entre 2009 e 2016 cresceram 29% no período de análise e estas têm um peso de 25% no total do passivo. No que se refere ao adiantamento a clientes, utentes e MS esta rubrica teve um crescimento de 100%, e tem um impacto de 21% no total do passivo.

É de referir ainda que em dezembro de 2008, foi necessário a contratação de um empréstimo de 15.400.000€ para com o fundo de pagamento do SNS, com o objetivo de serem cumpridas as orientações emanadas pela tutela, que era pagar a 90 dias. No ano de 2009, foi amortizado 2.000.000€ do empréstimo e em setembro de 2011 houve uma liquidação de 12.000.000€, contudo desde esta data não houve registo de liquidação de juros, devido à falta de capacidade financeira, pelo que posteriormente através do Despacho n.º 15013/2014, este empréstimo transformou-se em CP.

Relativamente ao passivo de curto prazo do CHBM, entre 2009 e 2016, cresceu 7%, sendo os adiantamentos de clientes e MS, as dívidas a fornecedores e outras dívidas a pagar, são as rubricas com maior peso e que mais contribuíram para esse aumento.

Relativamente aos fornecedores em 2016 representava 20% do total do passivo de curto prazo, contudo entre 2009 e 2016 houve uma redução de 51% da dívida a fornecedores. Para esta redução contribuiu a liquidação da dívida a fornecedores com o recurso ao

capital estatutário, no montante de 9.200.000€, verificando-se assim que entre 2014 e 2015 houve uma redução de 182% da dívida a fornecedores.

Os adiantamentos de clientes, utentes e MS têm um peso de 55% no passivo de curto prazo e teve um crescimento de 47% entre 2009 e 2016.

Em relação ao passivo do CHEDV entre 2009 e 2016 diminuiu 14%, para esta redução contribuiu principalmente a redução existente na rúbrica de adiantamentos das Instituições do Estado, que é uma rúbrica com um peso significativo no passivo, correspondendo a uma média de 51% do passivo ao longo do período de análise.

Por sua vez as dívidas a fornecedores que também é outra rúbrica com grande peso no passivo, correspondendo a cerca de 8% entre 2009 e 2016, aumentou cerca de 14% entre 2009 e 2016.

Relativamente ao passivo no CHVNG/E, este sofreu uma redução entre 2009 e 2015 de 13%, principalmente devido à redução de adiantamento de clientes (ACSS) em 64%, uma vez que esta rúbrica representava cerca de 53% do total do passivo ao longo do período em análise. Por sua vez as dívidas a fornecedores aumentaram em 31% entre o mesmo período, sendo esta também uma das principais rúbricas do passivo, representando cerca de 23% do passivo.

Relativamente ao Hospital de Cascais, o passivo sofreu uma redução de 68% entre 2009 e 2016, principalmente devido à redução da rúbrica de financiamentos obtidos.

O passivo não corrente é composto fundamentalmente pelos financiamentos obtidos, quer junto de instituições bancárias, quer através de suprimentos do acionista. Em 2009 fruto da PPP e da reestruturação prevista a sociedade contraiu um empréstimo junto da Caixa Geral de Depósitos, por um período de 8 anos no valor de 1.750.000.061€ e em 2010 contratou um novo empréstimo de curto prazo para reforço de tesouraria no montante de 3.300.000€, contudo este limite, foi posteriormente reforçado para 5.500.000€. Em 2011, os suprimentos do acionista atingiram os montantes de 19.704.558€ dos quais 1.775.676€ foram transferidos para prestações suplementares, totalizando assim 1.792.888.262€.

Em finais de 2012, procedeu-se à conversão em prestações suplementares de capital dos suprimentos por ela realizados, no valor de 17.928.882€, incluindo o montante referente ao empréstimo bancário, no valor de 17.500.000€. Com esta operação de recapitalização o Hospital de Cascais recuperou o CP que em 2011 tinha sido deteriorado.

As dívidas a fornecedores também é uma rúbrica com um grande impacto no passivo corrente.

Relativamente ao passivo no Hospital de Braga, este teve uma tendência crescente, entre 2009 e 2016 e cresceu 161%, sendo as dívidas a fornecedores a rúbrica que maior impacto tem no passivo, tendo esta uma tendência crescente. Em 2010, a dívida situava-se nos 20.800.000€ e em 2015 a mesma encontrava-se nos 59.062.000€, um aumento de 184% da dívida.

Deste modo, podemos assim verificar, através da análise do passivo da amostra, que os adiantamentos por parte das entidades do Estado e as dívidas a fornecedores, cujos prazos médios de pagamento serão analisados mais à frente, são os principais fatores que impulsionaram o aumento do passivo na generalidade das entidades da amostra.

- **Capital Próprio (CP)**

O CP expressa o valor contabilístico da empresa, este pode ser negativo no caso de os passivos serem superior aos ativos, nulo no caso em que se igualam; ou positivo, caso os ativos sejam superiores aos passivos (Rodrigues, 2017).

Tabela 4.32: Evolução do Capital Próprio

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	53.427.281	38.555.345	17.062.999	11.810.782	5.534.660	4.853.966	1.270.186	-12.786.649
CHLO	91.645.666	49.690.375	40.313.795	30.637.281	31.860.267	24.516.571	6.617.127	-3.153.342
CHCB	14.087.672	13.559.791	-1.775.374	-11.484.440	-24.130.767	-1.385.864	-16.353.697	-14.806.805
CHMB	-2.419.332	-19.627.304	-47.770.709	-65.458.377	-46.797.982	11.607.634	-813.093	-18.765.227
CASCAIS	516.651	-28.271.753	-30.502.737	3.805.855	7.774.270	8.476.978	9.794.574	11.126.503
BRAGA	5.069.217	7.543.009	-30.710.000	-28.043.282	-27.140.543	-25.868.994	-23.460.440	-27.504.029
CHEDV	76.704.095	77.188.664	77.292.947	75.031.519	72.264.915	68.773.757	67.345.817	60.680.947
CHVNGE	62.305.780	64.920.342	65.371.815	72.915.168	71.085.884	75.234.482	61.790.642	s.d

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

No CHP os fundos próprios têm registado uma degradação progressiva em consequência dos RL negativos acumulados ao longo do período em análise, comprometendo o equilíbrio financeiro e a solvabilidade da empresa, uma vez que os constantes RL negativos destoem valor e comprometem a situação financeira do CHP,

entre 2009 e 2016 o total do CP reduziu-se em 124%. Os Resultados Transitados em 2009 eram de -55.539.964€ e em 2016 os mesmos pioraram em 165% esta degradação de Resultados foi progressiva originando uma degradação gradual do CP até 2016.

O CHLO encontra-se na mesma situação financeira que o CHP, o CP manteve também uma tendência decrescente, influenciado pelos resultados transitados negativos que destroem valor. Em 2009, os Resultados Transitados eram de -50.015.585€ e até 2016 deterioraram-se em 269%, o CP por sua vez teve uma degradação em 103%, alcançando valores negativos em 2016.

Relativamente ao CHCB, o CP é igualmente influenciado negativamente pelos elevados RL negativos que destoem valor, fazendo com que o CHCB se encontre numa situação em que mais de metade do seu capital social se encontra perdido. Contudo, em 2014, houve uma melhoria nos valores do CP, no entanto esta melhoria teve origem alheia ao funcionamento normal da atividade, ou seja, houve uma transferência de valores do passivo para CP. A primeira transferência foi no valor de 13.400.000€, conforme Despacho n. °15013/2014 De 28 de novembro de 2014, que converteu um empréstimo de curto prazo em capital, tal como referido anteriormente, e a segunda teve origem através do Despacho n. °15476-B/2014 de 19 de dezembro, pelo valor de 11.800.000€, este valor foi transferido para pagamento da dívida a fornecedores. Relativamente aos resultados transitados em 2009 eram de -45.439.870€ e até 2016 alcançaram uma degradação em 161%, esta degradação ocorreu de um modo gradual, provocando a deterioração dos CP, fazendo que o mesmo tivesse uma redução de 205% entre 2009 e 2016.

Relativamente ao CHBM, o CP em 2014, presenciou uma melhoria da estrutura do Balanço, tendo sido invertida a tendência negativa dos fundos patrimoniais, para tal performance foi crucial o aumento do capital estatutário em 58.100.000€, originando um reequilíbrio na sua estrutura financeira. Já em 2016, 2015 e 2013, a situação financeira do CHBM, apresentava um desequilíbrio financeiro acentuado, fruto dos RL negativos. Os resultados transitados em 2009 eram de -42.658.100€ e até 2016 tiveram uma redução de 191%, contribuindo assim para uma redução significativa do CP. Entre

2009 e 2016, o CP teve uma melhoria de 676%, apesar de o mesmo ainda manter valores negativos.

No CHEDV em 2010 e 2011, os fundos próprios apresentaram uma evolução positiva comparativamente com 2009. No entanto, entre 2012 e 2016, os fundos próprios do CHEDV mantiveram uma tendência decrescente, devido aos RL negativos. Deste modo e apesar dos CP terem mantido valores positivos, os resultados transitados entre 2009 e 2016, pioraram em 606%, passando de -1.585.160€ em 2010 para -11.186.779€ em 2016, provocando uma diminuição de 21% do total do CP entre 2011 e 2016.

O CP do CHVNG/E, também manteve uma tendência decrescente, fruto dos RLE negativos que deterioraram o CP, pese embora este não tenha alcançado valores negativos. Os resultados transitados negativos contribuíram para esta tendência decrescente uma vez que entre 2009 e 2015 tiveram um decréscimo de 2288%, ou sejam em 2009 os resultados transitados alcançavam um valor de -305.355€ e em 2015 de -7.292.125€, contudo o impacto no CP entre 2009 e 2016 foi de uma redução de 1%.

No Hospital de Cascais em 2010 e 2011, devido aos CP negativos, revelou um desequilíbrio estrutural acentuado, contudo a partir de 2012 esta situação foi revertida, uma vez que em 2013 o CP teve um aumento de 104%. Nos anos seguintes patenteado também pelos RL positivos, o CP teve uma tendência crescente, alcançando um aumento de 2054% em 2016 face a 2009.

O Hospital de Braga apresenta uma situação económico-financeira frágil demonstrando uma fortemente dependência de capitais alheios, sentindo a necessidade de recorrer a injeções de capital pelos acionistas para cobrir os défices anuais de tesouraria. Entre 2009 e 2016, verificou-se uma redução de -643% do CP, alcançando valores negativos desde 2011 até 2016.

Deste modo, verifica-se que o CP das entidades da amostra estão a degradar-se de um modo constante fruto dos elevados resultados transitados negativos devido à falta de capacidade dos proveitos operacionais fazerem face aos custos operacionais, pondo em causa a sustentabilidade de algumas entidades da amostra.

4.2.2. Análise individual das variáveis

- **Autonomia Financeira**

A autonomia financeira dá-nos a relação que existe entre o CP e o ativo de uma empresa determinando o grau de dependência da empresa face aos capitais alheios, servindo também para apoiar a análise do risco sobre a estrutura financeira de uma empresa. Por norma, consideram-se aceitáveis situações onde a autonomia financeira seja maior ou igual a 33% (Breia et al. 2014). Pese embora sejam elevadas as dificuldades em identificar os níveis “razoáveis” de autonomia financeira, fácil se torna identificar as situações negativas. Níveis de autonomia de 3% ou 5% são associáveis a riscos de falência ou, pelo menos, graves dificuldades financeiras, traduzindo-se em situações negativas (Breia, 2017).

Tabela 4.33: Autonomia Financeira

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	43%	26%	11%	9%	3%	3%	1%	-6%
CHLO	40%	23%	18%	19%	21%	5%	1%	0%
CHCB	26%	24%	-4%	-25%	-60%	-3%	-42%	-37%
CHMB	0%	-17%	-100%	-71%	-34%	8%	-1%	-36%
CHEDV	70%	69%	71%	75%	70%	70%	69%	68%
CHVNGE	16%	20%	-71%	-60%	-60%	-58%	-48%	s.d
Hospital de Cascais	2%	-83%	-91%	13%	32%	34%	35%	36%
Hospital de Braga	11%	14%	-50%	-45%	-42%	-40%	-33%	-36%

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Relativamente à autonomia financeira no CHP, esta apresenta-se de forma decrescente desde 2009, evidenciado uma excessiva exposição a capitais alheios. Em 2014/15, os activos da instituição estavam a ser financiados em 97% e 99%, pelo passivo de curto prazo. Esta diminuição do rácio de autonomia financeira teve por base a degradação do CP. Em 2016, os prejuízos acumulados simbolizavam uma perda total do capital social e das reservas, esta situação recorrente identifica problemas graves e crónicos a nível financeiro e estrutural.

No CHLO, a autonomia financeira tem também tendência decrescente, desde 2009 que a mesma evidencia um decréscimo significativo demonstrando a excessiva dependência de capitais alheios. Este rácio é excessivamente influenciado pelos resultados transitados negativos, que levam a uma redução drástica do CP, devido aos resultados

operacionais inferiores a zero, na maior parte dos períodos em análise à exceção de 2013 e 2016.

No CHCB e no CHBM, o rácio de autonomia financeira comporta-se de modo equiparado, ou seja, estes indicadores evidenciam uma situação crítica uma vez que os valores negativos dos RL negativos estão a destruir valor, devido aos RO negativos, levando assim a que o CP assuma valores negativos na maior parte do período em análise.

No CHCB a autonomia financeira apresentou valores positivos em 2009 e 2010 devido ao reforço de capital, referido anteriormente. Contudo desde 2010, têm-se evidenciado uma degradação deste rácio, fruto da degradação dos CP devido aos resultados transitados.

Relativamente ao CHBM, este encontra-se na mesma situação crítica com um rácio de autonomia financeira negativo ao longo de todos os períodos de análise. Em 2014, foi o único ano em que conseguiu obter um CP positivo e por sua vez melhorar o rácio de autonomia financeira, contudo esta melhoria teve por base uma injeção de capital, que pretendia reestabelecer o CP e fazer face às dívidas de fornecedores. Estes valores são um indicador de alarme uma vez que o CP não tem capacidade de financiar o ativo.

No CHEVD o rácio de autonomia financeira evidencia uma elevada capacidade para satisfazer o pagamento das suas dívidas, garantindo uma elevada cobertura do passivo exigível, sendo esta a entidade com melhor rácio da amostra. Contudo, durante o período de análise o mesmo teve tendência a decrescer fruto da degradação do CP influenciados pelos resultados transitados negativos. Entre 2009 e 2016, apesar de se ter registado um decréscimo neste rácio o mesmo foi apenas de 2%.

A autonomia financeira no CHVNG/E, em todo o período de análise tem valores positivos apesar das elevadas amortizações que levaram a resultados líquidos negativos desde 2012 até 2015 o CP conseguiu manter os valores positivos, levando assim a um rácio de autonomia financeiro positivo.

Relativamente ao Hospital de Cascais, o grau de dependência de capitais alheios em 2010 e 2011 foi elevado, nesses períodos os capitais próprios eram seriamente

negativos. Estes primeiros anos em regime de PPP foram os mais críticos para a instituição coincidindo com a transição para o novo edifício hospitalar em 2010, onde foi necessário realizar um forte investimento. Contudo, desde 2012 até 2016 evidenciou-se uma recuperação económico-financeira devido ao reforço dos Capitais Próprios e frutos dos RL e RO positivos evidenciando uma melhoria no rácio de autonomia financeira.

O Hospital de Braga apresenta uma situação financeira frágil, patenteando uma forte dependência de capital alheio. O rácio da autonomia financeira mantém-se negativo entre 2011 e 2016, o que significa que a cobertura do ativo por CP é negativa, denotando uma forte dependência de capitais alheios. Ainda assim, tem vindo a recuperar desde 2011. A contribuir para este cenário estão os resultados transitados negativos.

De um modo geral, a autonomia financeira da maior parte da amostra tem resultados pouco satisfatórios ao longo do período de análise, fruto dos RO negativos que levam a um RL negativo e a uma posterior degradação do CP. O CHEVD o CHVNG/E e o Centro Hospitalar de Cascais são os únicos elementos da amostra que conseguem alcançar valores razoáveis no rácio de autonomia financeira, devido a não evidenciarem um CP negativo.

- **Liquidez Geral (LG)**

Relativamente ao rácio de LG, que compara a totalidade do ativo corrente com a totalidade do passivo de curto prazo, evidenciando a capacidade de fazer face ao passivo obtivemos os seguintes resultados para a amostra em estudo:

Tabela 4.34: Evolução do Rácio de Liquidez Geral (LG)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-27%	-13%	-12%	-7%	-6%	0%	-3%	-7%
CHLO	-13%	-13%	-8%	0%	5%	0%	0%	1%
CHCB	-3%	-1%	-32%	-21%	-32%	-5%	-37%	4%
CHMB	s.d	-12%	-16%	-7%	0%	3%	-10%	-27%
CHEDV	1%	2%	2%	1%	1%	0%	2%	-7%
CHVNGE	1%	0%	1%	-4%	-2%	1%	-6%	0%
Hospital de Cascais	5%	-32%	-7%	9%	27%	23%	20%	17%
Hospital de Braga	-7%	8%	-37%	-6%	8%	13%	13%	2%

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC de 2009 - 2016

A LG do CHP tende a degradar-se ano após anos intensificando a exposição ao risco financeiro, merecendo assim uma especial atenção, uma vez que neste caso como o ativo corrente, não consegue cobrir as necessidades do passivo de curto prazo quebra a regra do equilíbrio financeiro mínimo. A insuficiência de meios líquidos, provocada essencialmente pela dificuldade de cobrança das dívidas avultadas do Ministério da Saúde, tem contribuído de forma decisiva para o agravamento deste indicador e consequentemente para o aumento do prazo médio de pagamento a fornecedores. A construção do Centro Materno Infantil do Norte influenciou muito a degradação deste rácio entre 2009 e 2012 uma vez que este foi financiado pelo fluxo positivo das atividades operacionais. Contudo apesar da debilidade financeira registada, a libertação de fluxos financeiros resultantes das atividades operacionais e os adiantamentos recebidos da ACSS devido à falta de emissão de faturação, permitiu financiar as atividades de investimento sem necessidade de recurso ao endividamento externo.

No CHLO, verifica-se que o ativo corrente não é suficiente para cobrir o passivo de curto prazo, entre 2009 e 2012. No entanto, entre 2009 e 2016, este rácio sofreu uma ligeira melhoria, o CHLO alcançou a regra do equilíbrio financeiro mínimo, que consiste no ativo corrente fazer face ao passivo de curto prazo. O aumento deste deve-se essencialmente ao aumento do ativo corrente, nomeadamente à faturação pendente dos Contrato-Programa que estavam em aberto. A exposição ao risco é evidente, contudo a situação consegue estar controlada com prazos de pagamentos aos fornecedores bem negociados e acordos de faturação exigentes.

No que se refere à LG do CHCB apresenta uma situação frágil e um desequilíbrio financeiro acentuado. Caso o ativo corrente fosse transformado em meios monetários líquidos, os valores obtidos seriam insuficientes para regularizar o passivo exigível a curto prazo, originando uma exposição ao risco financeiro elevado. Em 2014, apesar de negativo houve uma melhoria deste rácio fruto de uma injeção de capital, através do Despacho n. °15476-B/2014, que previa o pagamento de dívidas a fornecedores.

Relativamente à LG do CHBM verifica-se que o ativo corrente não é suficiente para cobrir o passivo de curto prazo. Apenas em 2013 e 2014 é que apresentou melhorias a nível dos resultados. No entanto, a regra do equilíbrio financeiro mínimo no CHBM não

se verifica e evidencia piores resultados ao longo dos anos, destacando a exposição ao risco financeiro e a necessidade de rever as políticas financeiras.

No CHEDV e no CHVNG/E manifestam-se um bom indicador de LG da amostra. No CHEDV, em 2009, o ativo cobria o passivo em 255% e em 2016 cobria em 290%.

Relativamente ao CHVNG/E, o mesmo também alcançou bons resultados em todo o período da análise o ativo consegue financiar mais de 100% do passivo.

No Hospital de Cascais, foi a partir de 2013 que o rácio de LG começou a evidenciar-se favoravelmente e apresentar resultados benéficos. A contribuir para estes resultados destaca-se a recapitalização ocorrida em 2012 que possibilitou a alteração na estrutura dos CP. Até 2013, a instituição tinha dificuldades em satisfazer os seus compromissos, uma vez que o seu ativo corrente não gerava valor suficiente para satisfazer a totalidade dos seus compromissos de curto prazo, realidade essa, que se alterou em 2013. A partir de 2014, a exposição ao risco baixou significativamente, e foi alcançada a regra do equilíbrio mínimo.

No Hospital de Braga, em termos de LG, verifica-se que a sociedade evidencia dificuldades em satisfazer os seus compromissos a curto prazo, apesar de este rácio ter evidenciado algumas melhorias ao longo do período em análise.

De um modo geral, todas as entidades da amostra evidenciam uma situação instável e pouco favorável, apenas o Hospital de Cascais o CHEDV e o CHVNG/E evidenciaram rácios mais favoráveis no período de análise.

- **Rentabilidade**

O principal objetivo de qualquer hospital é de garantir qualidade na saúde não gerando resultados negativos. (Jagels & Coltman, 2004).

Rentabilidade Operacional das Vendas

O ROV (Resultado Operacional/Vendas) exprime os ganhos obtidos em termos operacionais por cada unidade monetária de volume de negócios, avaliando o retorno em termos de resultado operacional, obtidos por conta do volume de negócios realizado.

Tabela 4.35: Evolução da Rentabilidade Operacional da Vendas (ROV)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-12%	-6%	-5%	-1%	-2%	2%	0%	-4%
CHLO	-14%	-18%	-15%	-5%	0%	-3%	-3%	1%
CHCB	-4%	-2%	-31%	-22%	-30%	-7%	-36%	2%
CHMB	s.d	-30%	-42%	-22%	-5%	-1%	-21%	-30%
CHEDV	-4%	-2%	-2%	-3%	-4%	-6%	-2%	-8%
CHVNG/E	0%	0%	1%	-4%	-3%	-3%	-13%	0%
Hospital de Cascais	0%	-51%	-2%	-2%	6%	6%	5%	3%
Hospital de Braga	-11%	1%	-30%	-8%	0%	2%	3%	-3%

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Relativamente ao CHP verificamos que a ROV tem sido inconstante ao longo dos últimos cinco anos, devido a uma estrutura de custos fixos muito pesada e com custos operacionais que tendem a crescer, não sendo este crescimento proporcional ao crescimento dos proveitos. No entanto, após a saída da Troika, entre 2011 e 2014, este rácio registou uma melhoria face a 2009. Em 2015 e 2016, devido à reposição dos cortes salariais existentes, o rácio piorou face a 2014.

No CHLO, a tendência é a mesma entre 2009 e 2011 verificou-se a existência de um rácio muito baixo, no entanto após a saída da Troika de Portugal a tendência foi de melhoria. Entre 2012 e 2016, verifica-se que a empresa apesar de baixa tem capacidade de suportar as suas obrigações. Neste ano, os resultados operacionais positivos e o aumento do volume de negócios fizeram com que este rácio melhorasse. Os restantes períodos com um ROV negativo assinala os resultados operacionais negativo devido à estrutura de custos operacionais não estar ajustada aos proveitos, sendo este facto frequente na nossa amostra.

No CHCB, verificamos que este rácio apresenta valores muito baixos, devido ao resultado operacional serem excessivamente negativos, evidenciando um risco elevado associado à descida do volume de negócios, que poderá ter impactos ainda mais nocivos. Este é o rácio que permite avaliar a capacidade de absorção dos gastos financeiros, logo como o mesmo é negativo não existe capacidade de absorção dos mesmos, o que justifica a passagem do empréstimo pedido em 2008 para CP.

No CHBM, verificamos que existe uma degradação acentuada deste indicador, o que evidencia a inexistência de absorção dos gastos de estrutura associados a esta atividade, os fatores que contribuem para este cenário é uma estrutura de gastos pesadas e com

tendência a aumentar, cujo os proveitos operacionais não suporta. Caso existissem gastos financeiros o CHBM, não teria capacidade de absorver os mesmos. O risco associado a uma maior descida da prestação de serviços é elevando, urgindo a necessidade de uma racionalização na utilização dos recursos de modo a reduzir o seu peso na atividade.

Relativamente ao CHEDV, a mesma apresenta valores negativos ao longo do período de análise, apesar de o EBITDA ser positivo, à exceção do ano de 2015, as amortizações tiveram um efeito muito negativo no EBIT. O CHEDV não tem gastos de financiamento nem extraordinários, mas caso tivesse o mesmo não tinha capacidade em fazer face aos mesmos.

O CHVNG/E manteve uma estrutura de custos desajustada aos proveitos levando a um ROV negativo entre 2012 e 2015. No entanto, entre 2009 e 2011 e em 2016, este rácio obteve um resultado próximo de zero.

Relativamente ao Hospital de Cascais apresentou um ROV negativo entre 2010 e 2012, fruto dos elevados gastos operacionais devido à transferência para o novo edifício Hospitalar em março de 2010, que constituiu também um fator de perturbação no normal funcionamento da atividade reduzindo os proveitos operacionais. No entanto, a partir de 2013, esta situação foi revertida, uma vez que obteve um ROV positivo de 6% e em 2016 de 3%.

No Hospital de Braga, o panorama entre 2009 e 2012 não é assim tão favorável, o cenário pouco promotor é resultado de um ROV negativo, que teve por base a passagem para regime de PPP promovendo elevados custos operacionais e multas por incumprimento contratual entre 2011 e 2012. Entre 2013 e 2015, este indicador obteve uma ligeira melhoria devido ao aumento dos proveitos operacionais.

De um modo geral, verificamos que o ROV entre 2010 e 2016, das entidades da nossa amostra, era significativamente negativo evidenciando um crescimento desajustado desta atividade.

A partir de 2012, evidenciaram-se algumas melhorias, fruto das restrições orçamentais e da contenção de gastos a que estas instituições foram subordinadas devido às exigências

da Troika, no entanto em 2015 os resultados deste indicador caíram novamente devido ao aumento dos custos com pessoal. Os resultados negativos deste rácio podem evidenciar a falta de capacidade de suportar possíveis gastos com financiamento e inviabilizar muitos investimentos. Tendo em conta o peso dos gastos com o pessoal e de FSE, qualquer medida de redução de custos terá de estar associada a estas rúbricas.

- **Rentabilidade Líquida das Vendas (RLV)**

Este rácio analisa a relação entre os resultados e as vendas (Resultado Líquido/Vendas), ou seja, mede o lucro da empresa por cada unidade monetária de vendas e indica a totalidade do desempenho da empresa, incluindo gastos de financiamento e impostos. Este rácio mede a rentabilidade que a empresa tem depois de pagos todos os custos, encargos financeiros e impostos assim como estuda a estrutura de custos de uma sociedade.

Tabela 4.36: Evolução da Rentabilidade Líquida das Vendas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-15%	-7%	-6%	-2%	-3%	0%	-2%	-6%
CHLO	-14%	-20%	-5%	-5%	1%	-3%	-6%	1%
CHCB	-15%	-7%	-6%	-2%	-3%	0%	-2%	-6%
CHBM	n.d	-29%	-41%	-29%	-5%	0%	-20%	-30%
CHEDV	-2%	0%	0%	-3%	-4%	-5%	-2%	-8%
CHVNG/E	0%	0%	0%	-3%	-1%	-1%	-13%	0%
Hospital de Cascais	-2%	-52%	-4%	-4%	6%	5%	6%	3%
Hospital de Braga	-12%	1%	-31%	-9%	-1%	1%	2%	-3%

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

Ao analisarmos o RLV da amostra verificámos que à exceção do Hospital de Cascais, todas as outras instituições prestadoras de cuidados de saúde da amostra apresentam um RLV negativo na maior parte dos períodos em análise o que demonstra um desequilíbrio acentuado entre a estrutura de custos e de proveitos na generalidade.

Entre 2009 e 2011, as entidades em estudo apresentaram resultados extremamente nocivos, fruto da estrutura de custos desajustada aos proveitos, levando a um RL negativo e posteriormente a um RLV pouco satisfatório. Posteriormente, entre 2012 e 2015, este rácio apesar de negativo teve uma ligeira melhoria devido às imposições na contenção de custos a que foram sujeitos. No entanto, em 2016, voltou a piorar devido ao aumento dos custos operacionais nomeadamente à reposição salarial e ao aumento das contratações nos hospitais.

- **Rentabilidade do Capital Próprio (RCP)**

Relativamente à RCP (Resultados Líquidos/Capitais Próprios), que mede a eficiência com que as empresas utilizam os capitais próprios, quanto mais elevado for o rácio, maior a possibilidade de a atividade de se autofinanciar no decorrer da sua atividade.

Este rácio permite a comparações com investimentos ou aplicações alternativas, valores muito baixos de rendibilidade poderão dificultar a obtenção de fundos necessários à realização de investimentos ou mesmo à manutenção dos níveis de atividade.

Contudo, este rácio não foi calculado devido aos constantes CP negativos fruto dos Resultados Transitados negativos que estão a destruir valor. A existência de CP negativos, é apenas o reflexo do passivo não coberto pelo ativo que leva a um aumentando do risco e da continuidade. Deste modo, verificámos que a tendência é a de capitais permanentes insuficientes para fazer face ao investimento.

O Hospital de Cascais é a única entidade que consegue obter um resultado mais aceitável e positivo, para este cenário contribuiu a recapitalização da entidade e os resultados positivos obtidos neste último período.

- **Rentabilidade Operacional do Ativo**

A Rentabilidade Operacional do ativo (Resultado Operacional/Ativo) é um indicador de rentabilidade que procura avaliar a eficiência e a capacidade de gestão dos ativos detidos pela empresa em termos de produção de resultados financeiros. Quanto maior o valor do ROA, melhor será a performance da empresa na utilização dos seus ativos. Um resultado elevado significa que os ativos da empresa têm elevada capacidade para gerarem retorno financeiro.

Tabela 4.37: Evolução da Rentabilidade Operacional do Ativo

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-27%	-13%	-12%	-7%	-6%	0%	-3%	-7%
CHLO	-13%	-13%	-8%	0%	5%	0%	0%	1%
CHCB	-3%	-1%	-32%	-21%	-32%	-5%	-37%	4%
CHMB	s.d	-12%	-16%	-7%	0%	3%	-10%	-27%
CHEDV	1%	2%	2%	1%	1%	0%	2%	-7%
CHVNGE	1%	0%	1%	-4%	-2%	1%	-6%	s.d
Hospital de Cascais	5%	-32%	-7%	9%	27%	23%	20%	17%
Hospital de Braga	-7%	8%	-37%	-6%	8%	13%	13%	2%

Fonte: Elaboração própria segundo os dados dos RC

A noção de sustentabilidade leva-nos a que os resultados devam ser suficientes para pelo menos assegurar a manutenção e remuneração dos CP e possibilitar a remuneração e reembolso do passivo.

No caso do CHP, CHLO, CHCB e CHBM existe a evidente existência de prejuízos que têm como consequência a redução dos CP, degradando assim o equilíbrio primário do balanço. Se este fator de desequilíbrio, se mantiver similar as condições de operação, vão provocar reajustes através de redução de activos, aumento do passivo e reforço de CP.

Relativamente ao CHEDV e ao CHVNG/E, às duas entidades PPP em estudo verificamos que alcançaram um melhor indicador de ROA devido a melhores resultados operacionais.

4.2.3. Indicadores

- **Peso dos custos com colaboradores nos custos operacionais**

Os custos com colaboradores têm um papel excessivamente relevante nos custos operacionais das entidades em estudo, esta é a rúbrica com maior peso e impacto nos gastos.

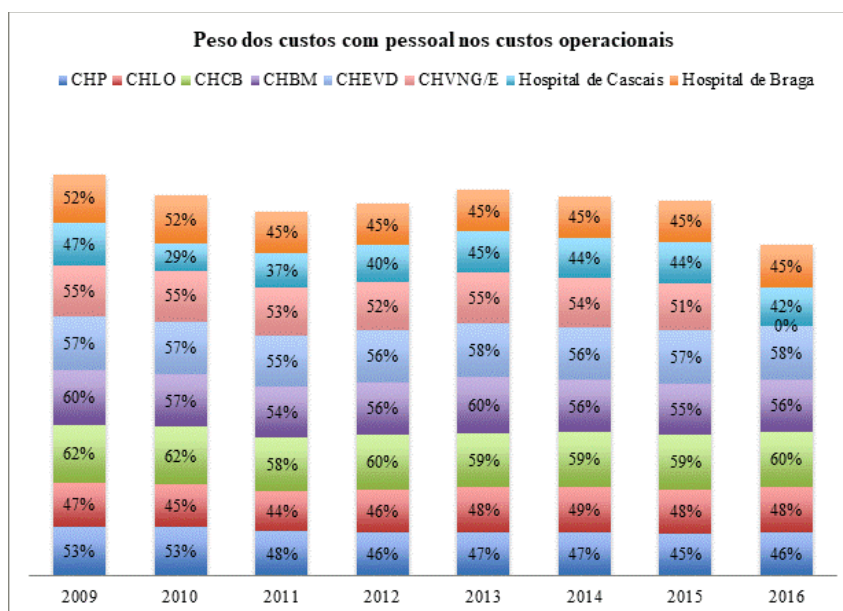


Figura 4.4: Peso dos custos com colaboradores nos custos operacionais

De um modo geral, verificamos que entre 2010 e 2012, os custos com Recursos Humanos tiveram uma tendência decrescente na generalidade da amostra, devido às exigências de contenção de custos. Em 2013, em algumas entidades, os custos com Recursos Humanos aumentaram ligeiramente, contudo em 2014 e 2015, estes tiveram um ligeiro decréscimo e em 2016 fruto das reposições salariais e do aumento das contratações, o custo aumentou de um modo geral.

É de sublinhar que os custos com Recursos Humanos são os custos com um maior impacto nos custos operacionais, deste modo alguma tentativa de reorganização/reestruturação de gastos passaria por uma otimização e gestão dos Recursos Humanos.

O CHCB é a entidade cujo custo com pessoal tem um maior impacto nos custos operacionais. Entre 2009 e 2016, o impacto desta rubrica variava entre 58% e 62% nos custos operacionais, a contribuir para este resultados pode estar a antiguidade e idade dos colaboradores, uma vez que o CHCB é apontado por evidenciar um claro envelhecimento do grupo de pessoal médico com elevados níveis de aposentação, gerando instabilidade uma vez que se teme uma redução significativa dos colaboradores nos próximos anos e a maioria dos profissionais médicos preferem trabalhar em grandes cidades em detrimento do interior, gerando assim um fator de risco para esta entidade. De sublinhar ainda que o CHCB obteve em todos os períodos à exceção de 2016 um ROV bastante negativo, de toda a nossa amostra este foi os que apresentou um resultado e uma performance menos favorável, evidenciando assim um elevado peso dos custos fixos.

- **Custo médio por colaborador**

Analisado o impacto da rubrica de pessoal nos custos operacionais, é profícuo analisar o custo por colaborador de modo a investigar qual a sua evolução ao longo do período de análise.

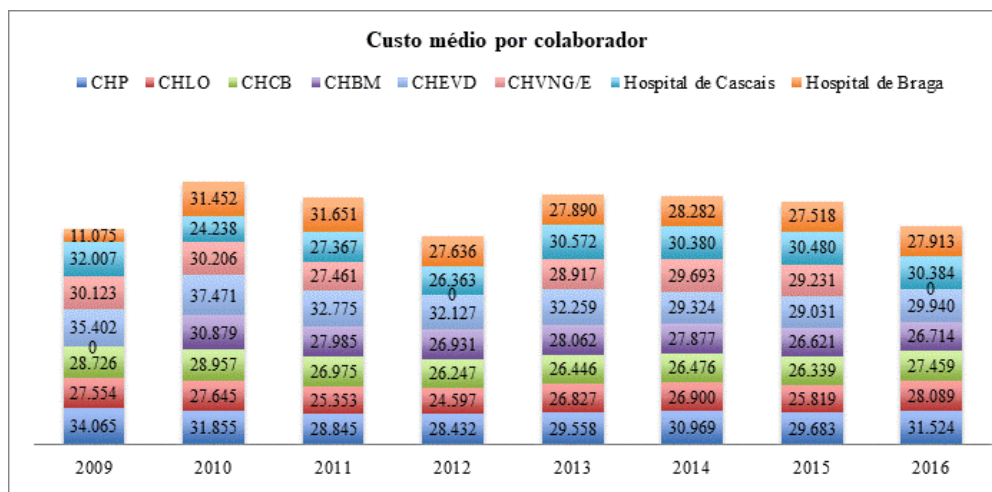


Figura 4.5: Custo médio por colaborador

Em 2011 e 2012, anos após a presença da Troika em Portugal, o custo médio por pessoa diminuiu de um modo geral em toda a amostra, devido às reduções impostas nos custos com pessoal para o setor da saúde. Em 2013 e 2014, confirma-se uma ligeira subida face a 2012, e em 2015 os custos por pessoa têm uma ligeira caída. O ano de 2016, de um modo geral, foi marcado pelo aumento do custo médio por pessoa tendo por base as reposições salariais e as novas contratações.

De um modo geral, a tendência do custo médio por pessoa é de aumentar, o que poderá urgir um controlo da performance numa perspetiva de processos. Exemplos de áreas chaves de monitorização são análise e avaliação do atingimento de resultados, outro exemplo de indicadores de performance financeira, poderá passar pela análise do valor acrescentado por colaborador e volume de prestação de serviços efetuados. Contudo também poderá ser um importante indicador de performance não financeira, que poderá envolver a análise por número de melhorias em processos, índice de satisfação dos colaboradores e índice de qualificação dos colaboradores. É de reconhecer que são as pessoas que gerem os bons e maus resultados, pelo que não é possível gerir com rigor desconhecendo o valor gerado por cada colaborador, a sua motivação, o seu envolvimento, as suas competências, as suas capacidades e o seu contributo para a inovação e melhoria da performance (Jordan et al. 2015).

Analisando a evolução entre 2009 e 2016, apenas o CHLO é que aumentou o custo médio por colaborador, todas as outras entidades sofreram uma redução.

- **Receitas totais por colaborador**

Neste estudo, pareceu-nos relevante analisar as receitas totais por colaboradores de modo a avaliar se tiveram a mesma evolução que o custo médio por colaborador.

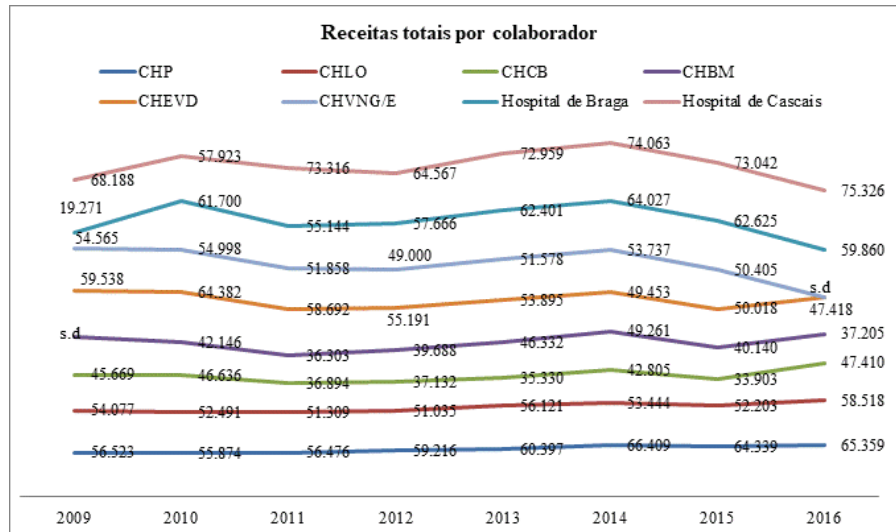


Figura 4.6: Receitas totais por colaborador

Verificámos que em 2011, 2012 e 2015 tal como no custo médio por pessoa existiu uma redução de receitas por pessoa na generalidade da amostra.

Nos restantes períodos, existiu uma variação positiva da receita na maior parte das entidades da amostra. Em 2016 constatou-se um aumento no CHP, CHLO, CHCB e no Centro Hospitalar de Cascais, na maior parte da amostra.

Com o objetivo de sermos mais preciso na análise da evolução de receitas por pessoas, achamos importante ainda avaliar a evolução do número de funcionários de cada entidade, de modo a verificar se existiu alguma ligação na redução das receitas.

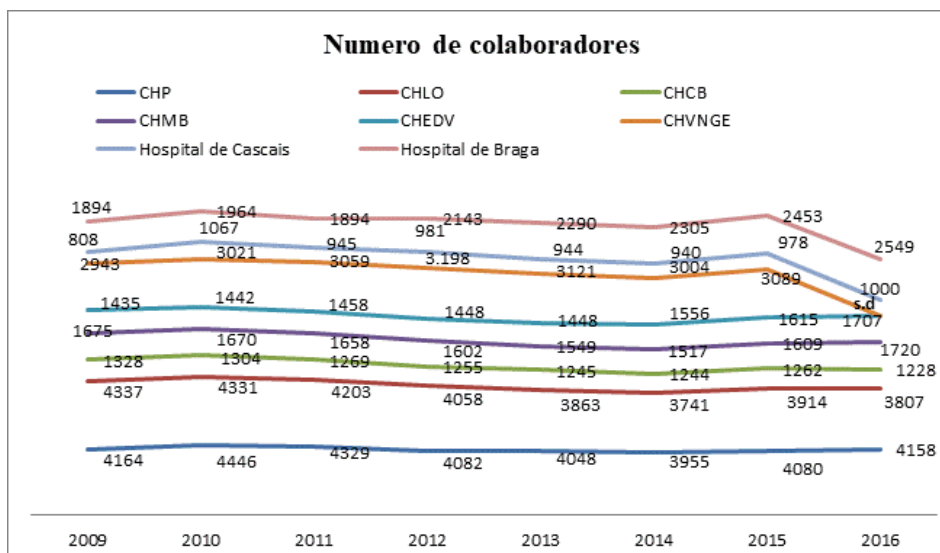


Figura 4.7: Número de colaboradores

De 2010 para 2011 houve uma redução do número de pessoas, em todas as entidades, indo de encontro com a redução dos custos totais por colaborador, relativamente às receitas por colaborador também se denotou uma redução para o mesmo período e por contrapartida os proveitos operacionais tiveram também um ligeiro decréscimo, apesar de em 2010 terem tido um crescimento francamente positivo.

Entre 2011 e 2014, evidencia-se uma redução do número de colaboradores e por sua vez para o mesmo período as receitas totais por pessoa tiveram uma oscilação positiva, tal como os proveitos operacionais, reduzindo também o custo médio por colaborador.

Em 2015 e 2016, devido a novas contratações, o número de colaboradores aumentou, aumentando também o custo com pessoal, por sua vez os proveitos operacionais também aumentaram, contudo, as receitas por colaborador diminuíram, ou seja, o aumento existente do número de colaboradores não foi acompanhado pelo aumento de receitas por colaborador.

Deste modo, verificamos que o aumento de colaboradores não originou no imediato um aumento das receitas por colaborador, aumentando apenas os custos com pessoal. Ainda é importante referir que ao longo da análise aos Relatórios e Contas da amostra foi evidente o impacto dos honorários dos serviços médicos nos FSE, evidenciando assim que os custos com pessoal estão camuflados na rubrica de FSE.

4.2.4. Dimensão de *Benchmarking* e indicadores económicos

4.2.4.1. Custo por Doente-Padrão

A nossa amostra está composta por entidades que compõem o **Grupo C** (CHBM, CHCB, CHEDV, Hospital de Cascais PPP), o **Grupo D** (CHVNG/E, Hospital de Braga) e entidades do **Grupo E** (CHLO e CHP), das quais vamos introduzir alguns dados *Benchmarking* para ver a sua evolução.

i. Indicadores Económicos e de Produtividade

Relativamente ao custo operacional por Doente Padrão apenas conseguimos obter os resultados entre 2012 e 2016.

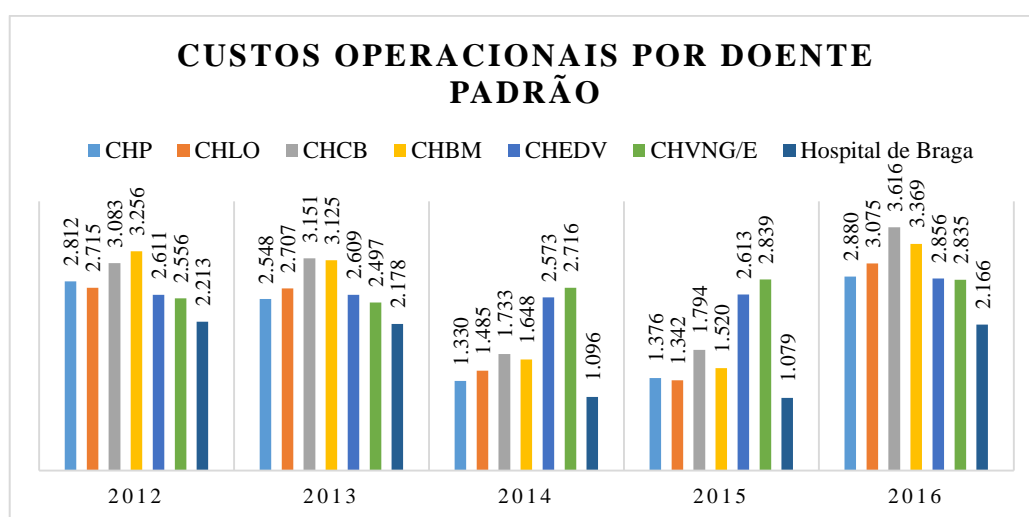


Figura 4.8: Custos Operacionais por doente padrão

Fonte: ACSS, Indicadores *Benchmarking*

De acordo com os dados de *Benchmarking* publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), I.P, constata-se que foi 2012 e 2013 os anos em que as entidades em análise tinham um maior custo operacional por doente padrão, tendo esta uma tendência decrescente em 2014 e 2015. Contudo, em 2016, a tendência foi de aumento do custo operacional por doente padrão, patenteada de um modo geral pelo aumento dos custos com pessoal, indo ao encontro com o que anteriormente foi referido.

Relativamente a entidades com melhor desempenho no custo operacional por doente padrão, foi o Hospital de Braga gerido em regime de Parcerias público-privada. Em

grande parte, a maior eficiência é devido aos menores custos com pessoal por doente padrão.

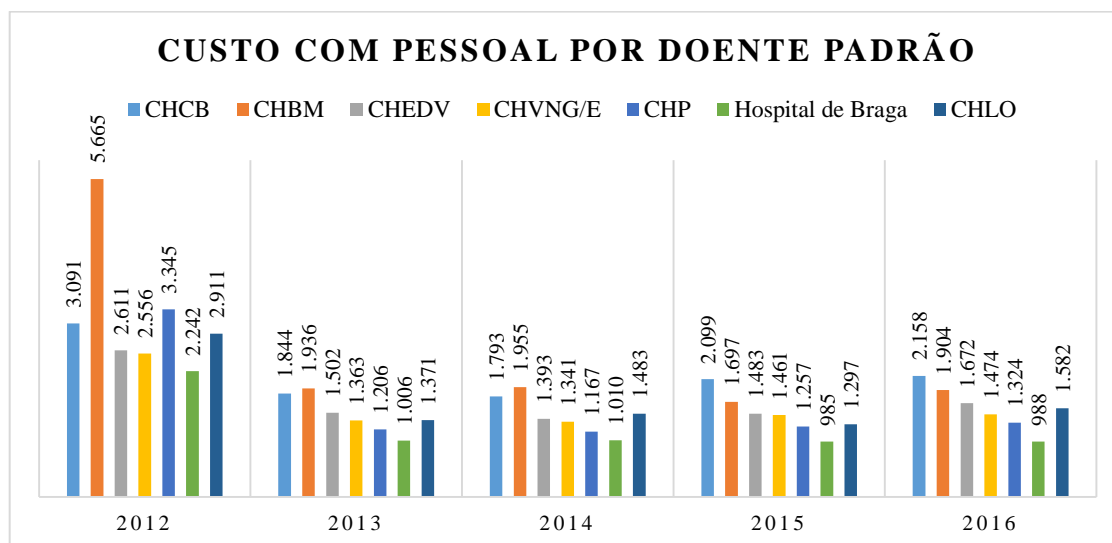


Figura 4.9: Custo com pessoal por doente padrão

Fonte: ACSS, Indicadores *Benchmarking*

De modo a sustentar a afirmação anterior, segundo o Relatório n.º 24/2016-2a Secção Proc. n.º 09/15-Audit Volume, em 2015 o gasto operacional por doente padrão do Hospital de Braga, é o que apresentava o valor mais baixo de entre as 29 unidades hospitalares do SNS analisadas. Em 2016, comparando com as entidades da amostra o Hospital de Braga é a entidade com o melhor indicador. Esta eficiência também decorre dos índices de produtividade dos recursos humanos e não apenas dos menores níveis salariais por colaborador.

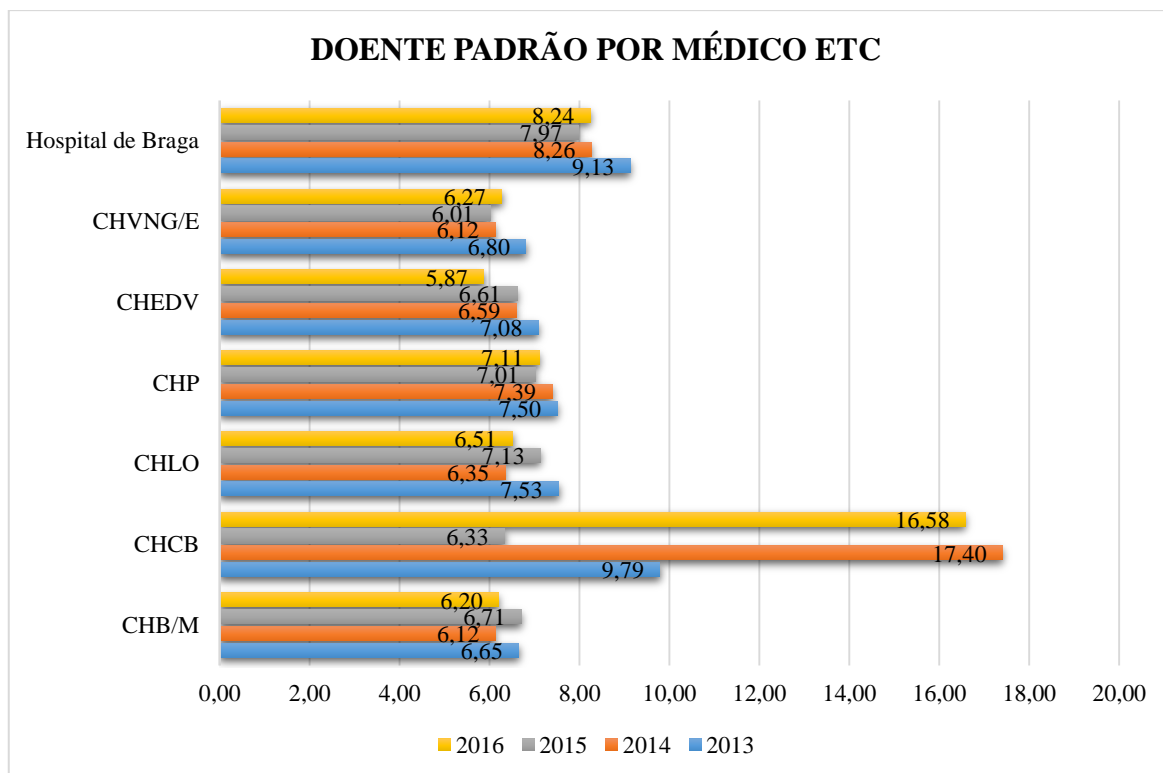


Figura 4.10: Doente Padrão por médico

Fonte: ACSS, Indicadores *Benchmarking*

O Hospital de Braga é o segundo Hospital da amostra com o melhor indicado de Doente Padrão por Médico ETC, ocupando a primeira posição o CHCB.

Este indicador em 2016 vai de encontro com o aumento do número de colaboradores ocorridos neste mesmo ano, ou seja, aumentaram o número de médicos, diminuiu este indicador.

Relativamente aos FSE por Doente Padrão verifica-se que o Hospital de Braga continua a registar o menor custo por doente padrão, revelando-se assim o hospital com melhor indicador.

Seguidamente ao Hospital de Braga, o CHEDV e o CHVNG/E são as outras entidades que melhor indicadores apresentam. Ainda em relação aos custos com FSE por doente padrão o Hospital de Braga continua a obter um dos melhores indicadores de desempenho.

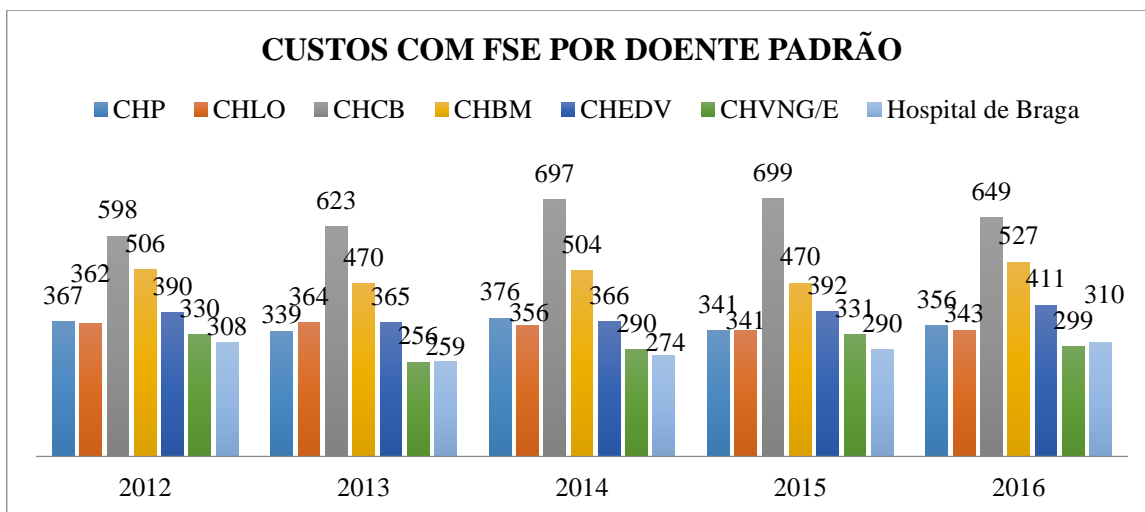


Figura 4.11: Custos com FSE por Doente Padrão

Fonte: ACSS, Indicadores *Benchmarking*

As entidades que obtiveram o melhor desempenho foi o CHVNG/E e o Hospital de Braga tal como referido anteriormente, por sua vez a entidade com maior custo com FSE por doente padrão é o CHCB.

No entanto, referente ao CHCB, verificou-se anteriormente uma variação positiva nos FSE muito por causa das prestações de serviços médicos.

Relativamente ao custo com matéria-prima por doente-padrão, o CHBM é o que apresenta um custo mais baixo, seguidamente do CHCB.

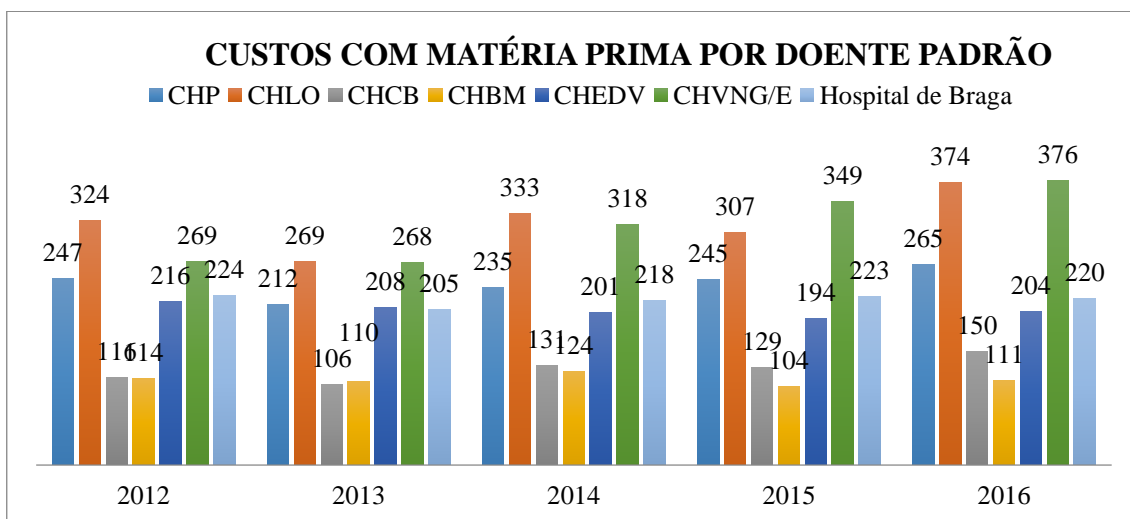


Figura 4.12: Custo com matéria-prima por Doente Padrão

Fonte: ACSS, Indicadores *Benchmarking*

Por sua vez o CHLO e o CHVNG/E, são os que apresentam um custo maior com matéria-prima por Doente Padrão.

4.3. Discussão dos resultados

Neste capítulo procederemos à discussão dos resultados da análise financeira efetuada, atendendo aos objetivos e questões de investigação que foram propostos:

1. Verifica-se que a estrutura de custos se encontra adequada à realidade existente?
2. As estruturas de capitais e o endividamento tendem a obter melhores resultados?
3. Há melhores indicadores nas Parcerias público-privadas?
4. Os impactos da Troika foram benéficos nos resultados?

Objetivo 1: Verifica-se que a estrutura de custos se encontra adequada à realidade existente?

Relativamente ao objetivo 1 verificamos que a estrutura de custos se encontra desajustada aos proveitos operacionais das entidades da amostra.

Na maioria da amostra os piores resultados foram registados entre 2009 e 2012, e a partir de 2013 o EBITDA teve uma ligeira melhoria em algumas das entidades em estudo, no entanto os resultados negativos resistiram, denotando-se assim um desajuste dos custos operacionais face aos proveitos.

No caso das entidades em regime de EPE, numa análise a oito períodos económicos, apenas o CHEDV, conseguiu fechar seis dos oito períodos com um EBITDA positivo, o CHVNG/E foi outra das entidades que obteve um dos melhores resultados, fechando quatro períodos com um EBITDA positivo. As restantes quatro EPE obtiveram resultados pouco otimistas.

Os gastos com pessoal são os custos com maior peso nos custos operacionais, tal como se verificou anteriormente, ocupando cerca de 50% da totalidade dos gastos operacionais, no entanto existiu uma redução/contenção do gasto desta rubrica entre 2009 e 2016, já considerando as reposições salariais ocorridas em 2016.

Contudo não foram apenas os custos com pessoal que aumentaram o peso nos custos operacionais, os CMVMC também aumentaram, muito devido ao aumento dos preços dos medicamentos.

Tabela 4.38: Peso dos CMVMC nos Custos Operacionais

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	34%	34%	38%	40%	40%	40%	42%	42%
CHLO	36%	37%	39%	36%	36%	35%	36%	37%
CHCB	20%	20%	21%	20%	20%	20%	21%	21%
CHBM	s.d	23%	25%	24%	23%	23%	23%	23%
CHEVD	21%	22%	24%	23%	24%	24%	24%	23%
CHVNG/E	31%	31%	32%	31%	32%	31%	32%	s.d
Hospital de Cascais	28%	18%	25%	25%	24%	23%	24%	23%
Hospital de Braga	28%	31%	32%	33%	32%	34%	35%	34%

Em relação às entidades geridas em PPP, no Hospital de Cascais os primeiros anos foram os mais desafiantes em termos de resultados, uma vez que foi necessária uma reorganização tanto a nível de serviços prestados como de recursos disponíveis, no entanto após 2013 teve uma performance positiva, conseguindo manter um EBITDA positivo até 2016. Relativamente ao Hospital de Braga, o primeiro ano em regime de PPP, alcançou um EBITDA positivo fruto do aumento da oferta das prestações de serviços, contudo entre 2011 e 2013 o EBITDA foi negativo, recuperando em 2014 e 2015. Apesar de a amostra ser menor nas entidades em regime de PPP, os melhores resultados económicos encontram-se nestas entidades.

Relativamente ao ROV traduz o desajuste dos custos operacionais face aos proveitos, uma vez que apresenta um rácio negativo, na generalidade da amostra e na maior parte dos períodos em análise.

Os valores obtidos neste rácio demonstram que se existisse encargos financeiros as entidades, na generalidade, não tinham capacidade de absorver os mesmos.

Objetivo 2: As estruturas de capitais e o endividamento tende a obter melhores resultados?

Ao analisarmos a estrutura e evolução dos CP da amostra, verifica-se que à exceção do Hospital de Cascais e do CHEDV em todas as outras entidades o CP teve tendência a degradar-se devido aos constantes RLE negativos, que destroem valor e consomem o CP.

A constante degradação do CP é refletida no rácio de autonomia financeira, onde se verifica que o mesmo tem uma tendência decrescente e na sua maioria obteve um rácio negativo, evidenciado uma excessiva exposição a capitais alheios, refletindo assim problemas graves e crónicos a nível financeiro e estrutural. Apenas o Hospital de Cascais e o CHEDV é que conseguiram manter um rácio de autonomia financeira acima dos 33% até 2016, valor, este que se considera aceitável. Estes valores são um indicador de alarme uma vez que o CP, não tem capacidade de financiar o ativo.

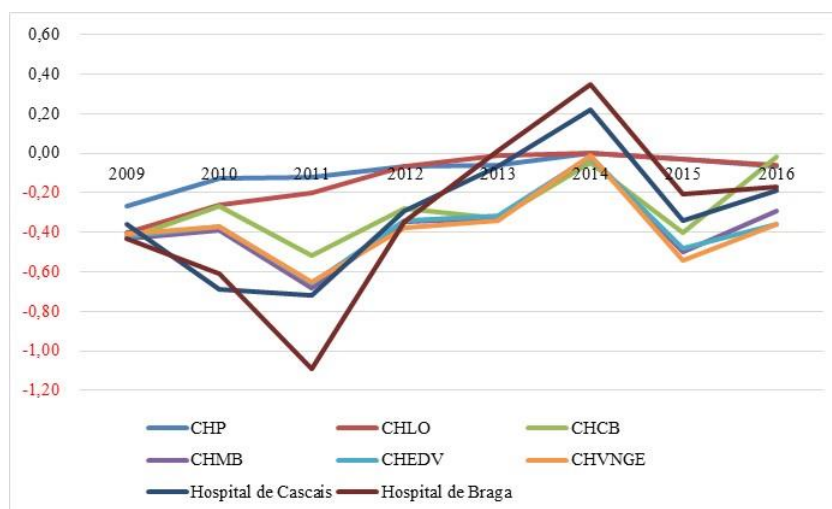


Figura 4.13: Evolução da Liquidez Geral

No rácio de LG também é evidente o risco financeiro associado a estas entidades uma vez que este rácio tende a degradar-se, ano após anos, nunca alcançando valores aceitáveis, intensificando a falta de capacidade do ativo em cobrir o passivo. Apesar do rácio ter melhorado a partir de 2013, o mesmo teve uma tendência decrescente em 2015, e em 2016 evidenciou novamente sinais de melhoria.

A deterioração da liquidez no setor hospitalar também é visível através dos prazos médios de pagamentos a fornecedores, que na generalidade se têm vindo a degradar entre 2013 e 2016, uma vez que entre 2012 e 2013 se obteve uma melhoria generalizada do PMP a fornecedores, estas acentuadas variações entre 2009 e 2016, é um indicador de alarme que reflete dificuldades de tesouraria e instabilidade económico-financeira nestas entidades prestadoras de serviços de saúde.

Fundamentando a falta de liquidez das entidades do SNS, analisou-se a evolução da dívida hospitalar no setor farmacêutico.

Segundo a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008, estima-se que o prazo médio de pagamentos em Portugal seja significativamente superior ao praticado nos restantes países europeus. A prática de prazos de pagamento alargados é comum aos vários agentes económicos, onde se incluem alguns serviços das administrações públicas e algumas empresas do setor empresarial do Estado.

A preocupação de redução dos prazos de pagamento nas transações comerciais na economia portuguesa para níveis próximos dos padrões internacionais tem como objetivo melhorar o ambiente de negócios, reduzindo custos de financiamento e de transação, introduzindo maior transparência na fixação de preços e criando condições para uma concorrência mais sã. Deste modo, e indo ao encontro de redução dos prazos médios de pagamento, foi criada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008, que aprova o Programa Pagar a Tempo e Horas que tem como objetivo reduzir significativamente os prazos de pagamento a fornecedores de bens e serviços praticados por entidades públicas. O Programa abrange serviços e fundos da administração direta e indireta do Estado, Regiões Autónomas, municípios e empresas públicas, ainda que através de diferentes regras e mecanismos.

Assim sendo e apesar da aprovação do Programa Pagar a Tempo e Horas, verifica-se que foi apenas a partir de 2012, após a chegada da Troika a Portugal que os Prazos Médios de Recebimento (PMR) no setor farmacêutico, começaram a reduzir, esta redução manteve-se até 2015.

Tabela 4.39: PMR das entidades do SNS no Setor Farmacêutico

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dívida a mais de 90 dias (M €)	387	696	1005	826	681	530	437	518
Dívida Total (M €)	653	965	1283	1125	990	783	695	780
PMR (M €)	285	375	476	500	489	476	385	s.d

Fonte: Apifarma, 2016

No entanto, em 2016, verificou-se um aumento significativo da dívida, face aos dois últimos anos, evidenciando a degradação dos resultados neste último ano de 2016 (Apifarma, 2016).

Objetivo 3: 3. Há melhores indicadores nas Parcerias público-privadas?

Relativamente às parcerias PPP, pretende-se relatar através dos dados obtidos da análise realizada previamente aos rácios económico-financeiras, indicadores unitários e indicadores de *Benchmarking* económicos e de produtividade se as PPP evidenciam melhores resultados económicos e de produtividade que as entidades E.P.E.

Consideramos nesta análise apenas o período entre 2012 e 2016, uma vez que se considera numa ótica de gestão que os primeiros anos foram de adaptação e de reestruturação ao regime de PPP.

Relativamente ao Rácio de autonomia financeira, enquanto o Hospital de Braga obteve resultados negativos, o Hospital de Cascais foi uma das entidades que obteve melhores indicadores (30%). Para além dos resultados líquidos do exercício, contribuíram ainda para este indicador a recapitalização realizada em 2012.

Em relação à LG, as duas entidades geridas em PPP, foram as que obtiveram os melhores indicadores, não obstante em nenhuma das entidades o ativo consegue cobrir 100% do passivo na totalidade.

Relativamente ao peso dos custos com pessoal nos custos operacionais, o Hospital de Braga e o Hospital de Cascais, são das entidades que apresentam uma percentagem mais baixa, evidenciando-se como as mais eficientes na gestão de Recursos Humanos, uma vez que foram estas duas entidades que registaram também um menor impacto dos custos com Recursos Humanos nos custos operacionais e que obtiveram um ROV positivo entre 2013 e 2016, à exceção do Hospital de Braga que em 2016 obteve um ROV de -3%. Em relação às receitas totais por colaborador o Hospital de Braga foi a segunda entidade que obteve uma maior rentabilidade por pessoa, sendo a primeira o CHP, podendo ser mais uma evidência de uma eficiente gestão de Recursos Humanos.

Na RLV o Hospital de Cascais foi a única entidade da amostra que alcançou um resultado positivo de 3%, o Hospital de Braga apesar de ser também das entidades com melhores resultados, este foi negativo (-2%). Mais uma vez se salienta os melhores resultados face às restantes entidades regidas em EPE.

Relativamente aos dados de *Benchmarking*, mas na impossibilidade de obter os dados para o Hospital de Cascais, pelo que apenas foi objeto de comparação seis entidades em regime de EPE e uma entidade em regime de PPP (Hospital de Braga), apurou-se que relativamente ao custo com pessoal por doente padrão, aos custos operacionais por doente padrão e aos custos com FSE por doente padrão no Hospital de Braga foi o que obteve um melhor indicador, o que reflete uma melhor gestão em termos operacionais.

Tal como referido anteriormente, através do Relatório n.º 24/2016-2a Secção Proc. n.º 09/15-Audit Volume, o gasto operacional por doente padrão do Hospital de Braga, em 2015, é o que apresentava o valor mais baixo de entre 29 unidades hospitalares do SNS analisadas. Estes resultados positivos também decorrem dos índices de produtividade dos recursos humanos e não apenas dos menores níveis salariais por colaborador, pois tal como foi referido o Hospital de Braga não é das entidades da amostra com o custo médio por pessoa mais baixo.

Deste modo, e tendo em conta os indicadores económicos, financeiros e de produtividade, que achamos mais adequados para verificar se as PPP são mais eficientes e economicamente mais viáveis do que as EPE, verificamos que as PPP apresentam melhores resultados que as EPE da amostra.

De modo, a sustentar os resultados obtidos anteriormente, analisou-se o estudo realizado pela Universidade Católica às PPP de Cascais e Braga em 2016, cuja questão central é qual a diferença entre os encargos para o Estado com um Hospital em PPP e os custos que o Estado teria com os mesmos cuidados de saúde prestados por um hospital com gestão pública.

Na realização deste estudo, o Estado designou para cada Hospital PPP um conjunto de hospitais de referência do SNS, contra o qual deveria ser feita a comparação:

- ✓ No caso do Hospital de Cascais PPP: Centro Hospitalar Cova da Beira;
- ✓ No caso do Hospital de Braga PPP: Centro Hospitalar Tondela Viseu, Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro, Hospital Garcia de Orta em Almada.

A expressão Value for Money, utilizada neste estudo refere-se à poupança criada pela PPP. A título de exemplo:

- ✓ Hospital em PPP teve **Qppp** “prestações”: Encargo para o Estado de uma “prestação” (encargo por doente padrão) na PPP é **Eppp**; Custo de uma “prestação” (custo por doente padrão) nos hospitais comparativos **Cpub**.

$$\text{Value for Money} = \text{QPPP} \times (\text{Cpub} - \text{Eppp})$$

Ainda importa referir que os dados sobre a produção e os índices de case mix para os vários hospitais do estudo foram obtidos através do site de *benchmarking* da ACSS, documentação recebida dos Hospitais PPP, Relatórios e Contas Anuais dos diversos hospitais e base de microdados dos GDHs.

Deste modo foi verificado que a poupança para o Estado no recurso às PPP é a seguinte:

- ✓ Em Cascais 24%, por ano: 17,5 M€ em 79,1 M€;
- ✓ Em Braga 22%, por ano: 31,9 M€ em 177,7 M€.

Assim sendo, o Estado teve uma poupança de 207,4 M€, entre 2012 e 2015, concluindo o estudo que estas PPPs foram um sucesso para o SNS, o que é diferente da experiência habitual de PPP noutras áreas em Portugal. A poupança gerada é substancial e assenta em ganhos consideráveis de eficiência pelo privado, boa alocação de risco, geradora de ganhos contratuais.

Neste estudo foram ainda apontadas duas razões para o sucesso das PPP no País:

- ✓ A qualidade das equipas, que representam a parte pública nas PPP;
- ✓ A monitorização e regulação das PPP na saúde são muito apertadas.

Objetivo 4: Os impactos da Troika foram benéficos nos resultados?

A entrada da Troika em Portugal ocorreu em 2011, e com ela vieram várias imposições, incluso para o setor da saúde, o objetivo passava pelo controlo e redução dos gastos no SNS de modo a aumentar a eficiência e rentabilizar mais os recursos.

Relativamente à autonomia financeira nas entidades EPE, verificou-se que este indicador não obteve melhorias, desde 2009, à exceção do Hospital de Cascais e do CHEDV, este indicador tem vindo a degradar-se substancialmente, não pondo em causa a continuidade, mas pondo em causa a sustentabilidade destas entidades.

Em relação à LG, não se verifica o mesmo panorama, uma vez que existiu uma ligeira melhoria deste indicador, contudo para este cenário tem contribuído as constantes adendas ao Contrato-Programa, de modo a fazer face às dívidas a terceiros, nomeadamente a fornecedores, uma vez que os resultados operacionais não libertam fundos para solver os seus compromissos a curto prazo. A evolução dos prazos médios de pagamento a fornecedores acompanhou a evolução da LG, uma vez que se assinalou uma ligeira melhoria após 2012. Este indicador também teve fortes pressões para ser melhorado devido ao Programa Pagar a Tempo e Horas.

Em relação ao ROV e ao RLV, sentiu-se uma ligeira melhoria após 2012, à exceção do CHCB e do CHVNG/E, que pioraram estes indicadores.

Relativamente ao custo médio por colaborador, também se sentiu uma melhoria, uma vez que houve um corte real nos custos, nomeadamente no Subsídio de Férias e Natal, contudo em 2016, sentiu-se um aumento no custo médio por pessoa devido à reposição destas duas variáveis, referidas anteriormente. Em 2012, um ano após a chegada Troika verificou-se uma redução do custo médio por pessoa, contudo logo em 2013 e 2014 houve um aumento deste custo e em 2016 ocorreram as reposições aos cortes salariais.

Segundo a análise dos indicadores, anteriormente referidos e expostos, verifica-se que não houve nenhuma melhoria significativa nos rácios após a Troika, existiu um ligeiro abrandamento nos custos, nomeadamente custos com pessoal, que foi rapidamente reposto nos anos seguintes a 2014.

CONCLUSÃO

O sistema de saúde português defrontasse com grandes desafios de sustentabilidade financeira uma vez que as despesas de saúde são elevadas e as receitas provenientes dos Contratos-Programa são insuficientes para fazer face ao aumento dos custos associados às prestações de serviços de saúde.

Este crescimento de despesa, que não é acompanhado pelos proveitos operacionais, gera constantes RL negativos o que provoca a médio prazo uma degradação dos CP, levando assim a que os rácios de autonomia financeira e de liquidez geral assumam valores pouco favoráveis.

A falta de liquidez e solvabilidade destas instituições provoca também uma diminuição de investimento originando uma ausência de inversão, tanto numa ótica de renovação como numa ótica de adaptação e inovação das instalações. A ausência de capacidade de investir em ativos também provoca uma subutilização dos equipamentos médicos fazendo com que haja uma ausência de investimento na inovação de modo a responderem às reais e crescentes necessidades dos utentes.

Os resultados obtidos levam a concluir que, no que diz respeito à situação financeira, houve uma degradação acentuada de todos os rácios estudados. Entre 2012 e 2014 houve uma melhoria, contudo a partir de 2015 a situação degradou-se.

No que diz respeito aos rácios de atividade, as receitas totais por pessoa têm melhorado ao longo dos anos e o custo médio tem baixado, notando-se uma melhoria nos rácios de atividade, porém não deixa de ser alarmante o aumento dos custos com Pessoal, FSE e CMVMC.

A sustentabilidade do sistema de saúde português possivelmente só será alcançada com uma drástica e efetiva organização e regulação que elimine os constrangimentos atuais no seu bom funcionamento, nomeadamente na gestão e organização dos recursos e redução dos desperdícios.

O aumento de autonomia financeira e de gestão poderia ser uma das soluções para ajudar a combater a falta de sustentabilidade uma vez que existem inúmeros organismos

de gestão o que pode provocar uma falta de autonomia gerando uma desresponsabilização da administração destas entidades.

O aumento da dívida a fornecedores também é um problema do SNS, levando a um aumento constante do passivo não cumprindo como a resolução do Conselho de Ministros 34/2008, que aprovou o programa de redução de prazos de pagamentos a fornecedores de bens e serviços pelo Estado.

A adoção das PPP foi um modelo introduzido no SNS português como objetivo de aumentar o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos numa tentativa de melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços sendo aplicável a projetos cujo desenvolvimento requer, da parte dos parceiros, elevadas capacidades financeira, técnica e de gestão de recursos e a manutenção de condições de sustentabilidade adequadas durante a vida do contrato. Deste modo, a introdução de uma gestão privada nos centros hospitalares poderia aumentar a eficiência e eficácia de gestão levando a uma alteração de modelos económico, que poderiam ajudar a enfrentar a falta de eficiência e eficácia do sistema atual.

Contudo, é necessário muita prudência na atribuição das conclusões obtidas uma vez que o setor em causa é dos mais problemáticos e complexos tanto em termos financeiros e económicos como em termos de gestão.

Como possíveis temas futuros seria interessante analisar a evolução das PPP existentes no SNS analisando e comparando o seu crescimento com as EPE.

Outro tema interessante é a análise e controlo dos desperdícios hospitalares, nomeadamente o stock.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alves, A. (2014). A inovação em Gestão Hospitalar. In Campos, A. & Simões, J. (Coord).40 anos de abril na saúde (pp.273 - 320). Coimbra: Almedina.
- ✓ Alves, S. R. P. (2012). Contabilidade, Controlo de Gestão e Gestão nos Hospitais Portugueses: Dicotomia Público versus Privado (Tese de Doutoramento). Faculdade de Economia do Porto. Disponível em RCAAP. (UMI No 10216/66985)
- ✓ Ammons, D., Coe, C., Lombardo M., (2001). Performance – ComparisonProjects in Local Government: Participatives: *Participants´s. in Public Administration Review*, Vol.61(1), pp.:100-110
- ✓ Anand, G. and Rambabu K. (2008): Benchmarking the benchmarking models: *Benchmarking An International Journal*, 15 (3), 257-291
- ✓ Anand, G., & Kodali, R. (2008). Benchmarking the benchmarking models. *Benchmarking: An international journal*, 15 (3), 257-291.
- ✓ Andersen, B. (2007). *Business process improvement toolbox*. ASQ Quality Press. ISBN: 978-0-87389-719-8
- ✓ António, I. (2014). Das Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns Aspectos Económico-Financeiros. *Revista Electrónica de Direito*. RED, (2), 2-35.
- ✓ Apifarma (2016). *A Industria Farmacêutica em Números*
- ✓ Atun, R. A., & McKee, M. (2005). Is the private finance initiative dead?.
- ✓ Barr, R. S., Seiford, L. M., & Siems, T. F. (1994). Forecasting bank failure: A non-parametric frontier estimation approach. *Recherches Économiques de Louvain/Louvain Economic Review*, 60 (4), 417-429.
- ✓ Barros, P. (2016). *Economia da saúde: pela sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-8819-71-0

- ✓ Barros, P. P., de Almeida Simões, J., Allin, S., & Mossialos, E. (2007). *Health Systems in transition. Health*, 9 (5), 1-156
- ✓ Breia, A., Mata, M. & Pereira, V. (2014)., *Análise económica e financeira*. Lisboa: Rei dos Livros. ISBN 978-989-8305-61-9
- ✓ Breia, A. (2017)., The dark side. *Direcção do Curso de Finanças, ISCAL. Newsletter* 17, 26-35.
- ✓ Brealey, R. A., Myers, S. C., & Allen, F. (2006). *Corporate finance*. Eight edition. McGraw-Hill, 84 (143), 244-272.
- ✓ Cabral, N. (2009): *As Parcerias Público-Privadas*. Cadernos IDEFF, N.º 9, Almedina, Coimbra
- ✓ Campos, A. & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina. ISBN: 9789724047096
- ✓ Campos, A. C. (2007). Por um sistema de saúde mais eficiente. *Cadernos de Economia*. 80, 9-15.
- ✓ Carola, A. (2005). PPP in the portuguese healthcare sector: the role of the two project companies, InfraCo and ClinCo. *Finance and Healthcare 2005*. Milano, Millennium bcp investimento.
- ✓ Carvalho, J., Cardoso, C., Fernandes, M., Olga, S. & Camões, P. (2011). Anuário do Sector do Estado Empresarial do Estado e Sector Empresarial Regional. *Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas*. ISSN: 247/2012
- ✓ Correia, M. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13 (2): 30-36
- ✓ De Sousa Vale, J. (2015). *O Modelo de Gestão de Parcerias Público-Privadas: uma Aplicação no Setor Hospitalar* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- ✓ Deloitte Consultores, S.A., (2011). Saúde em análise, uma visão para o futuro. Saúde em análise. *Public Sector, Life Sciences & Healthcare*

- ✓ Dinis, A. (2008). Saúde privada, integração sofisticada. *Revista IP Espaços/Edifícios/Empresas, Dossier Especial Saúde e Tecnologia*, 14-22.
- ✓ Donabedian, A. 1980. The definition of quality and approaches to its assessment. Vol. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- ✓ Emanuel, E. J., & Titlow, K. (2002). Commentary--Evaluating Community-Based Health Initiatives: Identifying the Characteristics of Successful Initiatives and Evaluations. *Journal of health politics, policy and law*, 27(1), 105-108.
- ✓ Engel, E., Fischer, R., & Galetovic, A. (2013). The basic public finance of public-private partnerships. *Journal of the European Economic Association*, 11(1), 83-111.
- ✓ Ferreira, T. (2013). *O Balanced Scorecard como Sistema de Gestão Estratégica: O Caso ISA*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra: Coimbra.
- ✓ Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*.
- ✓ Giraldes, M. (2007). Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais: entidades públicas empresariais e sector público administrativo. *Acta Med. Port*, 20, 471-490.
- ✓ Harfouche, A. P. (2008). *Hospitais transformados em empresas-análise do impacto na eficiência: estudo comparativo*. Lisboa, ISCPS.
- ✓ Harfouche, A. P. D. J. (2010). *Opções políticas em saúde: efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.
- ✓ Iudícibus, Sérgio de. Contabilidade Gerencial. 6a ed. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.
- ✓ Jagels, M. G., & Coltman, M. M. (2004). *Hospitality Management Accounting*. John Wiley&Sons.

- ✓ Jordan, H., das Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. (2015). *O controlo de gestão ao serviço da estratégia e dos gestores*. Lisboa: Áreas Editora, SA. ISBN: 9789898058911
- ✓ Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 75 – 85.
- ✓ Maire, J. L., Bronet, V., & Pillet, M. (2005). A typology of “best practices” for a benchmarking process. *Benchmarking: An International Journal*, 12(1), 45-60.
- ✓ Marques, C. & Cruz, C. (2011). *PPP models for delivery and management of public health care*. Technical University of Lisbon
- ✓ Matarazzo, C. (2010). *Análise Financeira de Balanços: Abordagem básica e gerencial*. (edição n.7). São Paulo, Atlas.
- ✓ Mateus, A., Ramalho, E., Oliveira, H., Rodrigues H., & Ferreira., R. (2017). *Sector Privado da Saúde em Portugal*. Augusto Mateus e Associados. Sociedade de Consultores.
- ✓ McLellan, A. (2012). Intervention: South London's' failure'leaves the big questions unanswered. *The Health service journal*, 122 (6311), 3-3.
- ✓ Moreira, A. (2011). *Comparação de Resultados: Prestação de Cuidados Saúde Hospitalares Públicos e Privados*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto.
- ✓ Moreira, V. (2004). A nova Entidade Reguladora da Saúde em Portugal. *Revista de Direito Público da Economia*: 2(5), 103-159.
- ✓ Mosel, D., & Gift, B. (1994). Collaborative benchmarking in health care. *The joint commission journal on quality improvement*, 20(5), 239-249.
- ✓ Neves, J. C. (2012). *Análise e relato financeiro, uma visão integrada de Gestão*. (edição n.º5). Lisboa: Texto Editores. ISBN: 9789724743264.
- ✓ Nunes, A. M., & de Matos, A. A. (2017). Experiências de gestão hospitalar realizadas em Portugal: uma perspectiva comparada. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, 8(2), 284-301.

- ✓ OECD/European Observatory on Health Systems and policies. (2017). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*. ISBN 9789264285385 (PDF)
- ✓ OPSS, (2003). *Saúde: Que Rupturas*. Relatório de Primavera de 2003. Escola Nacional de Saúde Pública. ISBN: 972-98811-1-1
- ✓ OPSS, (2017). *Viver em tempos incertos, Sustentabilidade e equidade na saúde*. Relatório de Primavera de 2017
- ✓ OPSS, (2018). *Meio caminho andado*. Relatório de Primavera de 2018
- ✓ Ponikvar, N., Tajnikar, M., & Pušnik, K. (2009). Performance ratios for managerial decision-making in a growing firm. *Journal of Business Economics and management*, 10(2), 109-120.
- ✓ PWC, (2011). *MoU e Programa do Governo: as medidas para o Sector da Saúde*. Lisboa.
- ✓ Raposo, Vitor (2007): *Governança Hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- ✓ Rego, G. (2011). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao sector da saúde*, Editora Vida económica, agosto. Porto. REPE. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº161/96 de, 4*.
- ✓ Reis, R. L., & Reis, H. M. (2006). *Benchmarking e Reforma da Administração Pública: ao encontro das boas práticas*. Universidade Lusíada Editora.
- ✓ Ribeiro, J. M. (2004), Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 65-77.
- ✓ Rodrigues, J. (2017). *Sistema de Normalização Contabilística – SNC Explicado*. (Edição 6ª). Porto: Porto Editora. ISBN: 978-972-0-00032-3

- ✓ Saúde Publica Portuguesa (2016). *Nova Ambição para a saúde pública focada em serviços locais*. República Portuguesa
- ✓ Secretaria-Geral da Economia. (2018). *Anuário da Economia*. Lisboa: Enigma Editores
- ✓ Simões, J. (2003). Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho: lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Almedina, Coimbra.
- ✓ Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- ✓ Sousa, P., (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*; 22 (Especial - 70 Anos): 884-94.
- ✓ Stoleroff, A., & Correia, T., (2008). *A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação*. Centro de Investigação e estudos de sociologia - ISCTE: Lisboa. ISSN 1647-0893
- ✓ Talluri, S., & Sarkis, J. (2002). A model for performance monitoring of suppliers. *International Journal of Production Research*, 40(16), 4257-4269.
- ✓ Tavares, A. (2013). *Planeamento das condições operacionais do BOC-HC e UCA do centro hospitalar e universitário de Coimbra, EPE*. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Contabilidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em RCAAP. (UMI No 10400.26/14018).
- ✓ Triantafillou, P. (2007). Benchmarking in the public sector: A critical conceptual framework. *Public Administration*, 85(3), 829-846.
- ✓ Tribuna de conta (2008). *Relatório de Actividades e Contas de 2008*
- ✓ Universidade Católica Portuguesa (2016). *Avaliação para o Estado das Parcerias Público-Privadas dos Hospitais de Cascais e de Braga*. Lisboa

- ✓ van Lent, W. A., de Beer, R. D., & van Harten, W. H. (2010). International benchmarking of specialty hospitals. A series of case studies on comprehensive cancer centres. *BMC health services research*, 10(1), 253.

LEGISLAÇÃO

- ✓ Decreto-Lei 413/71, de 27 de setembro D.R.E. - Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas;
- ✓ Decreto-Lei 414/71, de 27 de setembro D.R.E. - Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência;
- ✓ Decreto-Lei 584/73 D.R.E. - Introduce alterações na orgânica e na designação dos Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência;
- ✓ Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto D.R.E. - Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados;
- ✓ Decreto-Lei n.º 27/2009. DR n.º 18, Série I de 2009-01-27 D.R.E. - Cria o Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E. P. E., e aprova os respetivos estatutos
- ✓ Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945 D.R.E. - Reorganiza os serviços da assistência social;
- ✓ Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto – D.R.E. - Cria o Ministério da Saúde e Assistência, para o qual são transferidos os serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública, dependentes do Ministério do Interior. Extingue o Subsecretário de Estado da Assistência Social. Cria, no Ministério da Economia, as Secretarias de Estado da Agricultura, do Comércio e da Indústria. Extingue os cargos de Subsecretário de Estado da Agricultura e de Subsecretário de Estado do Comércio e Indústria, bem como o de Subsecretário de Estado do Ultramar;

- ✓ Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto D.R.E. - Cria o Ministério da Saúde e Assistência, para o qual são transferidos os serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública, dependentes do Ministério do Interior. Extingue o Subsecretário de Estado da Assistência Social. Cria, no Ministério da Economia, as Secretarias de Estado da Agricultura, do Comércio e da Indústria. Extingue os cargos de Subsecretário de Estado da Agricultura e de Subsecretário de Estado do Comércio e Indústria, bem como o de Subsecretário de Estado do Ultramar;
- ✓ Decreto-Lei n.º 50-A/2007 D.R.E. - Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E., o Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos;
- ✓ Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de abril P.G.D.L. - Define normas especiais aplicáveis às parcerias público-privadas;
- ✓ Decreto-Lei n.º 233/2005 D.R.E. - Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria 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 aprova os respectivos Estatutos;
- ✓ Despacho 4319/2013, de 25 de março D.R.E. - Cria um Grupo de Trabalho (GT) para proceder ao desenvolvimento da rede de Centros de Excelência, nomeadamente no que se refere à definição do conceito de Centro de Excelência, aos critérios de identificação e reconhecimento pelo Ministério da Saúde desses Centros, bem como da sua implementação, modelos de financiamento, integração na rede hospitalar e redes de referência;
- ✓ Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro P.G.D.L. - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto

- ✓ Lei n.º 56/79, de 15 de setembro D.R.E. – Constituição do SNS;
- ✓ Lei n.º 56/79, de 15 de setembro D.R.E. - É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição;
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros 34/2008, 2008-02-22 D.R.E. - Aprova o programa de redução de prazos de pagamentos a fornecedores de bens e serviços pelo Estado, denominado Programa Pagar a Tempo e Horas;

WEBGRAFIA

- ✓ Araújo, Joaquim (s.d.) *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. Universidade do Minho. [consultado em 5 de outubro de 2018]. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3225>.
- ✓ Araújo, Joaquim (s.d.) *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*. Universidade do Minho. [consultado em 10 de agosto de 2016]. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3225>.
- ✓ Memorando da Troika. (2011). *Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. Consultado em 23/10/2018 em: https://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf

ANEXO 1 – DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRA

• CHEDV

Demonstração de Resultados

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
RENDIMENTOS E GANHOS								
Vendas e serviços prestados	79.347.045	79.506.076	73.308.533	74.178.091	76.498.892	82.777.839	89.965.065	82.501.920
Proveitos suplementares	109.966	132.691	171.780	207.005	238.548	253.059	253.240	233.176
Transferências e sub correntes obtidos	119.494	84.295	114.648	112.543	19.566	13.166	159.091	196.610
Subsídios à exploração	0,04	0,01	0,02	-0,02	-0,08	0,01	0,12	0
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-20.397.959	-19.620.015	-19.500.705	-19.075.972	-19.375.029	-21.169.345	-20.965.881	-18.738.140
Fornecimentos e serviços externos	-12.664.148	-12.408.417	-11.528.701	-11.355.665	-12.324.336	-13.314.358	-14.522.383	-14.558.790
Gastos com o pessoal	-51.107.448	-46.885.170	-45.627.368	-46.710.555	-46.519.259	-47.785.415	-54.032.757	-50.802.420
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)					0	0		0
Provisões (aumentos/reduções)	-127.283	-256.321	-841.499	-8.000	-34.766	-137.547	-327.056	-355.076
Outros rendimentos	1.365.174	1.055.398	3.354.221	3.541.717	3.159.989	2.528.265	2.460.727	2.504.698
Outros gastos	-68.689	-85.086	-44.179	-147.199	-155.943	-68.451	-74.125	-114.224
EBITDA	-3.423.848	1.523.452	-593.269	741.967	1.507.662	3.097.214	2.915.921	867.753
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	-3.255.199	-3.462.222	-3.545.159	-3.816.330	-4.108.645	-4.343.281	-4.442.382	-4.016.348
Resultado operacional - EBIT	-6.679.047	-1.938.770	-4.138.428	-3.074.364	-2.600.983	-1.246.067	-1.526.461	-3.148.594
Gastos Financeiros	-20.820	-16.897	-15.045	-15.357	-14.536	-10.048	-13.313	-18.634
Proveitos Financeiros	381.751	483.895	521.884	540.239	799.886	1.109.544	739.539	711.651
Resultado Financeiro	360.931	466.998	506.839	524.883	785.350	1.099.496	726.226	693.017
Custos extraordinários	-1.061.947	-43.814	-54.477	-736.373	-567.853	-919.264	-652.099	-700.218
Ganhos extraordinários	724.770	87.646	184.666	519.101	448.458	1.168.859	1.924.675	1.570.635
Resultado antes de Imposto	-6.655.293	-1.427.940	-3.501.401	-2.766.754	-1.935.028	103.023	472.341	-1.585.160
Imposto sobre o rendimento do período	9.577	0	0	0	0	0	129.340	0
Resultado líquido do período	-6.664.870	-1.427.940	-3.501.401	-2.766.754	-1.935.028	103.023	343.002	-1.585.160

Balço

ATIVO	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
IMOBILIZADO								
Ativos Fixos Tangíveis	6.310.572	11.461.088	14.026.826	16.288.818	19.334.920	22.258.117	24.508.133	26.354.391
Ativos intangíveis	3.266.748				15.511	34.118	52.725	
Outros investimentos financeiros	1.655							
	<u>9.578.976</u>	<u>11.461.088</u>	<u>14.026.826</u>	<u>16.288.818</u>	<u>19.350.431</u>	<u>22.292.235</u>	<u>24.560.858</u>	<u>26.354.391</u>
CIRCULANTE								
Existências								
Inventários	2.817.119	3.117.142	2.263.566	2.260.927	2.402.376	2.358.796	2.313.001	2.348.533
Dividas a Terceiros - Curto prazo								
Empréstimos concedidos								
Clientes	2.905.150	2.768.613	2.740.804	2.760.581	3.050.768	3.341.145	3.546.681	3.882.086
Utentes	169.235	222.628	185.643	204.749	237.218	235.834	340.413	331.937
Instituições MS	20.090.745	21.250.120	20.999.674	16.987.534	14.080.582	6.019.974	3.774.707	6.733.454
Adiantamento a Fornecedores	1.982	1.526	10.434	6.518	4.044	697	4.985	8.906
Estado e outros entes públicos	376.892	369.360	328.653	253.564	254.810	220.047		911.305
Outros créditos a receber	2.098.088	3.050.507	3.976.127	3.589.559	2.981.239	2.491.681	2.014.523	1.719.448
	<u>25.642.091</u>	<u>27.662.753</u>	<u>28.241.334</u>	<u>23.802.504</u>	<u>20.608.660</u>	<u>12.309.376</u>	<u>9.681.309</u>	<u>13.587.136</u>
Títulos negociáveis								
Outras aplicações de Tesouraria				30.000.000	30.000.000	35.000.000	35.000.000	35.000.000
Depositos, Instituições Financeiras/Caixa								
Caixa e depósitos bancários	39.240.777	45.413.615	46.908.353	14.913.511	12.292.470	9.041.251	13.687.667	9.103.217
Caixa	2.855	13.059	35.515	71.084	55.749	37.638	38.352	2.641
Contas no tesouro	1.426	2.499	3.489	1.602	1.945	2.150	2.195	
	<u>39.245.058</u>	<u>45.429.173</u>	<u>46.947.356</u>	<u>14.986.197</u>	<u>12.350.165</u>	<u>9.081.038</u>	<u>13.728.213</u>	<u>9.105.858</u>
Acrescimos e Diferimentos								
Acrescimo de proventos	11.675.720	10.406.347	6.932.738	15.814.692	14.753.451	28.139.313	26.404.519	22.530.944
Custos diferidos	94.311	80.321	81.352	51.237	42.864	52.975	41.090	164.371
	<u>11.770.030</u>	<u>10.486.667</u>	<u>7.014.090</u>	<u>15.865.929</u>	<u>14.796.315</u>	<u>28.192.288</u>	<u>26.445.609</u>	<u>22.695.315</u>
Total do ativo	89.053.274	98.156.824	98.493.172	103.204.376	99.507.947	109.233.733	111.728.991	109.091.233
CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO								
Capital próprio								
Capital subscrito	29.930.000	29.930.000	29.930.000	29.930.000	29.930.000	29.930.000	29.930.000	29.930.000
Reservas legais	2.313.816	2.313.816	2.313.816	2.313.816	2.313.816	2.293.211	2.224.611	2.224.611
Reservas estatutárias	11.065.298	11.065.298	11.065.298	11.065.298	11.065.298	11.065.298	11.065.298	11.065.298
Reservas Livres	35.223.482	35.223.482	35.223.482	35.213.239	35.213.089	35.212.174	35.210.913	35.069.347
	<u>48.602.596</u>	<u>48.602.596</u>	<u>48.602.596</u>	<u>48.592.353</u>	<u>48.592.203</u>	<u>48.570.683</u>	<u>48.500.822</u>	<u>48.359.256</u>
Resultados transitados	-11.186.779	-9.758.839	-6.257.438	-3.490.684	-1.555.656	-1.310.759	-1.585.160	
Resultado líquido do período	-6.664.870	-1.427.940	-3.501.401	-2.766.754	-1.935.028	103.023	343.001	-1.585.160
Total do capital próprio	60.680.947	67.345.817	68.773.757	72.264.915	75.031.519	77.292.947	77.188.664	76.704.095
Provisões								
Provisões para riscos e encargos	989.153	1.239.646	1.217.646	376.672	371.329	368.672	368.672	368.672
	<u>989.153</u>	<u>1.239.646</u>	<u>1.217.646</u>	<u>376.672</u>	<u>371.329</u>	<u>368.672</u>	<u>368.672</u>	<u>368.672</u>
Dividas a Terceiros - Curto Prazo								
Adiantamento de clientes, utentes e inst MS	11.605.648	14.249.168	14.029.568	17.375.149	11.405.657	19.893.095	20.159.227	16.776.544
Fornecedores	3.576.696	2.913.041	2.350.138	1.999.418	1.825.945	2.507.059	2.040.521	3.065.532
Fornecedores de Imobilizado	276.172	347.922	458.712	111.262	82.431	552.986	802.353	1.106.387
Estado e outros entes públicos	2.004.703	1.844.180	1.688.724	1.704.632	1.768.708	1.635.171	2.013.648	1.873.983
Outras dividas a pagar	2.452.550	3.081.484	3.772.505	3.315.787	3.177.742	3.222.775	3.224.530	3.032.751
	<u>19.915.770</u>	<u>22.435.794</u>	<u>22.299.648</u>	<u>24.506.248</u>	<u>18.260.483</u>	<u>27.811.086</u>	<u>28.240.279</u>	<u>25.855.196</u>
Acrescimos e diferimentos								
Acrescimos de Custos	7.245.050	6.888.551	5.906.862	5.709.472	5.424.917	3.257.812	5.384.308	5.393.426
Proventos Diferidos	222.354	247.015	295.258	347.069	419.698	503.216	547.068	769.843
Total de Acrescimos e Diferimentos	7.467.404	7.135.566	6.202.120	6.056.541	5.844.615	3.761.028	5.931.376	6.163.269
Total do passivo	28.372.327	30.811.006	29.719.415	30.939.461	24.476.427	31.940.786	34.540.327	32.387.137
Total do capital próprio e do passivo	89.053.274	98.156.824	98.493.172	103.204.376	99.507.947	109.233.733	111.728.991	109.091.233

- **CHP**

Demonstração de Resultados

RENDIMENTOS E GASTOS	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Vendas e serviços prestados	257.059.317	249.898.566	254.190.066	229.846.173	230.060.886	231.680.745	235.483.553	224.222.557
Proveitos Suplementares	763.858	809.617	708.458	861.771	835.680	1.253.523	812.218	668.765
Transf Subsid Corrent Obt		41.670	29.159	57.370	119.224	79.872	53.448	51.937
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-119.224.832	-113.194.812	-104.505.616	-103.010.940	-99.922.886	-101.006.620	-91.449.150	-91.457.972
Fornecimentos e serviços externos	-30.939.422	-28.296.549	-27.043.504	-26.477.025	-27.516.528	-28.535.298	-28.151.461	-28.225.921
Gastos com o pessoal	-131.075.809	-121.107.031	-122.483.045	-119.649.973	-116.057.942	-124.868.905	-141.628.560	-141.845.158
Provisões (aumentos / reduções))	-569.649	-394.592	-1.613.223	-151.659	-612.317	-1.369.416	-113.159	-203.422
Outros rendimentos e ganhos	13.940.730	11.794.484	7.748.899	13.778.707	10.822.951	11.550.648	12.121.360	10.470.983
Outros gastos e perdas operacionais	-220.605	-309.661	-1.487.006	-210.047	-202.199	-354.100	-523.186	-746.086
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos	-10.266.411	-758.309	5.544.188	-4.955.624	-2.473.132	-11.569.550	-13.394.938	-27.064.316
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	-5.088.009	-5.164.986	-5.451.909	-5.587.618	-6.621.008	-6.565.440	-5.955.918	-6.374.132
Imparidade de investimentos depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)								
Resultado operacional	-15.354.420	-5.923.294	92.279	-10.543.242	-9.094.140	-18.134.990	-19.350.856	-33.438.448
Juros e rendimentos similares obtidos	28.207	127.069	663.988	205.434	1.970.655	507.084	996.143	1.282.022
Juros e gastos similares suportados	-60.761	-26.852	-24.044	-16.007	-11.611	-17.335	-7.969	-291.682
Resultado antes de impostos - Resultdo Corrente	-15.386.974	-5.823.077	732.223	-10.353.815	-7.135.096	-17.645.241	-18.362.682	-32.448.108
Custos e Perdas extraordinárias	-185.472	-534.509	-938.531	-1.326.866	-3.038.899	-2.213.698	-3.824.386	-4.563.703
Ganhos extraordinários	1.417.011	755.057	871.763	5.145.307	4.901.682	6.330.494	5.560.857	3.656.041
Resultado Antes de Imposto	-14.155.434	-5.602.529	665.454	-6.535.375	-5.272.313	-13.528.445	-16.626.211	-33.355.769
Impostos sobre o rendimento do exercício	-20.206	-20.141	-25.987	-18.873	-21.440	-25.646	-11.060	-9.283
Resultado líquido do exercício	-14.175.640	-5.622.670	639.467	-6.554.248	-5.293.753	-13.554.091	-16.637.271	-33.365.052

Balço

ATIVO	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
ATIVO NÃO CORRENTE:								
Ativos fixos tangíveis	99.196.554	96.191.551	84.766.637	82.547.837	62.328.203	59.244.081	52.263.311	45.121.125
Propriedades de investimento	68.426	968			161	161	161	161
Total do ativo não corrente	99.264.980	96.192.520	84.766.637	82.547.837	62.328.364	59.244.242	52.263.472	45.121.286
ATIVO CORRENTE:								
Inventários	14.815.078	14.987.798	9.850.173	11.877.072	10.128.823	9.169.739	9.480.254	9.735.255
Clientes/Instituições do MS	28.088.835	30.404.042	19.551.074	19.444.042	14.433.114	37.819.778	41.679.503	33.241.351
Estado e outros entes públicos	420.000	420.000	350.000	350.000	280.000	210.000	140.000	314.614
Outras contas a receber	8.041.324	6.597.599	7.342.080	4.654.116	3.886.041	18.030.028	17.749.013	13.844.510
Caixa e depósitos bancários	2.329.448	2.496.669	378.977	3.407.209	979.300	1.525.782	5.446.013	4.815.119
Acrescimos e diferimentos	75.275.977	57.184.361	65.320.433	63.133.062	42.644.366	26.281.869	23.901.991	18.072.730
Total do ativo corrente	128.970.661	112.090.470	102.792.737	102.865.501	72.351.645	93.158.379	98.396.774	80.029.111
Total do ativo	228.235.641	208.282.989	187.559.375	185.413.338	134.680.009	152.402.621	150.660.246	125.150.397
CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO								
CAPITAL PRÓPRIO:								
Capital realizado	144.704.000	144.704.000	142.704.000	142.704.000	142.704.000	142.704.000	142.704.000	141.326.000
Resultados transitados	-147.233.771	-141.611.101	-142.250.569	-132.784.470	-127.490.717	-113.936.627	-88.905.016	-55.539.964
Doações	3.918.763	3.799.957	3.761.068	2.169.378	1.891.253	1.849.717	1.393.632	1.006.297
Resultado líquido do exercício	-14.175.640	-5.622.670	639.467	-6.554.248	-5.293.753	-13.554.091	-16.637.271	-33.365.052
Total do capital próprio	-12.786.649	1.270.186	4.853.966	5.534.660	11.810.782	17.062.999	38.555.345	53.427.281
PASSIVO								
PASSIVO NÃO CORRENTE:								
Fornecedores de imobilizado							73.073	353.744
Total do passivo não corrente	0	0	0	0	0	0	73.073	353.744
PASSIVO CORRENTE:								
Provisões	3.039.161	2.689.605	2.471.060	2.039.007	2.223.910	2.273.737	1.168.204	1.302.345
Fornecedores	110.734.470	95.582.358	66.322.077	73.403.272	57.878.362	113.007.001	84.278.707	43.354.337
Adiantamentos de clientes	81.382.512	65.165.520	69.963.065	69.609.930	36.026.079		56.250	
Estado e outros entes públicos	227.996	675.919	514.524	1.847.839	623.490	275.803	1.215.660	889.387
Outras contas a pagar	3.212.928	1.213.039	1.348.359	1.160.339	1.965.106	4.074.763	2.951.824	3.412.102
Acrescimos e Diferimentos	42.425.223	41.686.363	42.086.323	31.818.291	24.152.279	15.708.319	22.361.833	22.411.203
Total do passivo corrente	241.022.290	207.012.804	182.705.408	179.878.678	122.869.227	135.339.622	112.031.828	71.369.372
Total do passivo	241.022.290	207.012.804	182.705.408	179.878.678	122.869.227	135.339.622	112.104.901	71.723.116
Total do capital próprio e do passivo	228.235.641	208.282.989	187.559.375	185.413.338	134.680.009	152.402.621	150.660.246	125.150.397

- **CHBM**

Demonstração de Resultados

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
RENDIMENTOS E GANHOS								
Vendas e serviços prestados	60.216.017	61.436.964	65.331.801	70.352.031	62.929.819	59.761.291	69.837.825	12.306.445
Proveitos suplementares					338.360	265.161	373.328	69.369
Subsídios à exploração	139.232	40.333	388.178	3.329	5.720	2.205	7.168	
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-18.519.290	-17.840.624	-16.914.500	-17.136.811	-18.352.268	-21.054.642	-20.736.538	-3.395.731
Fornecimentos e serviços externos	-12.799.498	-11.915.643	-11.455.031	-11.647.746	-12.026.434	-13.848.725	-15.206.184	-2.775.162
Gastos com o pessoal	-45.947.732	-42.832.791	-42.289.527	-43.467.335	-43.143.200	-46.399.104	-51.567.153	-10.391.668
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	19.961	-110.298	27.294	-409				
Provisões (aumentos/reduções)	-284.381	-159.909	122.024	73.769	-369.991	-422.859	-5.373	-89.319
Outros rendimentos	3.617.244	3.218.924	8.981.656	1.413.941	305.770	160.942	165.996	62.027
Outros gastos	-517.028	-393.548	-300.302	-126.540	-33.053	-32.199	-58.513	-1.655
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e imposto	-14.075.475	-8.556.593	3.891.593	-535.770	-10.345.277	-21.567.929	-17.189.445	-4.215.694
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	-4.143.469	-4.120.316	-4.329.990	-3.082.851	-3.470.010	-3.810.351	-3.668.429	-601.607
Resultado operacional - EBIT	-18.218.944	-12.676.909	-438.396	-3.618.621	-13.815.286	-25.378.280	-20.857.873	-4.817.301
Gastos Financeiros				-268.347	-269.669	-301.848	96.463	4.755
Proveitos Financeiros					803.300	91.748	-274.462	-139.033
Resultado Financeiro	0	0	0	-268.347	533.631	-210.100	-177.999	-134.277
Custos extraordinários					-5.895.493	-48.702	-596.191	-83.178
Ganhos extraordinários					897.493	1.077.679	1.152.844	588.450
Resultado antes de Imposto	-18.218.944	-12.676.909	-438.396	-3.886.968	-18.279.656	-24.559.404	-20.479.219	-4.446.306
Imposto sobre o rendimento do período	-412.284	-407.072	-336.472	-99.876	-11.053	-14.846	-13.884	-2.064
Resultado líquido do período	-17.806.660	-12.269.838	-101.924	-3.787.092	-18.290.709	-24.574.250	-20.493.104	-4.448.370

Balço

ATIVO	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Outros investimentos financeiros								
Ativos Fixos Tangíveis	33.286.686	35.495.695	38.575.019	42.297.789	17.204.737	20.413.483	20.913.603	18.533.502
Ativos intangíveis	1.399	7.525	16.308	25.330	7.087	12.088	9.527	73.266
Outros investimentos financeiros	42.277	14.261						
	33.330.361	35.517.481	38.591.328	42.323.119	17.211.824	20.425.572	20.923.130	18.606.768
Ativo corrente								
Inventários	3.152.966	3.071.981	1.887.498	1.925.168	2.077.600	2.725.961	2.497.677	1.935.245
Clientes	974.081	1.305.476	3.631.433	6.627.396	3.987.410	3.874.813	3.849.593	3.753.952
Utentes					62.677	34.188	44.316	75.364
Instituições MS					4.313.335	2.922.508	2.060.271	1.917.425
Adiantamento a Fornecedores				11	400		35	2.527
Estado e outros entes públicos	249.047	320.449	170.278	210.000	128.994	68.276	15	360.016
Outros créditos a receber	12.668.480	29.018.401	66.090.485	85.788.029	18.707	11.594	9.506	5.936
Diferimentos				12.067	61.674.122	9.883.471	78.200.087	28.077.096
Caixa e depósitos bancários	1.063.341	12.401.410	41.557.643	1.890.352	2.464.054	7.839.334	8.657.915	8.215.052
	18.107.916	46.117.717	113.337.337	96.453.022	74.727.299	27.360.145	95.319.415	44.342.614
Total do ativo	51.438.277	81.635.198	151.928.665	138.776.141	91.939.123	47.785.717	116.242.545	62.949.382
CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO								
Capital próprio								
Capital subscrito	99.030.000	99.030.000	99.030.000	40.930.000	40.930.000	40.930.000	40.930.000	37.930.000
Reservas	6.141.796	6.141.796	6.141.796	6.141.796	6.808.922	6.806.222	3.628.283	3.628.283
Subsídios							2.484.941	2.484.941
Doações							645.541	643.915
Resultados transitados	-124.312.352	-113.536.594	-114.908.817	-112.533.452	-94.906.590	-70.932.681	-46.822.965	-42.658.101
Excedentes de revalorização	17.316.155	18.840.790	20.347.273	21.287.001				
Ajustamentos / outras variações no capital próprio	865.835	980.752	1.099.306	1.163.765				
Resultado líquido do período	-17.806.660	-12.269.838	-101.924	-3.787.092	-18.290.709	-24.574.250	-20.493.104	-4.448.370
Total do capital próprio	-18.765.227	-813.093	11.607.634	-46.797.982	-65.458.377	-47.770.709	-19.627.304	-2.419.332
Passivo não corrente								
Provisões	895.747	611.366	503.128	625.153				
Passivos por impostos diferidos	4.608.136	5.269.018	5.700.989	6.706.733	771.422	402.401		
Empréstimos obtidos				12.767.549	12.767.549	12.767.549	12.766.457	12.767.549
	5.503.883	5.880.384	6.204.117	20.099.435	13.538.971	13.169.950	12.766.457	12.767.549
Passivo corrente								
Fornecedores	12.690.552	9.627.595	27.175.736	29.747.513	33.133.833	43.035.808	30.098.538	18.408.196
Fornecedores de Imobilizado					4.261.818	4.643.596	2.969.114	762.457
Adiantamentos de clientes	35.729.389	52.135.431	93.105.512	118.798.736	88.972.205	19.867.004	74.529.738	18.968.023
Estado e outros entes públicos	1.715.740	1.530.959	1.516.538	1.034.395	1.235.528	1.386.222	1.756.737	1.401.589
Financiamentos obtidos							1.092	
Outras dívidas a pagar	14.563.939	13.273.921	12.319.127	15.894.043	5.870.814	5.811.003	5.885.741	5.411.067
Acrescimos de Custos							6.616.717	5.951.935
Proveitos Diferidos					10.384.331	7.642.843	1.245.717	1.697.897
	64.699.620	76.567.907	134.116.913	165.474.688	143.858.529	82.386.476	123.103.394	52.601.165
Total do passivo	70.203.504	82.448.290	140.321.030	185.574.123	157.397.500	95.556.426	135.869.851	65.368.714
Total do capital próprio e do passivo	51.438.277	81.635.198	151.928.664	138.776.141	91.939.123	47.785.717	116.242.546	62.949.382

- CHVNG/E

Demonstração de Resultados

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
RENDIMENTOS E GANHOS							
Vendas e serviços prestados	151.966.451	159.268.906	157.929.948	153.952.538	157.637.938	164.541.270	158.987.531
Impostos taxas e outros	8.158						
Proveitos suplementares	271.370	271.063	261.270	193.574	169.500	175.121	175.778
Tranferencias de outras entidades		1.634	641	81.147	105.425	719.410	1.417.494
Tranferencias correntes e prestações sociais					-4.684	-20.152	-17.289
Subsídios à exploração					0	0	0
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-56.413.107	-51.539.574	-50.043.975	-48.019.040	-48.078.161	-48.170.629	-46.877.887
Fornecimentos e serviços externos	-20.416.827	-17.697.146	-17.136.644	-21.250.712	-16.730.030	-18.216.900	-17.894.044
Gastos com o pessoal	-90.295.120	-89.197.141	-90.251.092	-85.264.624	-84.002.782	-91.251.371	-88.651.599
Provisões (aumentos/reduções)	0	0	-31.628	-33.657	-278.509	-154.656	-100.800
Outros rendimentos	3.456.021	1.886.608	2.782.966	2.555.297	824.981	1.433.860	1.420.638
Outros gastos	-1.645.664	-606.745	-141.829	-147.539	-155.953	-180.444	-133.089
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e imposto	-13.068.717	2.387.605	3.369.657	2.066.984	9.487.724	8.875.508	8.326.733
Gastos/reversões de depreciação e de amortização	-6.952.186	-7.210.541	-7.811.082	-8.607.566	-8.466.843	-8.481.134	-7.603.258
Resultado operacional - EBIT	-20.020.903	-4.822.936	-4.441.425	-6.540.582	1.020.881	394.374	723.476
Gastos Financeiros	-43.221	-159.584	-151.722	-149.256	-150.253	-159.051	-142.477
Proveitos Financeiros	54.110	229.555	199.896	471.822	7.195	59.344	188.271
Resultado Financeiro	10.889	69.971	48.174	322.567	-143.058	-99.708	45.794
Custos extraordinários	-72.375	-46.988	-1.873.975	-711.207	-2.693.850	-2.197.158	-4.431.384
Ganhos extraordinários	925.327	2.971.271	4.398.376	3.066.491	2.196.472	2.370.733	4.467.154
Resultado antes de Imposto	-19.157.061	-1.828.682	-1.868.850	-3.862.731	380.446	468.241	805.040
Imposto sobre o rendimento do período	35.634	29.991	30.362	20.290	31.666	114.823	-210.027
Resultado líquido do período	-19.192.695	-1.858.673	-1.899.212	-3.883.021	348.780	353.418	595.012

• Balanço

	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
ATIVO							
IMOBILIZADO							
Bens de Domínio Público							
Ativos Fixos Tangíveis	68.387.549	57.140.967	59.895.631	63.613.588	57.404.160	60.379.694	77.872
Ativos intangíveis	21.387	21.387	21.387	22.712	26.123	50.222	52.854.977
Outros investimentos financeiros	6.294	988					
TOTAL DO ATIVO NÃO CIRCULANTE	68.415.230	57.163.341	59.917.017	63.636.301	57.430.283	60.429.916	52.932.849
Existências							
Matérias primas, subsidiárias e de consumo	7.875.456	5.082.108	4.102.356	4.200.062	4.269.502	4.164.805	3.627.471
Dívidas de Terceiros - Médio e Longo Prazo	0	0	0	0	0	0	0
Dívidas de Terceiros de Curto Prazo							
Clientes	910.607	1.515.091	2.238.797	1.967.413	6.554.536	6.246.154	7.518.457
Instituições MS	32.571.278	14.697.507	12.986.677	9.842.967	21.181.871	14.278.377	22.271.203
Cientes e utentes de cobrança duvidosa	9.851			50.234	17.600	83.360	28.367
Devedores pela execução do Orçamento	62.018						
Adiantamento a Fornecedores	22.979	29.095	29.095	30.756	29.095	29.095	76
Adiantamento a fornecedores de imobilizado	1.606	1.606	361.606	367.446	305.713		22.232
Estado e outros entes públicos	110.730				39.372	29.547	
Outros créditos a receber	5.913.319	4.110.550	3.402.527	1.805.965	5.489.857	5.389.805	3.317.694
Total das Dívidas de Terceiros - Curto Prazo	39.602.388	20.353.848	19.018.701	14.064.781	33.618.043	26.056.339	33.158.030
Títulos negociáveis							
Outras aplicações de tesouraria							
Total de títulos							6.000.000
Depósitos em instituições financeiras e caixa							
Contas no tesouro	6.567.023	1.815.930					
Depósitos em instituições financeiras	28.630	95.556	5.915.949	3.662.186	2.072.930	2.490.463	2.985.193
Caixa	77.166	233.995	136.667	81.671	146.288	15.912	173.042
Total de Depósitos e Caixa	6.672.819	2.145.481	6.052.615	3.743.857	2.219.218	2.506.375	3.158.235
Acrescimos de Projeitos	95.551.722	155.723.725	148.504.889	100.999.885	69.616.878	57.837.988	139.675.219
Acrescimo de Custos			3.276				5.508
TOTAL DO ATIVO CORRENTE	149.702.386	183.305.163	177.681.838	123.008.585	109.723.642	90.565.507	185.624.464
Total de Acrescimos e Diferimentos	95.551.722	155.723.725	148.508.166	100.999.885	69.616.878	57.837.988	139.680.728
TOTAL DO ATIVO	218.117.615	240.468.504	237.598.855	186.644.886	167.153.925	150.995.423	238.557.314
CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO							
Patrimônio	60.882.000	55.582.000	49.582.000	49.582.000	49.582.000	49.582.000	47.082.000
Reservas legais	263.063	263.063	263.063	263.063	263.063	215.000	95.000
Reservas estatutárias	847.856	847.856	847.856	847.856	847.856	847.856	372.844
Reservas livres	13.956.125	13.956.125	13.956.125	13.956.125	13.956.125	13.956.125	13.956.125
Doações	761.431	456.668	449.397	379.469	228.232	125.539	59.039
Reservas decorrentes de transferências de ativos	11.564.987	11.420.896	11.420.896	11.420.896	145.759	145.759	145.759
Total de Reservas	27.393.462	26.944.608	26.937.337	26.867.409	15.441.036	15.290.280	14.628.767
Resultados transitados	-7.292.125	-5.433.453	-3.534.241	348.780		-305.355	
Resultado líquido do período	-19.192.695	-1.858.673	-1.899.212	-3.883.021	348.780	353.418	595.012
Total do capital próprio	61.790.642	75.234.482	71.085.884	72.915.168	65.371.815	64.920.342	62.305.780
PASSIVO							
Provisões							
Provisões para riscos e encargos			360.000	360.000	360.000	120.000	
			360.000	360.000	360.000	120.000	0
Adiantamentos de clientes	74.124.356	116.591.096	113.593.866	61.542.764	36.986.612	21.637.365	121.287.633
Fornecedores	40.933.112	19.142.541	15.592.200	14.398.965	31.327.721	22.993.067	15.467.797
Fornecedores - Faturas Receção e conferencia	6.754.411	5.005.527	6.517.199	5.561.301	4.000.011	7.250.899	6.637.057
Emprestimos obtidos			5.959.723	5.959.723	5.959.723	5.959.723	5.978.662
Credores pela execução do orçamento	17.800						
Fornecedores de imobilizado C/C	2.526.963	373.336	329.898	275.132	2.038.840	2.772.722	1.387.442
Estado e outros entes públicos	3.249.217	3.068.281	3.159.357	2.458.548	2.446.498	2.802.078	2.368.002
Outros credores	1.079.495	810.037	894.813	410.817	457.716	563.936	469.935
Total de dívida a terceiros	128.685.355	144.990.818	146.047.056	90.607.249	83.217.121	63.979.789	153.596.528
Acrescimos de Custos	16.031.420	14.850.364	13.656.701	15.389.562	9.406.164	12.267.179	12.036.504
Projeitos Diferidos	11.610.198	5.392.840	6.449.215	7.372.907	8.798.825	9.708.111	10.618.502
Total de Acrescimos e Diferimentos	27.641.618	20.243.205	20.105.916	22.762.469	18.204.988	21.975.291	22.655.006
Total do passivo	156.326.973	165.234.022	166.512.971	113.729.718	101.782.109	86.075.080	176.251.534
Total do Capital Próprio e do Passivo	218.117.615	240.468.504	237.598.855	186.644.886	167.153.925	150.995.423	238.557.314

• **CHCB**

Demonstração de Resultados

RENDIMENTOS E GASTOS	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Vendas e serviços prestados	57.199.458	41.389.388	51.011.014	42.424.320	44.875.395	45.451.083	59.774.954	59.184.413
Proveitos Suplementares	281.667	254.652	418.998	223.949	197.239	341.667	500.805	620.705
Transf Subsid Corrent Obt	173.260	278.952	532.130	121.436	97.662	59.420	65.757	16.325
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	-11.748.789	-11.890.681	-11.411.761	-11.341.102	-11.454.014	-12.526.033	-12.352.269	-12.316.313
Fornecimentos e serviços externos	-10.198.776	-11.209.976	-11.428.946	-11.524.309	-10.948.332	-10.728.900	-10.519.566	-10.991.721
Gastos com o pessoal	-33.719.527	-33.239.596	-32.935.889	-32.925.659	-32.940.352	-34.231.051	-37.759.614	-38.147.600
Provisões (aumentos / (reduções))	-16.050	0	0	-7.154	0	-1.400.369		
Outros rendimentos e ganhos	565.131	862.274	1.286.949	1.215.841	1.430.868	966.334	472.082	827.106
Outros gastos e perdas operacionais	-94.896	-92.482	-11.062	-4.940	-11.437	-2.832	-2.812	-2.517
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos (EBIT)	2.441.477	-13.647.469	-2.538.567	-11.817.619	-8.752.971	-12.070.683	179.337	-809.601
Gastos/reversões de depreciação e de amortização/Custos e Perdas Financeiras								
Imparidade de investimentos depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)	-1.062.920	-1.089.071	-1.055.917	-957.514	-1.113.103	-2.020.399	-1.422.002	-1.340.664
Resultado operacional (EBIT)	1.378.557	-14.736.540	-3.594.483	-12.775.133	-9.866.074	-14.091.082	-1.242.665	-2.150.265
Juros e rendimentos similares obtidos - Descontos de Pronto pagamento otidos	130.938	25.440	1.061.418	107.102	180.362	62.480	217.672	252.093
Juros e gastos similares suportados	-6.704	-7.287	-241.107	-289.541	-289.929	-286.324	-286.763	-287.424
Resultado antes de impostos	1.502.792	-14.718.387	-2.774.173	-12.957.573	-9.975.641	-14.314.926	-1.311.756	-2.185.596
Proveitos e Ganhos extraordinários	251.974	315.522	240.818	398.912	460.741	690.624	1.065.806	848.727
Custos e perdas extraordinárias	-32.592	-82.723	-30.461	-114.540	-200.752	-1.719.633	-322.697	-489.886
Resultado Antes de Imposto	1.722.174	-14.485.588	-2.563.816	-12.673.201	-9.715.652	-286.324	-568.647	-1.826.755
Impostos sobre o rendimento do exercício (21% + 1,2% de Derrama)	-175.482	-52.207	-42.454	-39.133	-36.409	-28.660	-10.541	-9.838
Resultado líquido do exercício	1.546.692	-14.537.796	-2.606.270	-12.712.334	-9.752.061	-15.372.594	-579.188	-1.836.594

Balço

ATIVO	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
ATIVO NÃO CORRENTE:								
Ativos fixos tangíveis	32.094.767	32.846.651	33.302.668	33.920.910	34.280.742	35.168.252	35.854.237	35.188.764
Ativos fixos intangíveis								36.721
Total do ativo não corrente	32.094.767	32.846.651	33.302.668	33.920.910	34.280.742	35.168.252	35.854.237	35.225.485
ATIVO CORRENTE:								
Inventários	1.389.218	1.674.252	1.422.372	1.318.954	1.373.392	1.345.219	1.407.839	1.358.913
Clientes	3.948.502	2.777.747	3.875.220	2.842.439	8.841.290	8.651.955	8.400.214	7.835.279
Clientes de Cobrança Duvidosa						26.841		
Adiantamentos a fornecedores	132.331	144.342	60.066	93.235	12.752			
Estado e outros entes públicos	244.956	352.419	422.647	490.028	420.028	420.000	433.417	365.664
Outras contas a receber	205.872	280.066	274.217	157.983	109.969	387.646	439.736	119.682
Acrescimos e diferimentos	887.071	763.361	1.229.546	1.146.609	775.967	1.654.371	8.465.438	7.464.476
Caixa e depósitos bancários	716.044	294.442	8.073.397	380.024	85.662	363.618	2.003.776	1.155.932
Total do ativo corrente	7.523.994	6.286.630	15.357.465	6.429.272	11.619.059	12.849.649	21.150.421	18.299.947
Total do ativo	39.618.761	39.133.282	48.660.133	40.350.182	45.899.801	48.017.901	57.004.658	53.525.432
CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO								
CAPITAL PRÓPRIO:								
Capital realizado	50.120.930	50.120.930	50.120.930	24.920.930	24.920.930	24.920.930	24.920.930	24.920.930
Reservas estatutárias			-16.428.410	-16.428.410	-16.428.410	-17.788.452	-17.788.452	-17.788.452
Outras Reservas	50.018.286	50.018.286	50.018.286	50.018.286	52.096.653	52.285.021	52.285.021	52.285.021
Resultados transitados	-118.658.842	-104.121.046	-84.655.435	-72.073.613	-62.321.552	-47.855.653	-47.276.464	-45.439.870
Subsídios e Doações	2.166.129	2.165.929	2.165.035	2.144.374		2.035.373	1.997.944	1.946.637
Resultado líquido do exercício	1.546.692	-14.537.796	-2.606.270	-12.712.334	-9.752.061	-15.372.594	-579.188	-1.836.594
Total do capital próprio	-14.806.805	-16.353.697	-1.385.864	-24.130.767	-11.484.440	-1.775.374	13.559.791	14.087.672
PASSIVO:								
PASSIVO NÃO CORRENTE:								
Total do passivo não corrente	0	0	0	0	0	0	0	16.800
PASSIVO CORRENTE:								
Fornecedores	13.602.879	18.566.352	17.105.138	19.515.555	18.273.056	17.295.027	11.649.145	9.620.935
Adiantamentos de clientes	11.309.245	9.788.145	6.861.554	7.407.868	4.616.067	45.203	43.553	35.995
Estado e outros entes públicos	1.260.681	1.154.338	1.182.653	1.152.986	992.184	1.218.737	1.075.653	996.236
Acionistas / sócios								
Financiamentos obtidos				13.399.115	13.399.115	13.399.115	13.399.115	13.399.115
Outras contas a pagar	14.412.795	12.500.959	11.283.826	8.639.707	6.997.110	6.379.251	4.013.603	1.730.169
Acrescimos e Diferimentos	13.839.966	13.477.184	13.612.827	14.365.718	13.106.709	11.455.941	13.263.798	13.638.510
Total do passivo corrente	54.425.566	55.486.979	50.045.998	64.480.949	57.384.242	49.793.274	43.444.866	39.420.960
Total do passivo	54.425.566	55.486.979	50.045.998	64.480.949	57.384.242	49.793.274	43.444.866	39.437.760
Total do capital próprio e do passivo	39.618.761	39.133.282	48.660.133	40.350.182	45.899.801	48.017.901	57.004.658	53.525.432

• Hospital de Braga

Demonstração de resultados

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
						Reexpresso		
Proveitos Operacionais	152.583.230	153.619.027	147.582.130	142.897.365	123.579.265	104.442.000	121.179.293	36.499.549
Volume de Negócios	150.008.832	151.475.429	144.478.565	134.140.764	121.116.214	100.505.000	119.731.828	36.035.194
Custos Operacionais	-156.519.623	-149.744.709	-145.234.130	-143.393.912	-132.953.658	-134.472.000	-119.412.720	-40.487.336
Resultados Operacionais	-3.936.393	3.874.318	2.348.000	-496.547	-9.374.392	-30.030.000	1.766.573	-3.987.788
Proveitos e Ganhos Financeiros	0	7.380	0	26	8.965	52.603	21.882	63.533
Custos e Perdas Financeiras	458.446	477.938	327.000	460.000	835.785	740.930	781.516	507.290
Resultados Financeiros	-458.446	-470.558	327.000	-459.974	-826.819	-688.327	-759.634	-443.757
Resultados correntes	-4.394.839	3.403.760	2.020.470	-956.521	-10.201.212	-30.718.000	1.006.939	-4.431.545
Imposto s/ o Rendimento do Exercício	-351.251	995.210	748.921	140.740	131.915	82.788	21.969	2.801
Resultados Correntes Líquidos de Impostos	-4.043.589	2.408.550	1.271.549	-1.097.261	-10.333.127	-30.800.788	984.970	-4.434.346
Proveitos e Ganhos Extraordinários	0	0	0	0	0	0	0	3.562
Custos e Perdas Extraordinárias	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultados Extraordinários	0	0	0	0	0	0	0	3.562
Resultado Líquido do Exercício	-4.043.589	2.408.550	1.271.549	-1.097.261	-10.333.127	-30.800.788	984.970	-4.430.783
Custo Mercadorias vend. e Matérias cons.	53.384.974	52.207.312	48.898.009	45.309.697	43.885.233	42.438.962	37.125.946	11.246.853
Custos com o Pessoal	71.149.309	67.501.755	65.189.940	63.868.625	59.224.906	59.947.896	61.771.459	20.975.176
Amortizações do Exercício	5.501.661	5.470.058	5.712.486	5.804.883	5.821.459	3.626.375	2.761.689	996.353
Juros suportados	458.446	477.938	327.000	460.000	598.866	741.000	0	507.290
Fluxos de caixa	1.458.072	7.878.608	6.984.035	4.707.622	-4.511.668	-12.838.802	3.746.659	-3.434.430
EBIT	-3.936.393	3.874.318	2.348.000	-496.547	-9.374.392	-30.030.375	1.766.573	-3.987.788
EBITDA	1.565.268	9.344.376	8.060.000	5.308.336	-3.552.934	-26.404.000	4.528.261	-2.991.434

Balanco

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
						Reexpresso		
Imobilizado	19.117.278	22.147.626	24.747.866	28.951.958	33.737.058	38.391.154	18.034.405	12.448.458
Imobilizado Incorpóreo	2.595.595	3.601.308	4.637.159	5.704.470	7.010.282	8.330.526	8.895.781	8.765.334
Imobilizado corpóreo	9.562.714	12.024.689	13.628.136	17.100.787	20.580.075	23.931.427	3.009.423	3.683.124
Outros activos fixos	6.958.969	6.521.629	6.482.572	6.146.701	6.146.701	6.129.201	6.129.201	0
Activo Circulante	56.558.595	48.441.217	39.567.538	35.706.856	28.489.930	23.616.000	35.929.012	32.224.093
Existências	4.356.299	3.230.616	2.499.936	2.727.497	2.232.514	2.449.121	1.790.933	2.116.568
Dívidas de Terceiros	49.528.017	41.733.088	36.159.707	32.532.909	25.047.805	20.248.464	31.971.263	5.392.456
Outro activo circulante	2.674.279	3.477.513	907.895	446.451	1.209.611	918.415	2.166.816	24.715.069
Depósitos bancários e Caixa	2.674.279	3.477.513	907.895	446.451	1.209.611	918.415	2.166.816	13.329.361
Total do activo	75.675.873	70.588.843	64.315.404	64.658.814	62.226.988	72.320.304	53.963.418	44.672.551
Capital Próprio	-27.504.029	-23.460.440	-25.868.994	-27.140.543	-28.043.282	-30.710.000	7.543.009	5.069.217
Capital	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
Outros Instrumentos de Capital Proprio	23.000.000	23.000.000	23.000.000	23.000.000	21.000.000	8.000.000	7.000.000	5.500.000
Reservas Legais		64.000						
Outras Reservas Legais	-11.000	-11.000	-11.000	-11.000	-11.000	-11.000		
Resultados Transitados	-50.449.440	-52.921.990	-54.129.543	-53.032.282	-42.699.156	-11.898.212	-4.441.961	
Resultados Líquidos do Exercício	-4.043.589	2.408.550	1.271.549	-1.097.261	-10.333.127	-30.800.788	984.970	-4.430.783
Passivo-MLP	4.929.088	5.983.996	8.597.273	12.787.322	19.889.026	2.559.173	8.890.000	10.936.033
Dívidas a Terceiros-MLP	980.280	2.985.275	5.512.585	11.144.638	18.813.976	0	7.000.000	9.000.000
Outro passivo-MLP	3.948.808	2.998.721	3.084.688	1.642.683	1.075.050	2.559.173	1.890.000	1.936.033
Provisões	3.777.425	2.998.721	3.084.688	1.642.683	1.075.050	2.559.173	1.890.000	1.936.033
Passivo-CP	98.250.813	88.065.287	81.587.126	79.012.035	70.381.245	77.683.298	37.530.408	28.667.302
Dívidas financeiras-CP	11.999.296	8.094.244	7.711.796	3.937.678	2.500.000	24.874.542	0	447.211
Outras dívidas a terceiros-CP	62.623.851	59.062.483	53.679.228	54.866.718	50.880.375	38.600.677	20.799.551	10.020.297
Outro passivo-CP	23.627.667	20.908.560	20.196.102	20.207.640	17.000.869	14.208.079	16.730.857	18.199.794
Total do capital próprio e do passivo	75.675.873	70.588.843	64.315.404	64.658.814	62.226.988	72.320.304	53.963.418	44.672.551

• **Centro Hospitalar de Cascais**

Demonstração de Resultados

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Proveitos Operacionais	75.326.356	71.434.610	69.618.846	68.873.480	63.339.799	69.283.580	61.803.841	55.096.052
Volume de Negócios	74.698.972	70.784.487	69.062.793	68.519.914	62.411.882	62.028.168	56.207.544	54.748.467
Resultados Operacionais	2.518.960	3.776.968	4.045.115	4.092.085	-1.551.927	-972.279	-28.566.408	-190.776
Custos Operacionais	72.807.396	67.657.642	65.573.731	64.781.395	64.891.726	70.255.859	90.370.249	55.286.828
Proveitos e Ganhos Financeiros	8.661	8.585	18.026	21.762	18.217	204.557	453.017	731
Custos e Perdas Financeiras	11.285	34.339	39.411	90.833	656.309	1.379.802	594.520	1.034.415
Resultados Financeiros	-2.624	-25.754	-21.385	-69.071	-638.092	-1.175.245	-141.503	-1.033.684
Resultados correntes	2.516.336	3.751.214	4.023.730	4.023.014	-2.190.019	-2.147.524	-28.707.911	-1.224.460
Imposto s/ o Rendimento do Exercício	299.406	-416.382	321.022	54.599	78.313	83.460	661.770	-305.582
Resultados Correntes Líquidos de Impostos	2.216.930	4.167.596	3.702.708	3.968.415	-2.268.332	-2.230.984	-29.369.681	-918.879
Proveitos e Ganhos Extraordinários	0	0	0	0	0	0	0	92.168
Custos e Perdas Extraordinárias	0	0	0	0	0	0	0	162.760
Resultados Extraordinários	0	0	0	0	0	0	0	-70.592
Resultado Líquido do Exercício	2.216.930	4.167.596	3.702.708	3.968.415	-2.268.332	-2.230.984	-29.369.681	-989.470
Custo Mercadorias vend. e Matérias cons.	17.054.712	15.987.115	15.040.565	15.271.572	16.148.154	17.681.469	16.346.125	15.395.147
Custos com o Pessoal	30.383.796	29.809.481	28.557.151	28.859.702	25.861.750	30.092.779	34.961.124	25.494.297
Amortizações do Exercício	2.763.711	1.733.155	1.745.053	2.466.956	4.232.833	-1.227.419	17.598.048	1.852.100
Juros suportados	11.285	34.339	0	90.833	656.309	1.379.802	594.519	1.034.415
Fluxos de caixa	4.980.641	5.900.751	5.447.761	6.435.371	1.964.501	-3.458.403	-11.771.633	862.629
Valor acrescentado bruto	35.675.128	35.328.189	34.325.934	35.440.505	28.560.873	28.097.638	24.445.780	27.085.760
EBIT	2.518.960	3.776.968	4.045.115	4.092.085	-1.551.927	-972.279	-28.566.408	-190.776
EBITDA	5.282.671	5.510.123	5.790.168	6.559.041	2.680.906	-2.199.698	-10.968.360	1.661.324

Balço

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Imobilizado	6.395.108	8.759.715	8.532.351	9.974.245	12.369.078	16.193.233	13.974.733	21.761.798
Imobilizado Incorporado	3.956.978	5.448.352	5.929.349	5.928.354	6.167.752	6.677.728	1.385.071	14.051.446
Imobilizado corpóreo	1.637.601	2.414.323	2.603.002	4.045.891	6.201.326	9.515.505	12.589.662	7.710.351
Outros activos fixos	800.529	897.040	0	0	0	0	0	0
Activo Circulante	24.897.904	19.299.267	16.279.104	14.466.234	17.995.396	17.466.920	19.946.365	12.646.792
Existências	3.495.117	1.896.140	1.095.877	1.133.084	1.798.367	1.612.102	1.729.182	995.715
Dívidas de Terceiros	13.822.074	10.886.136	10.958.401	9.698.026	14.885.085	12.715.080	15.424.738	4.355.924
Outro activo circulante	7.580.713	6.516.991	4.224.826	3.635.124	1.311.944	3.139.738	2.792.445	7.295.154
Depósitos bancários e Caixa	6.633.576	6.516.991	4.224.826	3.635.124	1.311.944	3.139.738	2.792.445	1.520.843
Total do activo	31.293.012	28.058.982	24.811.455	24.440.479	30.364.474	33.660.153	33.921.098	34.408.590
Capital Próprio	11.126.503	9.794.574	8.476.978	7.774.270	3.805.855	-30.502.737	-28.271.753	516.651
Capital	1.269.926	1.269.926	1.269.926	1.269.926	1.269.926	1.269.926	1.269.926	687.121
Outros capitais próprios	9.856.577	8.524.648	7.207.052	6.504.344	2.535.929	-31.772.663	-29.541.679	-170.470
Passivo-MLP	460.910	495.559	109.763	209.663	1.156.512	35.836.071	33.627.913	15.557.531
Dívidas a Terceiros-MLP	145.443	192.384	0	131.202	254.168	35.798.300	33.607.243	15.555.688
Outro passivo-MLP	315.467	303.175	109.763	78.461	902.344	37.771	20.670	1.843
Provisões	315.467	303.175	109.763	78.461	902.344	37.771	20.670	1.843
Passivo-CP	19.705.599	17.768.849	16.224.714	16.456.546	25.402.107	28.326.819	28.564.938	18.334.409
Dívidas financeiras-CP	203.949	118.767	131.202	122.966	2.776.570	108.014	5.796.241	0
Outras dívidas a terceiros-CP	9.567.380	7.285.999	7.542.157	8.966.939	10.547.108	15.489.987	10.405.807	7.051.594
Outro passivo-CP	9.934.270	10.364.083	8.551.355	7.366.641	12.078.429	12.728.818	12.362.890	11.282.815
Total do capital próprio e do passivo	31.293.012	28.058.982	24.811.455	24.440.479	30.364.474	33.660.153	33.921.098	34.408.590

ANEXO 2 – RÁCIOS ECONÓMICO-FINANCEIRO E DE ATIVIDADE

- Autonomia Financeira

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	43%	26%	11%	9%	3%	3%	1%	-6%
CHLO	40%	23%	18%	19%	21%	5%	1%	0%
CHCB	26%	24%	-4%	-25%	-60%	-3%	-42%	-37%
CHMB	s.d	-17%	-100%	-71%	-34%	8%	-1%	-36%
CHEDV	70%	69%	71%	75%	70%	70%	69%	68%
CHVNGE	16%	20%	-71%	-60%	-60%	-58%	-48%	s.d
Hospital de Cascais	2%	-83%	-91%	13%	32%	34%	35%	36%
Hospital de Braga	11%	14%	-50%	-45%	-42%	-40%	-33%	-36%

- Liquidez Geral

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-27%	-13%	-12%	-7%	-6%	0%	-3%	-7%
CHLO	-13%	-13%	-8%	0%	5%	0%	0%	1%
CHCB	-3%	-1%	-32%	-21%	-32%	-5%	-37%	4%
CHMB	s.d	-12%	-16%	-7%	0%	3%	-10%	-27%
CHEDV	1%	2%	2%	1%	1%	0%	2%	-7%
CHVNGE	1%	0%	1%	-4%	-2%	1%	-6%	0%
Hospital de Cascais	5%	-32%	-7%	9%	27%	23%	20%	17%
Hospital de Braga	-7%	8%	-37%	-6%	8%	13%	13%	2%

- ROV

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-12%	-6%	-5%	-1%	-2%	2%	0%	-4%
CHLO	-14%	-18%	-15%	-5%	0%	-3%	-3%	1%
CHCB	-4%	-2%	-31%	-22%	-30%	-7%	-36%	2%
CHMB	s.d	-30%	-42%	-22%	-5%	-1%	-21%	-30%
CHEDV	-4%	-2%	-2%	-3%	-4%	-6%	-2%	-8%
CHVNG/E	0%	0%	1%	-4%	-3%	-3%	-13%	0%
Hospital de Cascais	0%	-51%	-2%	-2%	6%	6%	5%	3%
Hospital de Braga	-11%	1%	-30%	-8%	0%	2%	3%	-3%

- RLV

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	s.d	-7%	-6%	-2%	-3%	0%	-2%	-6%
CHLO	-14%	-20%	-5%	-5%	1%	-3%	-6%	1%
CHCB	-15%	-7%	-6%	-2%	-3%	0%	-2%	-6%
CHMB	s.d	-29%	-41%	-29%	-5%	0%	-20%	-30%
CHEDV	-2%	0%	0%	-3%	-4%	-5%	-2%	-8%
CHVNGE	0%	0%	0%	-3%	-1%	-1%	-13%	0%
Hospital de Cascais	-2%	-52%	-4%	-4%	6%	5%	6%	3%
Hospital de Braga	-12%	1%	-31%	-9%	-1%	1%	2%	-3%

- ROA

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	-27%	-13%	-12%	-7%	-6%	0%	-3%	-7%
CHLO	-13%	-13%	-8%	0%	5%	0%	0%	1%
CHCB	-3%	-1%	-32%	-21%	-32%	-5%	-37%	4%
CHMB	s.d	-12%	-16%	-7%	0%	3%	-10%	-27%
CHEDV	1%	2%	2%	1%	1%	0%	2%	-7%
CHVNGE	1%	0%	1%	-4%	-2%	1%	-6%	s.d
Hospital de Cascais	5%	-32%	-7%	9%	27%	23%	20%	17%
Hospital de Braga	-7%	8%	-37%	-6%	8%	13%	13%	2%

- Receitas totais por pessoa

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	56.523	55.874	56.476	59.216	60.397	66.409	64.339	65.359
CHLO	54.077	52.491	51.309	51.035	56.121	53.444	52.203	58.518
CHCB	45.669	46.636	36.894	37.132	35.330	42.805	33.903	47.410
CHBM	47.907	42.146	36.303	39.688	46.332	49.261	40.140	37.205
CHEVD	59.538	64.382	58.692	55.191	53.895	49.453	50.018	47.418
CHVNGE	54.565	54.998	51.858	49.000	51.578	53.737	50.405	s.d
Hospital de Braga	19.271	61.700	55.144	57.666	62.401	64.027	62.625	59.860
Hospital de Cascais	68.188	57.923	73.316	64.567	72.959	74.063	73.042	75.326

- Custo médio por pessoa

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	34.065	31.855	28.845	28.432	29.558	30.969	29.683	31.524
CHLO	27.554	27.645	25.353	24.597	26.827	26.900	25.819	28.089
CHCB	28.726	28.957	26.975	26.247	26.446	26.476	26.339	27.459
CHBM	s.d	30.879	27.985	26.931	28.062	27.877	26.621	26.714
CHEVD	35.402	37.471	32.775	32.127	32.259	29.324	29.031	29.940
CHVNGE	30.123	30.206	27.461	s.d	28.917	29.693	29.231	s.d
Hospital de Cascais	32.007	24.238	27.367	26.363	30.572	30.380	30.480	30.384
Hospital de Braga	11.075	31.452	31.651	27.636	27.890	28.282	27.518	27.913

- Peso dos custos com colaboradores nos custos operacionais

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	53%	53%	48%	46%	47%	47%	45%	46%
CHLO	47%	45%	44%	46%	48%	49%	48%	48%
CHCB	62%	62%	58%	60%	59%	59%	59%	60%
CHBM	60%	57%	54%	56%	60%	56%	55%	56%
CHEVD	57%	57%	55%	56%	58%	56%	57%	58%
CHVNG/E	55%	55%	53%	52%	55%	54%	51%	s.d
Hospital de Cascais	47%	29%	37%	40%	45%	44%	44%	42%
Hospital de Braga	52%	52%	45%	45%	45%	45%	45%	45%

- Peso dos FSE nos custos operacionais

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	10%	11%	11%	11%	10%	10%	11%	11%
CHLO	15%	13%	13%	14%	13%	13%	13%	12%
CHCB	18%	17%	18%	19%	20%	20%	19%	18%
CHBM	16%	17%	16%	16%	15%	15%	15%	16%
CHEVD	16%	15%	15%	15%	14%	14%	15%	14%
CHVNG/E	11%	11%	11%	13%	10%	11%	12%	n.d
Hospital de Braga	13%	14%	18%	16%	16%	16%	16%	16%

- Peso dos CMVMC nos custos operacionais

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	34%	34%	38%	40%	40%	40%	42%	42%
CHLO	36%	37%	39%	36%	36%	35%	36%	37%
CHCB	20%	20%	21%	20%	20%	20%	21%	21%
CHBM	s.d	23%	25%	24%	23%	23%	23%	23%
CHEVD	21%	22%	24%	23%	24%	24%	24%	23%
CHVNG/E	31%	31%	32%	31%	32%	31%	32%	s.d
Hospital de Cascais	28%	18%	25%	25%	24%	23%	24%	23%
Hospital de Braga	28%	31%	32%	33%	32%	34%	35%	34%

- PMP

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHP	104	205	303	268	177	200	195	249
CHLO	225	317	412	282	219	227	268	316
CHCB	119	201	244	359	436	444	324	446
CHBM	n.d	251	412	551	274	271	225	186
CHEDV	33	21	34	38	37	35	37	37
CHVNGE	111	154	193	144	117	122	145	n.d

ANEXO 3 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS HOSPITAIS

