



José Diogo Raposeiro Tomás

Uma Análise Económico-Financeira ao Impacto da Criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão

julho de 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

José Diogo Raposeiro Tomás

Uma Análise Económico-Financeira ao Impacto da Criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientadora: Professora Doutora Isabel Cruz
Supervisor Profissional do Estágio: Doutor Paulo Diz
Entidade de Acolhimento: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Coimbra, julho de 2018

¹ Fonte da imagem de capa: <https://pixabay.com/pt/droga-pílulas-pastilhas-1961300/> [29 de junho de 2018].

Agradecimentos

Aproveito esta oportunidade para deixar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram, de várias maneiras, para a realização do presente Relatório de Estágio, que se traduz no momento de conclusão de uma grande etapa na minha vida profissional, o Mestrado em Gestão.

Começo por fazer um especial agradecimento ao Dr. Paulo Diz, Diretor Financeiro do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, pela sua disponibilidade em me conceder todas as informações necessárias para este relatório e por toda a ajuda que me deu, mesmo quando estava mais ocupado.

Para além disso, quero agradecer a todos os membros dos Serviços Financeiros que me acolheram como um deles e que, para além de estarem sempre bem-dispostos, me ajudaram sempre que foi necessário.

Agradeço à Dr.^a Aida Valente, dos Recursos Humanos, por ter aguentado os meus constantes pedidos de ajuda e me ter consigo fornecer informações muito úteis para a realização deste relatório.

Também quero deixar um agradecimento à minha orientadora, Professora Dr.^a Isabel Cruz, pela sua necessária orientação e cedência de conhecimento nalguns aspetos deste relatório.

Por último, quero deixar uma mensagem de agradecimento à minha família e amigos mais chegados, por me terem dado coragem e apoio nos momentos em que estes mais foram necessários no decorrer deste percurso.

Resumo

No âmbito do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, é realizado este Relatório de Estágio que tem por base a investigação e o conhecimento adquirido durante o estágio curricular. Este estágio decorreu nos Serviços Financeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., com início a 19 de fevereiro e conclusão a 26 de junho de 2018.

O presente relatório foca-se na temática da fusão de hospitais em centros hospitalares, no caso concreto do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, e tem como objetivo a análise do desempenho económico-financeiro dos hospitais antes e depois da criação do centro hospitalar.

Os resultados alcançados evidenciam que a criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, com base numa análise comparativa entre 2010 e 2017, promoveu tanto um aumento da eficiência, segundo o rácio de Custos Totais por Doente-Padrão, como a diminuição dos custos.

Relativamente aos outros temas analisados, verificou-se que os Resultados Líquidos são constantemente negativos, mas a dívida a fornecedores de curto prazo, com exceção dos fornecedores de imobilizado, é, em 2017, inferior à existente antes da criação do centro hospitalar, sendo que a tendência nos últimos anos é para aumentar esta dívida.

Para além disso, com a criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga observou-se uma diminuição do investimento, que ainda é consideravelmente inferior aos valores que existiram no período prévio ao centro hospitalar. Também se verificou que, com a criação do centro hospitalar, os Proveitos Totais diminuíram, sendo que, por outro lado, a contribuição do Orçamento de Estado para os proveitos da empresa atingiram os valores máximo em 2017, dentro do período analisado. Por último, observou-se uma melhoria na maior parte dos indicadores financeiros analisados com a criação do centro hospitalar.

Palavras-chave: Centros Hospitalares; Custos; Proveitos; Eficiência; Indicadores Financeiros

Abstract

In the scope of the Master's Degree in Management from the Faculty of Economics of the University of Coimbra, this Internship Report is made based on the investigation and knowledge acquired during the curricular internship. This internship took place in the Financial Services of Hospital Center of Baixo Vouga, E.P.E., that started on the 19th of february and finished on the 26th of june 2018.

The present report focuses on the thematic of hospital fusions in hospital centers (“centros hospitalares”), in the specific case of Hospital Center of Baixo Vouga, and its main objective is to analyse the economic and financial performance of hospitals before and after the creation of the hospital center.

The obtained results show that the creating of Hospital Center of Baixo Vouga, comparing the obtained values in 2010 and 2017, promoted both an increase of efficiency, according to the ratio Total Costs per Patient-Standard, and a decrease in costs.

Regarding the other analysed themes, it was verified that Net Profits are constantly negative, but the debt to short-term suppliers, apart from fixed assets suppliers, is, in 2017, lower than the existing debt before the creating of the hospital center, even though the tendency in the last years is to increase this debt.

Moreover, with the creating of Hospital Center of Baixo Vouga there has been a decrease on investment, which is still considerably lower than the values that existed prior to the hospital center. It was also verified that, with the creating of the hospital center, the Total Income decreased, even though the contribution of the State Budget to the hospital center income reached the maximum values in 2017, within the analysed period. Lastly, it was noted that there was an improvement in most of the financial indicators analysed with the creation of the hospital center.

Keywords. Hospital Centers; Costs, Income, Efficiency; Financial Indicators

Lista de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ARS – Administração Regional de Saúde, I.P.

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

CMVMC – Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas

CRP – Constituição da República Portuguesa

EBITDA – *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* / Lucros Antes de Juros, Impostos, Depreciações e Amortizações

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

FASP – Fundo de Apoio aos Sistemas de Pagamento

FSE – Fornecimentos e Serviços Externos

NCP – Norma de Contabilidade Pública

NCRF – Normal Contabilística e de Relato Financeiro

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

SA – Sociedade Anónima

SNC – Sistema de Normalização Contabilística

SNC-AP – Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* / Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças

PPP – Parceria Público-Privada

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma do CHBV	22
Figura 2 - Análise SWOT do CHBV	24

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Ajustamento Efetuado aos Custos Totais	52
Tabela 2 - Evolução do Capital Estatutário	69
Tabela 3 - Demonstração de Resultados - Custos	A
Tabela 4 - Demonstração de Resultados - Proveitos e Resultados	B
Tabela 5 - Balanço - Ativo (Parte 1)	C
Tabela 6 - Balanço - Ativo (Parte 2)	D
Tabela 7 - Balanço - Capital Próprio e Passivo	E
Tabela 8 - Evolução dos Colaboradores, por Categoria Profissional	F
Tabela 9 - Relação entre Custos e Proveitos por Doente-Padrão	G
Tabela 10 - Evolução do Investimento	H

Índice de Quadros

Gráfico 1 - Evolução do Total de Custos	32
Gráfico 2 - Evolução do Peso das Rubricas de Custos no Total	33
Gráfico 3 - Evolução do Custo de Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas	34
Gráfico 4 - Evolução das Componentes de Medicamentos, de Material de Consumo Clínico e de Reagentes e Outros Produtos de Diagnóstico Rápido	35
Gráfico 5 - Evolução das Restantes Componentes de CMVMC	36
Gráfico 6 - Evolução dos Custos com FSE	38
Gráfico 7 - Evolução dos Custos com Subcontratos	39
Gráfico 8 - Evolução dos Custos com Fornecimentos e Serviços	41
Gráfico 9 - Evolução dos Custos com o Pessoal	43
Gráfico 10 - Evolução da Componente de Remunerações do Pessoal	43
Gráfico 11 - Evolução das Restantes Componentes do Custo com o Pessoal	44
Gráfico 12 - Evolução do Número de Colaboradores	46

Gráfico 13 - Evolução das Amortizações do Exercício.....	47
Gráfico 14 - Evolução dos Custos e Perdas Financeiros	48
Gráfico 15 - Evolução dos Custos e Perdas Extraordinários.....	49
Gráfico 16 - Evolução das Restantes Rubricas de Custos	50
Gráfico 17 - Comparação entre os Custos Totais e os Custos Totais Ajustados.....	53
Gráfico 18 - Evolução do Número de Doentes-Padrão	54
Gráfico 19 - Evolução dos Custos Totais e Totais Ajustados Unitários por Doente-Padrão	55
Gráfico 20 - Evolução do Total dos Proveitos	56
Gráfico 21 - Evolução do Peso das Rubricas de Proveitos no Total	57
Gráfico 22 – Evolução das Vendas e Prestações de Serviços	58
Gráfico 23 – Evolução das Componentes da Rubrica de Vendas e Prestações de Serviços	59
Gráfico 24 – Evolução das Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	60
Gráfico 25 - Evolução das Transferências Correntes Obtidas da ACSS.....	61
Gráfico 26 - Evolução das Transferências e Subsídios Correntes Obtidos de Outras Entidades	61
Gráfico 27 – Evolução dos Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	62
Gráfico 28 – Evolução das Componentes da Rubrica de Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	63
Gráfico 29 – Evolução dos Proveitos e Ganhos Financeiros.....	64
Gráfico 30 – Evolução dos Proveitos e Ganhos Extraordinários	65
Gráfico 31 – Evolução das Outras Rubricas de Proveitos.....	66
Gráfico 32 - Evolução da Contribuição do Orçamento de Estado nos Proveitos do CHBV	67
Gráfico 33 - Evolução dos Proveitos Totais Unitários por Doente-Padrão.....	68
Gráfico 34 - Evolução do Resultado Líquido e do EBITDA	70
Gráfico 35 - Comparação da Evolução dos Custos e dos Proveitos.....	71
Gráfico 36 - Evolução das Rubricas de Resultados Operacionais, Resultados Correntes, Resultados Antes de Impostos e Resultado Líquido	72
Gráfico 37 - Evolução dos Resultados Financeiros.....	72
Gráfico 38 - Evolução da Rubrica de Resultados Extraordinários.....	73
Gráfico 39 – Evolução do Investimento e Autofinanciamento	74
Gráfico 40 - Evolução das Dívidas a Fornecedores de Curto Prazo	75

Gráfico 41 - Indicadores de Solvabilidade Total e Autonomia Financeira	77
Gráfico 42 - Indicadores de Liquidez	78

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Lista de Abreviaturas.....	vii
Índice de Figuras	viii
Índice de Tabelas	viii
Índice de Quadros	viii
Índice	xi
Introdução.....	1
Capítulo 1 – Revisão de Literatura	4
1.1. A Evolução do Serviço Nacional de Saúde	4
1.1.1. Evolução da Gestão no SNS nos Últimos Anos	7
1.1.2. Os Centros Hospitalares	10
1.2. Instrumentos de Análise Financeira.....	11
1.2.1. Balanço	12
1.2.2. Demonstração de Resultados.....	13
1.2.3. Balancete	15
1.3. Indicadores.....	15
1.4. Terminologia Específica do Setor Hospitalar.....	17
Capítulo 2 - O Estágio	20
2.1. O Centro Hospitalar do Baixo Vouga.....	20
2.2. Tarefas Executadas	25
Capítulo 3 - Estudo de Caso	30
3.1. Custos.....	32
3.1.1. Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas	34
3.1.2. Fornecimentos e Serviços Externos.....	38
3.1.3. Custos com o Pessoal	42
3.1.4. Amortizações do Exercício.....	47
3.1.5. Custos e Perdas Financeiros	47

3.1.6.	Custos e Perdas Extraordinários	48
3.1.7.	Outras Rubricas de Custos.....	49
3.2.	Custos Totais Ajustados.....	51
3.3.	Relação entre a Evolução dos Custos e os Doentes-Padrão	53
3.4.	Proveitos	56
3.4.1.	Vendas e Prestações de Serviços	58
3.4.2.	Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	59
3.4.3.	Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	62
3.4.4.	Proveitos e Ganhos Financeiros	64
3.4.5.	Proveitos e Ganhos Extraordinários	64
3.4.6.	Outras Rubricas de Proveitos	65
3.5.	Evolução da Contribuição do Orçamento do Estado nos Proveitos e Ganhos	66
3.6.	Relação entre a Evolução dos Proveitos e os Doentes-Padrão	67
3.7.	Evolução do Capital Estatutário	68
3.8.	Resultados.....	69
3.9.	Investimento.....	73
3.10.	Evolução das Dívidas a Fornecedores.....	75
3.11.	Indicadores Financeiros.....	77
Capítulo 4 - Discussão dos Resultados.....		80
Conclusão		85
Bibliografia.....		88
Apêndices		A

Introdução

“À liberdade reconquistada com o 25 de abril de 1974 era preciso acrescentar os direitos sociais e, de entre eles, o direito à proteção da saúde, [...] garantindo assim, a todos os cidadãos, um direito tão essencial à dignidade e qualidade de vida”, diz António Arnaut na introdução do seu livro “Serviço Nacional de Saúde – SNS: 30 Anos de Resistência”. Após a leitura deste livro, da autoria do chamado “pai” do SNS, pode-se afirmar que o SNS que existe atualmente não corresponde à visão que este senhor tinha em mente quando elaborou a Lei que deu origem ao SNS.

Desde 1979, data da publicação da referida Lei, até hoje, já existiram várias alterações à legislação que regula quer o SNS, quer as instituições que nele atuam. O setor da saúde em Portugal sofreu sucessivas reformas ao longo dos anos que influenciaram não só o funcionamento do sistema de saúde, mas também a forma como a população em geral interage com este.

Tendo em atenção as reformas que existiram ao nível da gestão, verifica-se que, principalmente desde os anos 80 até hoje, “as reformas do SNS configuram um crescente afastamento de formas de organização e gestão tradicionais da administração pública e a aproximação a outras mais identificadas com a gestão privada” (Carvalho, 2006, p. 208).

Mais recentemente, numa tentativa de reestruturação do parque hospitalar e de maneira a promover a melhoria dos cuidados de saúde e eficiência dos serviços, “numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos – financeiros, tecnológicos e humanos – e de compatibilização de desígnios estratégicos”, segundo o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 30/2011², de 2 de março, concretizou-se uma política de fusão de unidades de saúde em centros hospitalares.

Mas será que a criação de centros hospitalares realmente promoveu a eficiência dos serviços³?

Como trabalho final relativo ao estágio curricular realizado nos Serviços Financeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., entre 19 de fevereiro e 26 de junho de 2018, com o objetivo de obter o grau de Mestre em Gestão pela Faculdade de

² Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março (<https://dre.pt/application/file/278792>).

³ O preâmbulo do Decreto-Lei n.º 30/2011 defende que a criação dos centros hospitalares, entre outras situações, tem o objetivo de aumentar a eficiência dos serviços. Neste relatório, esta eficiência dos serviços vai-se analisar segundo a diminuição dos custos e diminuição do rácio Custos Totais por Doente-Padrão.

Economia da Universidade de Coimbra, realizou-se este relatório, fazendo-se uma análise do impacto económico-financeiro da fusão de três hospitais num centro hospitalar, no caso concreto do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV). O maior enfoque é ao nível dos custos e da eficiência, segundo o rácios dos Custos Totais por Doente-Padrão, sendo que ainda se analisam os proveitos, investimento, Capital Estatutário, dívidas a fornecedores de curto prazo e outros indicadores económico-financeiros.

É importante referir que a escolha do tema foi quase natural, não só por ser pertinente, passados sete anos da criação do CHBV, haver uma avaliação do impacto desta medida, ainda que apenas a nível económico-financeiro, mas também por haver alguma bibliografia que nos permite comparar os resultados obtidos neste relatório com o que é indicado pelos resultados obtidos noutros estudos.

A partir da recolha de informações provenientes, principalmente, das demonstrações financeiras dos três hospitais e do CHBV no período compreendido entre 2007 e 2017, contruiu-se uma base de dados que permitiu fazer uma análise da evolução das rubricas em estudo e alcançar algumas conclusões quanto aos objetivos anteriormente enunciados.

O primeiro capítulo deste relatório de estágio engloba a revisão de literatura. No primeiro subcapítulo vai-se expor, muito sucintamente, a evolução do SNS, indicando as principais reformas ao nível da saúde que foram feitas em Portugal, com particular incidência nos aspetos que permitem caracterizar a evolução da gestão do SNS, desde a sua criação. Este capítulo ainda se debruça, muito resumidamente, sobre o conteúdo das demonstrações financeiras, mais precisamente sobre o balanço, demonstração de resultados e balancetes e sobre os indicadores, com principal foco nos indicadores financeiros que se vão utilizar. Por último, sendo este um estudo de uma empresa na área da saúde, existe um subcapítulo que expõe alguns conceitos que permitem esclarecer os indicadores mais adequados ao desempenho do setor hospitalar.

No segundo capítulo é apresentada a empresa em estudo e na qual foi feito o estágio curricular, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, finalizando com uma breve exposição das principais atividades efetuadas na instituição.

É no terceiro capítulo que se apresenta o estudo de caso realizado, em que se expõe e analisa a evolução dos custos, proveitos, resultados, Capital Estatutário, investimentos, indicadores financeiros e dívidas a fornecedores de curto prazo, com a exceção de fornecedores de imobilizado. Para além disso, ainda se analisam os “Custos Totais Ajustados”, em que se expurga, nos Custos Totais, custos que são independentes

da fusão dos hospitais no centro hospitalar; a evolução da eficiência, segundo os Custos Totais por Doente-Padrão e a evolução da relação entre os Proveitos Totais por Doente-Padrão, sendo no quarto capítulo que se discute os resultados obtidos.

Finaliza-se o relatório com algumas conclusões sobre a informação obtida neste estudo e sobre o estágio efetuado no CHBV.

Capítulo 1 – Revisão de Literatura

1.1. A Evolução do Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde é o serviço público português de acesso a cuidados de saúde, garantido pelo Estado a todos os cidadãos portugueses, independentemente da sua situação económica e social, e cidadãos estrangeiros, em regime de reciprocidade. Este serviço, segundo o artigo n.º 6, alínea 2) da Lei n.º 56/79⁴, de 15 de setembro, “envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento dos doentes e reabilitação médica e social”.

No entanto, ao longo do último século, e mais especificamente até à década de 70, o sistema de saúde em Portugal estava muito fragmentado, existindo, particularmente (Lima, 2015):

- Alguns grandes hospitais do Estado;
- Vários hospitais de Misericórdias – instituições históricas de solidariedade social que tinham grande relevo na saúde e geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços em Portugal;
- Postos médicos que prestavam serviços médico-sociais aos beneficiários da Caixa de Previdência – instituição que tinha a seu cargo serviços de aposentação, reformas, montepios e outros auxílios semelhantes, segundo o Decreto n.º 16.667⁵, de 27 de março de 1929;
- Serviços de saúde pública, que passaram a centros de saúde em 1971 e tinham como principal função a proteção da saúde, como a realização de vacinações;
- Serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e doenças psiquiátricas;
- Hospitais privados, especializados na área de ambulatório e dirigidos a classes económicas mais elevadas.

Para além disso, os indicadores socioeconómicos portugueses na saúde eram muito inferiores relativamente aos seus semelhantes da Europa Ocidental e o financiamento de serviços públicos na área da saúde pelo Estado era muito limitado (Sousa P. A., 2009).

⁴ Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (<https://dre.pt/application/conteudo/369864>).

⁵ Decreto n.º 16 667, de 27 de março de 1929 (<https://dre.pt/application/file/624909>).

Já em 1971, houve uma reforma do sistema de saúde, segundo o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro⁶, criando os centros de saúde – antigos serviços de saúde pública – sendo o primeiro passo tomado para a conceção do SNS (Lima, 2015).

Com o 25 de abril de 1974 e a aprovação da nova Constituição da República Portuguesa⁷ (CRP) em 1976, assegurou-se mais direitos na área da saúde para o cidadão e mais deveres para o Estado, estando explícito no diploma que “o direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”, sendo obrigação do Estado em “garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país”, segundo o número 2 e 3 do artigo 64.º da CRP. Isto culminou na criação do Serviço Nacional de Saúde, pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que pretendia dar resposta à necessidade de haver uma cobertura mais extensa e equitativa dos serviços de saúde, de acordo com os termos da Constituição (OPSS, 2003). Segundo Barros (1999), o reconhecimento do direito à saúde, através da CRP, provocou um forte acelerar de um processo que tinha sido iniciado no início dos anos 70 e que culminou no projeto do SNS (OPSS, 2003).

Assim, a criação do SNS “representou o primeiro modelo político de regulamentação do artigo 64.º da Constituição” (Simões & Dias, 2009). Este foi assente numa base financeira frágil, em que coexistia o financiamento público do SNS e da medicina privada, num período sem inovação nos modelos de gestão. Adicionando a dificuldade de acesso por parte da população ao SNS e a baixa eficiência dos serviços de saúde, verifica-se que a adoção do SNS em Portugal teve várias limitações, estabelecido numa estrutura débil (OPSS, 2001).

Antes da criação do SNS, a responsabilidade de pagar pelos cuidados de saúde ficava a cargo de cada utente, com a exceção dos funcionários públicos, em que os custos eram pagos pelo Estado. Mesmo assim, com a criação do SNS ainda persistiram alguns problemas, principalmente com a baixa oferta no SNS, que era menor do que a cobertura dos vários subsistemas de saúde existentes na altura (Barros & Simões, 2007).

Na década seguinte, Portugal entrou para a Comunidade Económica Europeia, atual União Europeia, tornando-se possível aderir a financiamentos europeus para o desenvolvimento de infraestruturas económicas e sociais, o que permitiu, na área da saúde, expandir o SNS (Lima, 2015). Este foi um período próspero para a saúde, pois,

⁶ Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro (<https://dre.pt/application/conteudo/632738>).

⁷ Criada pelo Decreto de 10/04 de 1976 (<https://dre.pt/application/file/a/502573>), atualmente na 8.ª versão pela Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto (<https://dre.pt/application/conteudo/243729>).

por um lado, Portugal entrava na Comunidade Económica Europeia e “vivia um período de crescimento económico e de estabilidade política” (OPSS, 2001) e, por outro lado, havia mais investimento na saúde pelo Estado (OPSS, 2003). Nesta década também houve uma revisão da CRP, em 1989, que permitiu a introdução de taxas moderadoras, ao consagrar que o SNS é tendencialmente gratuito em vez de, simplesmente, gratuito (Lima, 2015).

Em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde⁸ que definiu que deve ser o Estado a promover e garantir o acesso aos cuidados de saúde, para todos os cidadãos, dentro dos limites técnicos, financeiros e humanos disponíveis, segundo o n.º 2 da Base I. Para além disso, na Base IV, a Lei das Bases da Saúde enuncia que o Estado atua através de serviços próprios, ou seja, públicos, podendo celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde, apoiando e fiscalizando a atividade privada na área da saúde.

Pelo disposto no n.º 2 da Base XII da Lei das Bases da Saúde, foram aprovados os estatutos do SNS pelo Decreto-Lei n.º 11/93⁹, de 15 de janeiro. Neste documento estabelece-se que em Portugal coexistem o SNS, que está dependente do Ministério da Saúde, subsistemas de saúde públicos de apoio, cujas atividades passam pela promoção, prevenção e tratamento na saúde, e entidades privadas e profissionais livres que prestem cuidados de saúde através de acordos com o SNS (Sousa P. A., 2009).

De forma a melhorar a eficiência no setor da saúde, são criadas, no mesmo ano, as Administrações Regionais de Saúde (ARS), pelo Decreto-Lei n.º 335/93¹⁰, de 29 de setembro, sob a tutela do Ministro da Saúde, tendo como principais funções o “planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e, ainda, de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde”, segundo o n.º 1 do artigo 2.º. As ARS permitiram organizar o SNS em cinco regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sendo que a cada região corresponde uma ARS (artigo 3.º e 4.º do anexo ao Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro).

Na opinião de Arnaut (2009, pp. 146-148), o SNS, atualmente, não cumpre com os ideais com que este foi criado. Desde a revisão da CRP, que considerou o SNS como “tendencialmente gratuito” e que possibilitou o pagamento da medicina privada pelo

⁸ Criada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (<https://dre.pt/application/conteudo/574127>).

⁹ Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro (<https://dre.pt/application/file/585936>).

¹⁰ Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro (<https://dre.pt/application/file/651609>).

orçamento do SNS, passando pela Lei das Bases da Saúde, em que, pelo n.º 2 da Base IV, “o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada da saúde”, nota-se a existência de um reforço ao papel do setor privado em detrimento do SNS.

Em 2016, após várias alterações à gestão, principalmente nos hospitais, existiam 225 hospitais: 107 públicos, 114 privados e 4 parceiras público-privadas (PPP) (Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2018).

1.1.1. Evolução da Gestão no SNS nos Últimos Anos

Desde o final dos anos 80 até 2002, segundo o número 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 19/88¹¹, de 21 de janeiro, “os hospitais são pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira”, sob tutela do Ministério da Saúde. Estes hospitais pertenciam ao Setor Público Administrativo (SPA).

Com a criação da Lei das Bases da Saúde, pela Base XXXVI, foi aberta a possibilidade das unidades de saúde serem submetidas a “regras de gestão empresarial” e a entrega da gestão ao setor privado “através de contratos de gestão” (Arnaut, 2009, pp. 147-148). Ou seja, reconheceu-se que tanto o setor privado como o setor público estão envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Rego, Nunes, & Costa, 2010).

Neste período até 2002, ocorreram várias experiências de gestão, que terminaram com a transformação de alguns hospitais SPA em Sociedades Anónimas (SA).

Dentro destas “experiências de gestão”, destacam-se (Cruz, 2013, p. 115):

- Concessão do Hospital Fernando Fonseca a uma empresa privada;
- Criação de raiz do Hospital de São Sebastião, com natureza empresarial, existindo financiamento da Tutela segundo a produtividade esperada;
- Criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, com gestão empresarial, através da integração do Hospital Pedro Hispano e os Centros de Saúde do concelho de Matosinhos, com o objetivo de melhorar a articulação entre as instituições de uma mesma área geográfica e a sua gestão.

A empresarialização dos hospitais públicos em Portugal tinha o objetivo de “conter o crescimento da despesa com as unidades de saúde”, de maneira a obter uma gestão hospitalar que promova a eficiência e a sustentabilidade (Nunes, 2016a).

¹¹ Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro (<https://dre.pt/application/file/506334>).

Com a publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, no artigo 2.º, definiu-se que os hospitais podem ser entre outros, sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (Nunes, 2016b), alterando o Decreto-Lei n.º 19/88 e a Lei das Bases da Saúde. Segundo Nunes & Harfouche (2015), “este novo modelo de gestão trouxe várias novidades, nomeadamente a introdução de uma lógica empresarial”, que engloba a redução de custos, maximização de resultados, novos modelos de financiamento e valorização da eficiência, entre outros.

Nisto, em dezembro de 2002, o Governo português publicou 31 Decretos-Lei que culminaram na transformação destes tantos hospitais SPA em SA (Arnaut, 2009, pp. 148-149). Esta transformação, segundo Arnaut (2009, p. 149), apenas se destinou a “desferir mais uma machadada no setor público, abrindo espaço para o surgimento de Unidades de Saúde privadas e a privatizar gradativamente algumas unidades do SNS”, algo que acabou por acontecer, com o pretexto que o Estado “não tinha recursos para as manter”.

Neste intervalo de tempo em que coexistiam hospitais SA e SPA, ambos possuíam gestão pública, mas enquanto os hospitais SA eram geridos em sentido corporativo e com perspectiva de negócio, os hospitais SPA possuíam um sistema de gestão “tipicamente” pública. Os primeiros detinham mais autonomia na contratação de pessoal, medicamentos e na realização de investimentos e compra de equipamentos. No entanto, estavam sujeitos a instrumentos regulatórios próprios de empresas públicas e eram controlados pelo Ministro das Finanças e Ministério da Saúde. Já os segundos, apenas possuíam autonomia parcial na gestão dos recursos financeiros e humanos, sendo também regulados pelos instrumentos regulatórios das empresas públicas. Para além disso, o Ministério da Saúde procedia à supervisão fiscal, com total autoridade administrativa sobre a administração destes hospitais (Rego, *et al.*, 2010).

Com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002¹², de 7 de março, determinante na evolução do estatuto dos hospitais públicos em Portugal (Cruz & Major, 2016), passados três anos, em 2005, dando-se continuidade à estratégia de empresarialização dos hospitais em Portugal e por forma a “realçar a autonomia de gestão do Serviço Nacional de Saúde”, transformaram-se os hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.), segundo o Decreto-Lei n.º 93/2005¹³, de 7 de junho e o Decreto-

¹² Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março (<https://dre.pt/application/file/250230>).

¹³ Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho (<https://dre.pt/application/conteudo/220550>).

Lei n.º 233/2005¹⁴, de 29 de dezembro, sendo esta uma medida para impedir a privatização destes hospitais. Para além disso, este último aprova a primeira versão dos estatutos destas entidades. A transformação dos hospitais de SA para E.P.E., de acordo com Arnaut (2009, pp. 149-150), “foi melhor do que nada, embora ainda subsistam muitos males da empresarialização”.

Já as PPP na saúde, muito resumidamente, é um tipo de contrato que “implica a concessão aos parceiros privados [...] da gestão daquelas unidades” (Arnaud, 2009, p. 150). Segundo Nunes & Matos (2017) “a implementação de PPP nos hospitais públicos tinha por objetivo gerar uma maior eficiência, desempenho e produtividade”. Na análise efetuada, entre 2013 e 2015, tendo em conta todos os hospitais PPP, estes foram mais eficientes do que a média dos hospitais do SNS.

Segundo a análise efetuada por Nunes (2016a), os hospitais SA, a curto prazo, não se revelaram mais eficientes do que os hospitais SPA. No entanto, com a transição para E.P.E., o desempenho destes hospitais melhorou, relativamente aos resultados observados no período SPA.

Já Rego, *et al.* (2010), na análise que efetuaram, verificaram que no período entre 2002 e 2004 os hospitais públicos portugueses melhoraram os seus níveis de eficiência, sendo que os SPA tiveram um crescimento mais considerável entre 2002 e 2003. Relativamente aos hospitais SA, no período analisado, tiveram crescimentos positivos nos indicadores investigados, obtendo melhores resultados nos indicadores de eficiência analisados em 2004 do que os hospitais SPA.

Noutro estudo efetuado por Nunes (2017a), este concluiu que a eficiência dos hospitais aumentou desde 2002 até 2013, sendo que, aproximadamente 42% dos hospitais públicos ainda continuam a ser ineficientes. Logo, neste estudo, o autor destaca que as alterações ao formato jurídico dos hospitais foram positivas para a eficiência nos hospitais.

Hoje em dia, um hospital SPA é um “instituto público de regime especial [...] integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, cuja finalidade principal é a de prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos em geral, segundo os artigos 1.º e 2.º do Anexo IV do Decreto-Lei n.º 18/2017¹⁵, de 10 de fevereiro. Já um hospital, centro hospitalar ou instituto português de oncologia E.P.E., “é uma pessoa coletiva de direito público de natureza

¹⁴ Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro (<https://dre.pt/application/conteudo/469067>).

¹⁵ Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (<https://dre.pt/application/conteudo/106434234>).

empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial”, cuja finalidade principal, como nos hospitais SPA, é a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos em geral, segundo o artigo 1.º e 2.º do Anexo II.

A transformação de hospitais SA em E.P.E., com o objetivo de “melhorar o desempenho, a eficiência e a qualidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde” (Cruz, 2013, p. 130) dá início à reestruturação do parque hospitalar, através da fusão de hospitais em centros hospitalares.

1.1.2. Os Centros Hospitalares

A pessoa coletiva de centro hospitalar foi criada pelo Decreto-Lei n.º 284/99¹⁶, de 26 de julho. Pelo artigo 2.º, “um centro hospitalar é uma pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio [...] que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica”. A criação de centros hospitalares, segundo o legislador deste Decreto-Lei, tinha o objetivo de interligar serviços e instituições, na mesma área geográfica, de maneira a se aproveitar melhor a capacidade instalada e a aumentar a rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde. Resumidamente, era desejado, nos centros hospitalares, aumentar a eficiência e a produtividade através da ligação dos serviços e hospitais na mesma zona geográfica.

Os centros hospitalares são criados pela integração horizontal de dois ou mais hospitais que, ou produzem os mesmos serviços, ou produzem substitutos, criando uma única instituição que possui todos os direitos e obrigações que os respetivos hospitais possuíam. Este processo é efetuado com o objetivo de “gerar economias de escala e poder de mercado, na otimização dos serviços prestados [...] e no reforço da respetiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial” (Entidade Reguladora da Saúde, 2012, p. 20).

O primeiro centro hospitalar foi criado pelo Decreto-Lei n.º 426/99¹⁷, de 21 de outubro, com estatuto SPA e que tinha o objetivo de contribuir “para uma gestão mais racional, eficiente e eficaz dos equipamentos hospitalares existentes naquela área geográfica”, segundo o legislador. Desde essa altura, foram criados vários centros hospitalares, principalmente com estatuto E.P.E., sendo que na data de publicação do

¹⁶ Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho (<https://dre.pt/application/conteudo/353350>).

¹⁷ Decreto-Lei n.º 426/99, de 21 de outubro (<https://dre.pt/application/file/667458>).

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, existiam a 22 centros hospitalares em Portugal.

Segundo a análise efetuada por Nunes (2017b) entre 2003 e 2012 à produtividade dos hospitais e centros hospitalares antes e depois da fusão e comparando com os dados obtidos de hospitais que não foram submetidos a fusões, verificou-se que em 60% dos centros hospitalares não houve melhoria de produtividade, sendo que os hospitais que não foram submetidos a fusões registaram, em média ligeiras melhorias na produtividade.

1.2. Instrumentos de Análise Financeira

De acordo com Fernandes, *et al.* (2016, p. 27), “as empresas estão organizadas em várias funções [...] de acordo com os vários tipos de recursos que gerem”, existindo, por esta razão, diferentes áreas/funções de trabalho dentro das empresas, como a área comercial, de recursos humanos, de produção e financeira, por exemplo.

Na área financeira, a análise de critérios económico-financeiros, segundo Jordan, *et al.* (2015, p. 371), “traduzem o desempenho em termos de custos, proveitos e resultados” e possuem duas grandes vantagens:

- Comparabilidade entre empresas (e períodos temporais) numa unidade monetária comum;
- Possibilidade de serem criados indicadores baseados em princípios usualmente aceites e conhecidos, utilizados na gestão.

As informações financeiras divulgadas através dos mais diversos modelos de demonstrações financeiras vocacionadas para a prestação de contas, tal como definido na Estrutura Conceptual do Sistema de Normalização Contabilística (SNC)¹⁸ (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 36) e, no caso das entidades públicas, que recentemente se aproximaram às entidades privadas, relativamente aos documentos exigidos na prestação de contas, segundo o Sistema de Normalização Contabilística para Administrações Públicas (SNC-AP)¹⁹, mais concretamente na norma de contabilidade pública (NCP) 1, que são as seguintes:

- Balanço;
- Demonstração de resultados;
- Demonstração das alterações no capital próprio;

¹⁸ Criado pelo Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de julho (<https://dre.pt/application/file/a/492366>), retificado pela Declaração de Retificação n.º 67-B/2009, de 11 de setembro (<https://dre.pt/application/file/a/239503>).

¹⁹ Criado pelo Decreto-Lei n.º 192/2015, de 11 de setembro (<https://dre.pt/application/conteudo/70262478>).

- Demonstração de fluxos de caixa;
- Anexos, que engloba, entre outros, as políticas contabilísticas que se consideraram e outras explicações diversas que auxiliem na interpretação das várias demonstrações financeiras.

Ainda se pode incluir mapas suplementares e outra informação que o gestor acredite que seja pertinente na interpretação das informações financeiras, como informação proveniente do mesmo setor industrial ou geográfico (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 36).

Para uma melhor compreensão dos indicadores, de seguida serão apresentadas com maior detalhe as demonstrações financeiras de onde se retirou a maior parte da informação que consta neste relatório, mais precisamente, o balanço, demonstração de resultados e ainda sobre os balancetes.

1.2.1. Balanço

O balanço é um dos principais documentos de suporte para a análise económico-financeira de uma organização, pois revela a situação financeira de uma dada entidade num momento no tempo, sendo efetuado, no mínimo, com periodicidade anual.

Este instrumento de divulgação financeira, segundo os parágrafos 52 a 67 da Estrutura Conceptual²⁰ do SNC, permite comparar:

- O ativo de uma entidade, composto por bens tangíveis e intangíveis, recursos monetários, inventários e dívidas de terceiros. Resumidamente, são ativos “todos os recursos controlados por uma entidade que resultam de transações passadas e dos quais se esperam benefícios económicos futuros, ou seja, se espera que contribuam, direta ou indiretamente para o fluxo de caixa e equivalentes da entidade” (parágrafo 52 a 58);
- O passivo, composto por provisões e dívidas a terceiras entidades, como fornecedores, Estado, a clientes, em caso de adiantamentos feitos por estes ou financiamentos bancários. Sinteticamente, o passivo “é uma obrigação presente que resulta de acontecimentos passados e da qual se espera um exfluxo de recursos por parte da entidade para ser liquidado” (parágrafos 59 a 63);

²⁰ Estrutura Conceptual do SNC, segundo o Aviso n.º 15652/2009, de 7 de setembro (www.cnc.min-financas.pt/pdf/SNC/Aviso_15652_2009_EC.pdf).

- O capital próprio é o valor residual da diferença entre o ativo e o passivo e engloba o capital social, ou seja, o capital utilizado para criar a entidade, os resultados líquidos obtidos ao longo dos anos, eventuais reservas e excedentes de revalorização de elementos do ativo. O capital próprio, resumidamente, “reflete a situação patrimonial de uma empresa em determinado momento” (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 38).

Numa ótica dos fluxos financeiros, o balanço também pode ser uma igualdade em que, por um lado, demonstra os investimentos realizados pela entidade – aplicações de fundos – e por outro lado, as fontes de financiamento – origens de fundos (Fernandes, Peguinho, *et al.*, 2016, p. 38).

Para além disso, e tendo em conta uma ótica de tempestividade, podemos dividir o ativo em ativo corrente e não corrente, tal como o passivo. Um ativo ou passivo é classificado como corrente caso seja caixa ou equivalente de caixa, esteja detido para ser negociado e se espera que exista realização ou liquidação do ativo/passivo no decurso do ciclo operacional da entidade, de acordo com os parágrafos 10 a 18 da norma contabilística e de relato financeiro (NCRF)²¹ 1.

1.2.2. Demonstração de Resultados

A demonstração de resultados apresenta o desempenho económico-financeiro da empresa num período de análise, comparando os rendimentos/proveitos – aumento nos benefícios económicos durante o exercício na forma de influxos, aumentos de ativos ou diminuição de passivos que resultem de aumentos do capital próprio, desde que estes não estejam relacionados com contribuições dos participantes no capital próprio da empresa – e os gastos/custos – diminuições nos benefícios económicos durante o exercício na forma de exfluxos, amortizações e depreciações do período e na incorporação de passivos resultantes da diminuição de capitais próprios, desde que não estejam relacionados com distribuições aos participantes no capital próprio da empresa – permitindo averiguar se houve lucro ou prejuízo resultante da atividade realizada pela entidade (Fernandes, *et al.*, 2016, pp. 44-45).

²¹ NCRF, segundo o Aviso n.º 15655/2009, de 7 de setembro
(http://www.cnc.min-financas.pt/pdf/SNC/Aviso_15655_2009_NCRF.pdf)

Resumidamente, todos os proveitos e custos²² devem ser reconhecidos e incluídos na demonstração de resultados no período em que ocorrem, sendo possível a adição de itens e linhas adicionais, desde que seja relevante para se compreender melhor o desempenho financeiro da entidade, segundo os parágrafos 30 a 32 da NCRF 1.

O SNC, no parágrafo 34 da NCRF 1, defende a utilização de uma classificação por natureza, havendo a possibilidade de, adicionalmente, se apresentar uma demonstração de resultados em que os itens tenham como base a sua função dentro da entidade. A demonstração de resultados por naturezas permite um maior nível de detalhe ao nível de cada rubrica. A título de exemplo, em vez de se fazer apenas uma rubrica chamada “Proveitos”, a divisão desta rubrica em “Vendas”, “Prestação de Serviços”, “Outros Proveitos e Ganhos”, entre outras, permite espelhar melhor a imagem da empresa (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 48).

De maneira a haver maior distinção entre o tipo de proveitos e custos existentes, torna-se necessário distinguir entre os diferentes tipos de resultados que se podem obter (Fernandes, *et al.*, 2016, pp. 47-49):

- Resultados Operacionais, que é a diferença entre os proveitos e custos provenientes da atividade normal da empresa, ou seja, não engloba os proveitos e custos financeiros e extraordinários;
- Resultados Financeiros, que é a diferença entre os proveitos e custos relacionados com aplicações de capital, financiamentos, aplicações financeiras e outras operações financeiras;
- Resultados Correntes, que é a soma dos resultados acima indicados, não englobando proveitos e custos extraordinários;
- Resultados Extraordinários²³, ou seja, proveitos e custos que não são recorrentes ao longo dos anos, resultando de operações extraordinárias;
- EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*) que é, resumidamente, os Resultados Operacionais, mas não incluindo as Amortizações, Depreciações e as Provisões do Exercício;

²² Enquanto que, por um lado, por um lado, os conceitos de “proveito” e “custo” estão desatualizados, segundo o SNC, devendo-se utilizar “rendimento” e “gasto”, por outro lado, como ainda é utilizada esta nomenclatura no CHBV, decidiu-se continuar a utilizar estas expressões no relatório.

²³ Apesar de, segundo o SNC, já não se utilizar as rubricas de Custos, Proveitos e Resultados Extraordinários, como ainda são utilizadas pelo CHBV, vão-se manter neste relatório.

- Resultados Antes de Impostos, que, como o nome indica, é a diferença entre o total dos proveitos e dos custos, sem englobar os impostos sobre o rendimento;
- Resultado Líquido, que engloba o resultado final da empresa, incluindo a tributação ao rendimento que incide sobre a entidade.

1.2.3. Balancete

Por último, o balancete é uma demonstração económico-financeira não obrigatória pelo SNC, mas muito utilizado pelas empresas para visualizar informação mais pormenorizada sobre as suas contas, nomeadamente, a lista de débitos, créditos e saldos de cada rubrica contabilística da empresa, permitindo, assim, obter informação financeira detalhada de cada rubrica. Assim, as empresas costumam elaborar, pelo menos, balancetes mensais e de final de ano, que engloba os débitos, créditos e saldos do ano.

Para além disso, é a partir deste instrumento que se efetua a demonstração financeira da empresa. Logo, o balancete é um instrumento financeiro muito útil como auxiliar das demonstrações financeiras, pois permite ter mais detalhe sobre cada rubrica contabilística que a empresa utiliza, ou seja, permite ter informações mais detalhadas sobre toda a atividade da empresa.

1.3. Indicadores

“A construção e interpretação de rácios e indicadores é a técnica de análise financeira mais comum, [...] permite a obtenção de informação relevante e complementar [...] à simples leitura dos valores absolutos constantes das demonstrações financeiras” (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 69).

Segundo Nunes (2008, p. 43), um indicador “é um instrumento de medida de desempenho sendo utilizado para mensurar e analisar os resultados obtidos em determinados períodos”.

Idealmente, os indicadores devem-se basear em definições acordadas e descritas em detalhe e de forma exaustiva, com base em evidências. Para além disso, estes devem ser confiáveis, na medida em que detetam poucos falsos positivos e falsos negativos, devem estar bem identificados e discriminados para o utilizador e, por último, os indicadores têm que permitir realizar comparações, tanto ao longo do tempo, como entre o mesmo indicador em diferentes empresas (Mainz, 2003a *apud* Mainz, 2003b).

Para Mainguet & Baye (2006), um bom indicador deve ser preciso e confiável, com fontes de dados de qualidade, disponíveis e fáceis de obter. Adicionalmente, este deve representar uma questão ou problema importante, deve estar relacionado com atributos globais e duradouros e deve permitir a conexão com outros indicadores.

Tendo em atenção apenas os indicadores financeiros, a solvabilidade total de uma empresa em funcionamento representa a capacidade dos ativos da empresa em gerar fluxos de caixa suficientes para pagar as suas dívidas, “avaliando a capacidade da empresa para fazer face aos seus compromissos de médio e longo prazo” (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 118), enquanto que, numa empresa em liquidação, este indicador permite verificar se a venda dos ativos da empresa é suficiente para pagar as suas dívidas (Neves, 2012, p. 249). Em todo o caso, este rácio por si só, mas empresas em funcionamento, não é suficiente para se poder retirar conclusões sobre a solvabilidade da empresa, pelo que é muitas vezes utilizado com o indicador de autonomia financeira (Neves, 2012, p. 249). Este serve, muito resumidamente, para verificar qual é a proporção do ativo total que é financiada com capital próprio, em que quanto maior o seu valor, maior é a autonomia da empresa relativamente a terceiros (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 117).

Já a liquidez está relacionada “com a capacidade de um determinado ativo ser transformado em meios líquidos”, em que, quanto mais rápido e com menos custos esta transformação ocorrer, mais líquido é o ativo (Fernandes, *et al.*, 2016, p. 111). Existem três indicadores de liquidez muito utilizados ((Neves, 2012, pp. 251-254); (Fernandes, *et al.*, 2016, pp. 112-113); (Brealey, *et al.*, 2011, p. 719)):

- Liquidez geral, que relaciona os recursos e obrigações de curto prazo da empresa, avaliando a capacidade da empresa em pagar os seus compromissos de curto prazo;
- Liquidez reduzida, utilizado com a mesma finalidade do indicador anterior, mas reconhece que as existências não podem ser transformadas em liquidez em tempo útil, ou, pelo menos, pelo seu valor do balanço;
- Liquidez imediata, que engloba apenas o valor disponível imediatamente para fazer face às suas obrigações correntes, representando “o grau de cobertura dos passivos de curto prazo por meios financeiros líquidos”.

No entanto, estes rácios têm algumas limitações. Em primeiro lugar, não é possível definir valores de referência, pois depende da especificidade de cada empresa e do setor em que atua. Para além disso, uma gestão financeira equilibrada deve minimizar a liquidez imediata disponível. Por último, estes rácios pressupõem a não continuidade

da empresa, não consideram a possibilidade de contrair endividamento/linhas de crédito e não consideram a capacidade da empresa em gerar fluxos de caixa provenientes das suas operações ((Fernandes, *et al.*, 2016, p. 113); (Neves, 2012, pp. 253-254)).

De acordo com Batista, *et al.* (2015a,b, *apud* Batista & Raposo, 2016), verificou-se que entre 2002 e 2013 os indicadores económicos e financeiros dos hospitais empresa pioraram, “evidenciando uma situação de insolvência técnica do setor”. Entre 2007 e 2011, principalmente, existe uma deterioração dos rácios de autonomia financeira, de solvabilidade, liquidez e de produtividade dos hospitais E.P.E.. Para além disso, verificou-se um aumento das dívidas a fornecedores e uma diminuição dos capitais próprios, devido à persistência de prejuízos.

Em outro estudo efetuado, também se verificou que a criação de centros hospitalares levou a uma degradação acentuada dos rácios financeiros analisados, havendo, em contrapartida, uma melhoria da eficiência, com o aumento do número de consultas e de cirurgias (Oliveira, 2014).

1.4. Terminologia Específica do Setor Hospitalar

Na realização deste relatório, vão-se utilizar certos conceitos que, ou por serem específicos do setor da Saúde ou pela sua importância neste relatório, merecem especial realce.

Destaque-se:

- Capital Estatutário – “As entidades públicas empresariais têm um capital, designado «capital estatutário», detido pelo Estado e destinado a responder às respetivas necessidades permanentes”, segundo o n.º 1 do artigo 59.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial²⁴;
- Contrato-Programa – Contrato celebrado entre a Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P), ARS e as entidades prestadores de cuidados de saúde, como é o caso do CHBV, que inclui a produção contratada, incentivos, penalizações, objetivos, níveis de desempenho a atingir e resultados a alcançar. Este contrato é trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo (Contrato Programa 2017-2019 CHBV);

²⁴ Criado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro (<https://dre.pt/application/conteudo/500215>), alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de setembro (<https://dre.pt/application/conteudo/57701290>) e pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro (<https://dre.pt/application/conteudo/105637672>).

- Custos Totais Ajustados – Ajuste aos custos totais, retirando verbas que em nada se relacionam com a existência do centro hospitalar e inserir verbas que, extraordinariamente, por via da legislação, foram inferiores ao normal, de maneira a ter uma imagem mais verdadeira da evolução dos custos no CHBV;
- Doente-Padrão – Transformação da atividade hospitalar, que é de natureza heterogénea, numa única unidade de produção que permite a comparação entre entidades e em diferentes períodos, apesar de poder não incorporar todas as particularidades e a “globalidade da carteira de serviços das entidades hospitalares” (ACSS, IP, s.d.);
- FASP – O Fundo de Apoio aos Sistemas de Pagamento do Serviço Nacional de Saúde foi criado pelo Decreto-Lei n.º 185/2006²⁵, de 12 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 228/2008²⁶, de 25 de novembro e regulamentado pela Portaria n.º 1369-A/2008²⁷, de 28 de novembro, sendo extinto pelo Decreto-Lei n.º 188/2014²⁸, de 30 de dezembro. Sinteticamente, este fundo, segundo o artigo 1.º do anexo à Portaria n.º 1369-A/2008, de 28 de novembro, tinha o objetivo de “apoiar o sistema de pagamentos aos fornecedores das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde”;
- Grupo C – Grupo a que pertence o CHBV, segundo a ACSS²⁹, da qual fazem parte 16 hospitais, centros hospitalares e Unidades Locais de Saúde. A ACSS faz esta separação em grupos “semelhantes” de maneira a melhor ajustar os Contratos-Programa e o financiamento a cada instituição. O Grupo A engloba os hospitais de menor dimensão, estando no Grupo E os maiores (Centro de Estudos Aplicados, 2016). Neste estudo, as comparações e análises efetuadas sobre o Grupo C não englobam as Unidades Locais de Saúde.
- Programa de Regularização Extraordinária de Dívidas – Foi criado pelo a Resolução do Conselho de Ministros n.º 191-A/2008³⁰, de 27 de novembro,

²⁵ Decreto-Lei n.º 185/2006, de 12 de setembro (<https://dre.pt/application/conteudo/540022>).

²⁶ Decreto-Lei n.º 228/2008, de 25 de novembro (<https://dre.pt/application/file/439948>).

²⁷ Portaria n.º 1369-A/2008, de 28 de novembro (<https://dre.pt/application/conteudo/649757>).

²⁸ Decreto-Lei n.º 188/2014, de 30 de dezembro (<https://dre.pt/application/conteudo/66005768>).

²⁹ Retirado de http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/GrupoInstituicoes, em 27 de julho de 2018.

³⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 191-A/2008, de 27 de novembro (<https://dre.pt/application/conteudo/337042>).

alterado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 29/2009³¹, de 30 de março. Este programa tinha o objetivo de “garantir os pagamentos a credores privados das dívidas vencidas dos serviços e dos organismos da administração direta e indireta do Estado”.

³¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 29/2009, de 30 de março (<https://dre.pt/application/conteudo/603503>).

Capítulo 2 - O Estágio

O presente capítulo serve para apresentar a empresa e as respetivas atividades desenvolvidas durante o estágio.

2.1. O Centro Hospitalar do Baixo Vouga

O Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde português. Foi criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, através da fusão do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., sede do CHBV, do Hospital Visconde Salreu de Estarreja e do Hospital Distrital de Águeda.

Por força da sua constituição, no n.º 3 do artigo n.º 1 do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, o CHBV rege-se pelos estatutos aprovados no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015³², de 26 de janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 183/2015³³, de 31 de agosto, que foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, com exceção dos n.ºs 1 e 2 do artigo 1º.

Pelos estatutos presentes no Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o CHBV possui os seguintes órgãos estatutários:

- Conselho de Administração – órgão de administração que, sucintamente, exerce todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos (n.º 1 do art.º 7.º). É composto por uma presidente, Dr.ª Margarida França, dois vogais, Dr.ª Ana Gago e Dr. Francisco Picado, um Diretor Clínico, Dr. Frederico Cerveira, e uma Enfermeira-Diretora, Dr.ª Lucinda Godinho;
- Conselho Fiscal – órgão a que compete acompanhar a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental, dar parecer sobre o relatório de gestão, pronunciar-se sobre assuntos relacionados com a gestão económica e financeira da entidade e sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Conselho de Administração, Tribunal de Contas e outras entidades de controlo interno da administração financeira do Estado, dar parecer sobre a realização de investimentos e aquisição de bens e serviços, propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário, elaborar relatórios de ação fiscalizadora e manter o Conselho de

³² Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro (<https://dre.pt/application/conteudo/66325236>).

³³ Decreto-Lei n.º 183/2015, de 31 de agosto (<https://dre.pt/application/conteudo/70139963>).

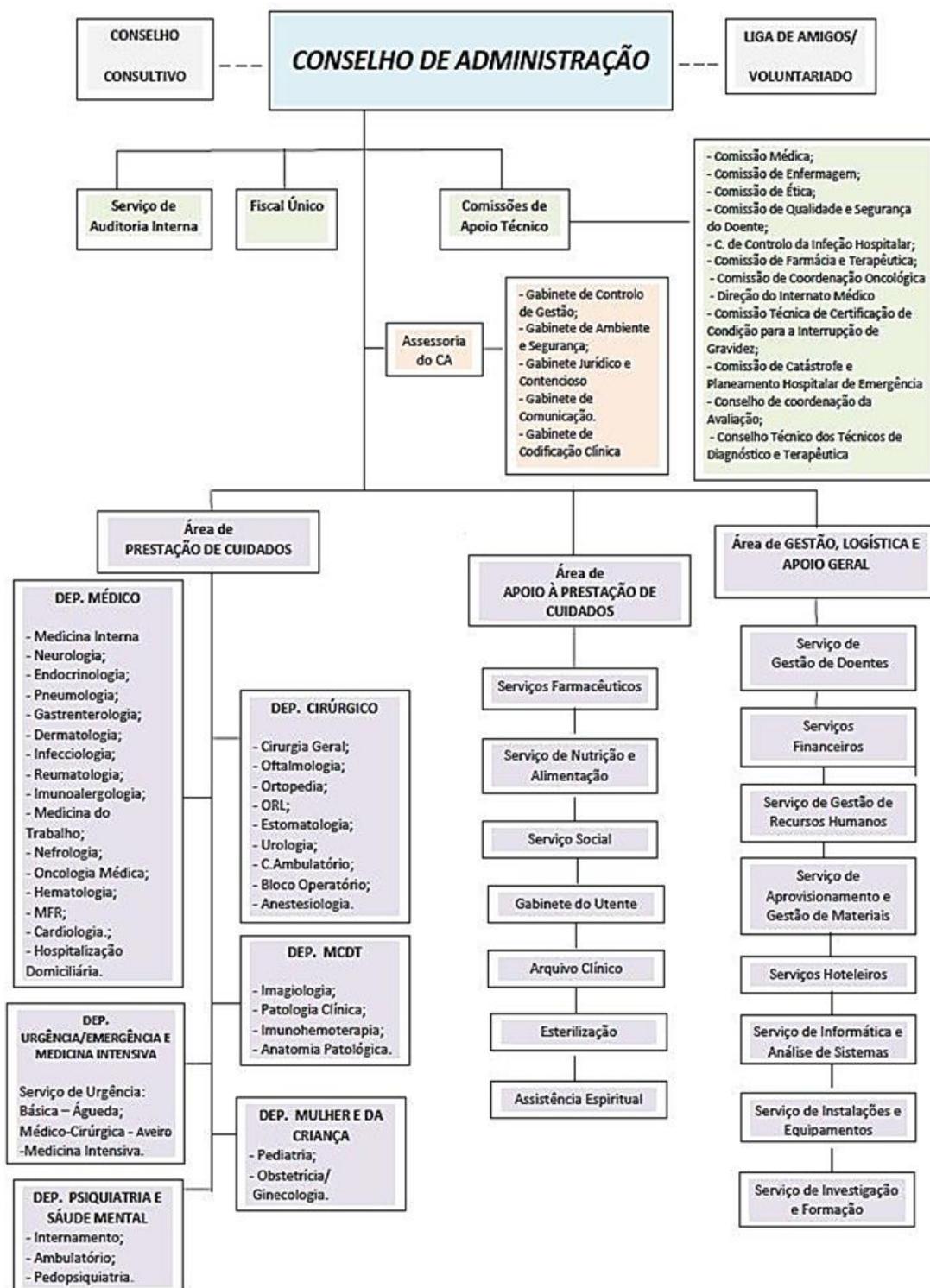
Administração informado sobre os resultados de quaisquer verificações e exames a que proceda (n.º 2 do artigo 16.º). O Conselho Fiscal do CHBV é composto pelo presidente, Dr.ª Maria de Lurdes Castro, dois vogais efetivos – Dr. Alberto Lopes e Dr. Hélder Costa – e por uma vogal suplente, Dr.ª Maria Vila-Chã;

- Conselho Consultivo – órgão de consulta que acompanha a atividade do Centro Hospitalar, aprecia os planos de atividade e emite recomendações, com o objetivo do melhor funcionamento dos serviços (art.º 22.º). É composto pelo presidente, Professor Doutor António Leite e outros membros, segundo o número 1 do artigo 21.º do presente Decreto-Lei.

A integração orgânica e funcional das três unidades hospitalares, iniciada a 24 de fevereiro de 2012 em vez de 1 de abril de 2011, como previsto no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, por força de sucessivos adiantamentos por não haver nomeação do Conselho de Administração, decorreu em várias etapas, que foram sucessivamente ultrapassadas e consolidadas. Como parte desta integração orgânica e funcional, realizou-se vários projetos de investimento, dentro os quais se destacam (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2018):

- Criação da Unidade de Cuidados Paliativos no Hospital Visconde de Salreu;
- Projetos de melhoria da eficiência energética no Hospital Infante D. Pedro;
- Remodelação do serviço de urgência do Hospital Distrital de Águeda.

Figura 1 - Organograma do CHBV



Fonte: Relatório do Governo Societário de 2017 do CHBV

A Figura 1 apresenta o organograma do CHBV, onde podemos constatar que esta instituição está organizada segundo as seguintes áreas:

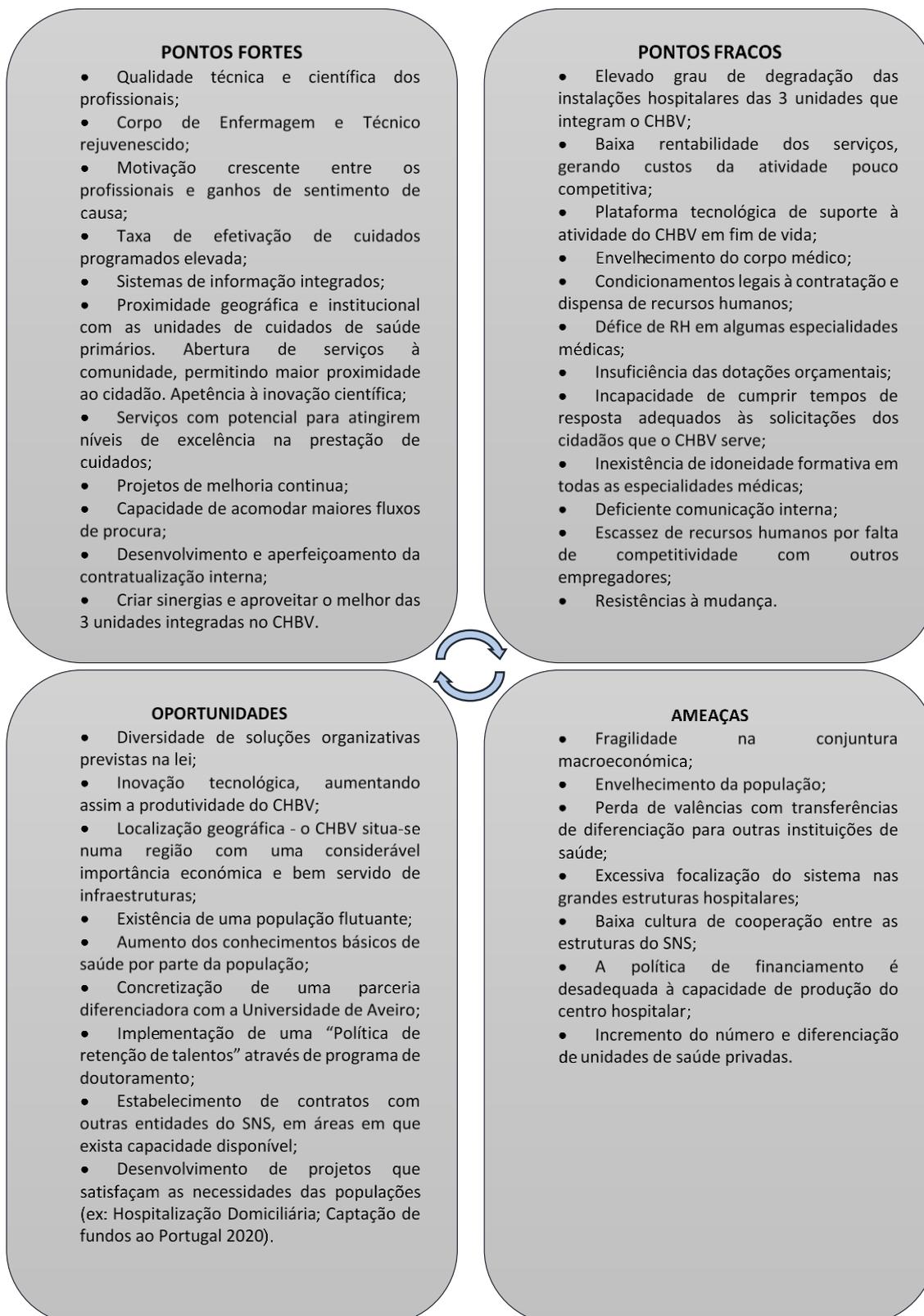
- Área de prestação de cuidados, que engloba o departamento médico, cirúrgico, de urgência e medicina intensiva, da mulher e da criança, de

psiquiatria e saúde mental e o departamento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, sendo que cada departamento possui as suas especialidades. Sucintamente, esta é a área mais importante do CHBV, pois abrange todas as atividades de prestação de cuidados aos utentes (atividade assistencial), que é a razão de existência de um hospital;

- Área de apoio à prestação de cuidados, que possui os serviços farmacêuticos, serviços de nutrição e alimentação, serviço social, gabinete do utente, arquivo clínico, esterilização e assistência espiritual. Resumidamente, esta área serve de apoio à atividade principal do CHBV;
- Área de gestão, logística e apoio geral, que engloba os serviços de gestão de doentes, financeiros, de gestão de recursos humanos, de aprovisionamento e gestão de materiais, hoteleiros, de informática e análise de sistemas, instalações e equipamentos e serviço de investigação e formação. Esta área, enquanto, por um lado, tem como objetivo o apoio às outras áreas do CHBV, por outro, está mais relacionada com a gestão e logística do centro hospitalar e não com a atividade assistencial.

Relativamente à análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) é um instrumento de gestão simples mas importante, que permite analisar a envolvente interna da empresa, através dos seus pontos fortes e fracos, e a envolvente externa, através das oportunidades e ameaças a que a empresa está sujeita, permitindo auxiliar os gestores a formular estratégias e a tomar decisões (Pickton & Wright, 1998).

Figura 2 - Análise SWOT do CHBV



Fonte: Plano de Atividades e Orçamento de 2018 do CHBV

A análise SWOT do CHBV, como se pode ver na [Figura 2](#), relativamente aos pontos fortes da empresa, dá particular ênfase aos recursos humanos, afirmando ter

profissionais com qualidade técnica e científica, cada vez mais motivados, havendo uma maior aposta em profissionais jovens na área técnica e de enfermagem. Também considera que os seus serviços possuem potencial para atingirem níveis de excelência mais elevados e têm capacidade para acomodar mais procura, sempre considerando uma cultura de melhoria contínua.

Para finalizar a envolvente interna, os pontos fracos passam, principalmente, pelo elevado grau de degradação das infraestruturas hospitalares das três unidades que integram o CHBV. Para além disso, aponta para um défice de recursos humanos em várias áreas de especialidade médica, em conjunto com um elevado envelhecimento do corpo médico. Também considera, entre outros aspetos, que as dotações orçamentais atribuídas pelo Estado não são as suficientes para fazer face aos seus custos.

Relativamente às oportunidades, o CHBV considera a sua boa localização geográfica como um ponto diferenciador. A existência de vários fundos que permitem a concretização de projetos e a inovação tecnológica também são oportunidades existentes na envolvente externa do centro hospitalar. Para além disso, uma parceria recentemente efetuada com a Universidade de Aveiro, para além de uma política de retenção de talentos existente, é uma grande oportunidade que o CHBV possui para revitalizar os seus quadros.

Por último, as ameaças presentes na envolvente externa estão muito relacionadas, por um lado, com o baixo nível de financiamento e, por outro lado, com a baixa cooperação entre estruturas do SNS e o maior foco da Tutela para maiores estruturas hospitalares. Isto, em conjunto com o aumento do número e diferenciação das unidades de saúde privadas, é uma grande ameaça para o CHBV.

Para concluir esta breve análise ao CHBV, a sua área de influência abrange os concelhos pertencentes à Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUT) III, do Baixo Vouga, que engloba uma população de 390.840 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2012a), segundo o censo de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2012b).

2.2. Tarefas Executadas

O estágio teve início a 19 de fevereiro de 2018, nos serviços financeiros do CHBV. No decorrer deste estágio foram desenvolvidas várias tarefas que, por um lado, serviram para pôr em prática os diversos conhecimentos adquiridos na Faculdade de Economia, ao longo da Licenciatura e do Mestrado, enquanto, por outro lado, auxiliaram

os colegas dos serviços financeiros a desenvolver as suas tarefas do dia-a-dia, a cumprir com obrigações legais e de prestação de informações requeridas pela Tutela.

De todas as tarefas realizadas ao longo do estágio são de destacar:

- Realização do Plano de Atividades e Orçamento de 2018:

Este relatório deve ser elaborado pelos serviços e organismos integrados no setor público, como é o CHBV, de acordo com o n.º 1 do artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 135/99³⁴, de 22 de abril, atualmente na 6.ª versão pelo Decreto-Lei n.º 74/2017³⁵, de 21 de junho, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 183/96³⁶, de 27 de setembro e pela alínea f) do número 1 do artigo 44.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial.

Sucintamente, este relatório é composto por:

- Pressupostos utilizados na elaboração das diversas demonstrações financeiras, sejam elas estimativas de encerramento de 2017, como estimativas do ano de 2018;
- Caracterização dos diversos serviços (internamento, consulta externa e serviço de urgência), recursos físicos (instalações, salas, camas, gabinetes e área dos hospitais) e humanos (mapas de pessoal) que o CHBV dispõe nas 3 unidades hospitalares que o constituem e respetivo público-alvo;
- Posicionamento estratégico do CHBV, que inclui a missão, visão, valores e análise SWOT;
- Visão estratégica, que engloba planos de ação, medidas propostas e instrumentos de planeamento, execução e controlo que o CHBV utiliza com o objetivo de cumprir a sua visão;
- Proposta de produção: produção que o CHBV prevê efetuar em 2017 e 2018 nos diversos serviços;
- Destaques financeiros de 2017, que inclui estimativas do EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*), mapa de frota e o plano de redução de custos da instituição;
- Orçamento financeiro e respetiva justificação, que influencia o Orçamento de Estado, engloba a receita e despesa que o CHBV prevê usufruir no exercício. Este é feito na própria instituição, segundo as regras e limites impostos pela Direção Geral do Orçamento;

³⁴ Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril (<https://dre.pt/application/conteudo/534640>).

³⁵ Decreto-Lei n.º 74/2017, de 21 de junho (<https://dre.pt/application/conteudo/107541411>).

³⁶ Decreto-Lei n.º 183/96, de 27 de setembro (<https://dre.pt/application/file/213763>).

- Plano anual de investimentos, aprovados pela Direção Geral do Orçamento, que compreende todos os investimentos que o CHBV propõe realizar, fontes de financiamento, valores do investimento e respetivas estimativas de início e conclusão dos projetos;
- Por último, endividamento remunerado que o CHBV possui e/ou espera obter no ano em análise.

Este relatório é composto, essencialmente, por estimativas, tanto de final de 2017, como de final de 2018, pois é suposto ser feito até ao final do 3º trimestre do ano em causa. Logo, é possível que os valores reais estejam bastante desfasados das estimativas realizadas.

- Realização do Relatório do Governo Societário de 2017

O Relatório do Governo Societário, segundo o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, deve ser efetuado pelas empresas públicas, incluindo “informação atual e completa sobre todas as matérias reguladas pelo presente capítulo” (n.º 1 do artigo 54.º). Na sua elaboração, deve-se seguir as linhas orientadoras do “Manual para a elaboração do Relatório de Governo Societário”, emitido anualmente pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial.

Em síntese, engloba:

- Missão, visão, valores, políticas e linhas de ação do CHBV, que inclui objetivos e indicadores acordados com a ACSS;
- Estrutura de capital da instituição;
- Participações sociais e obrigações detidas pelo CHBV, pelos membros do Conselho de Administração e pelos titulares do capital da instituição;
- Órgãos sociais e comissões, que compreende o modelo de governo e os diferentes órgãos internos do CHBV e suas funções;
- Organização interna do CHBV, regulamentos e controlos internos, estatutos e endereços de divulgação de informações na internet;
- Estrutura das remunerações dos membros do Conselho de Administração;
- Transações com partes relacionadas com o CHBV e respetivos mecanismos de controlo;
- Análise de sustentabilidade nos domínios económicos, sociais e ambientais, que engloba as estratégias adotadas e respetivos graus de cumprimento, de maneira a garantir eficiência e qualidade nos diferentes domínios;

- Avaliação do governo societário, que relaciona as recomendações recebidas nos relatórios anteriores pelo acionista com os respetivos graus de cumprimento dessas recomendações.

Adicionalmente, para entregar como anexo a este relatório, foi elaborada a Demonstração não Financeira, nos termos do número 2 do artigo 66.º-B do Código das Sociedades Comerciais³⁷.

O Relatório do Governo Societário é efetuado no mesmo trimestre do Relatório e Contas, pelo que, enquanto o primeiro está mais relacionado com a gestão, acionistas, órgãos sociais e organização interna, o segundo está mais relacionado com a atividade efetivamente realizada na instituição a que diz respeito e respetivos resultados.

- Realização do Relatório e Contas de 2017

O Relatório e Contas deve ser elaborado nos termos do artigo 66.º do Código das Sociedades Comerciais por todas as sociedades, salvo as exceções presentes no número 6. Deve ser efetuado segundo as orientações legais emitidas anualmente pela Direção-Geral do Tesouro e Finanças.

Sucintamente, o este relatório engloba 3 grandes capítulos:

- Um primeiro capítulo de enquadramento do CHBV, que é semelhante ao Relatório de Governo Societário, sendo mais abrangente, mas sintético;
- De seguida, explicita-se as atividades desenvolvidas no CHBV, que abrange toda a atividade hospitalar e o seu impacto, no período analisado, tanto na sua componente assistencial como nos seus resultados económicos, comparando, sempre que possível, com os anos anteriores. Entre outros, analisa-se:
 - Recursos Humanos;
 - Formação;
 - Reclamações;
 - Investigação na Instituição;
 - Atividade Assistencial;
 - Acesso aos Cuidados de Saúde;
 - Análise Económico-Financeira.

³⁷ Criado pelo Decreto-Lei n.º 262/86, de 2 de setembro (<https://dre.pt/application/conteudo/220107>), atualmente na 49.ª versão pela Retificação n.º 21/2017, de 25 de agosto (<https://dre.pt/application/conteudo/108052022>).

- Um último capítulo de informação específica para o setor da saúde, que engloba índices de desempenho, estimativas de proveitos associados ao Contrato-Programa e sua execução financeira e principais investimentos do ano em análise.

Resumidamente, este é o relatório mais abrangente, com o objetivo de analisar, em várias vertentes, a atividade real da empresa, comparando e explicando os resultados obtidos.

- Realização do Relatório de Execução Orçamental do 4.º Trimestre de 2017

Este relatório deve ser efetuado por todas as empresas públicas, segundo a alínea i) do número 1 do artigo 44.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial. Sinteticamente, é composto por:

- Taxa de execução orçamental, de acordo com as estimativas efetuadas para o período, tanto para os custos como para os proveitos e resultados, mencionado as rubricas mais importantes e as rubricas que apresentam um nível de execução desfasado do que foi estimado;
- Evolução dos recursos humanos na empresa no período assinalado;
- Atividade assistencial acumulada desde o início do ano até ao fim do período analisado, por linha de produção e tendo em conta a produção estimada e contratada no Contrato-Programa;
- Fundos disponíveis e dívidas acumuladas no final do período, tendo em conta receitas, compromissos e pagamentos e as dívidas por tipo de fornecedor e por dias de atraso.

No geral, este relatório tem por objetivo dar a conhecer à Tutela o nível de execução do orçamento da empresa.

Relativamente ao estágio em si, este promoveu uma excelente experiência de aprendizagem na sede de uma grande empresa. O facto de esta ser uma empresa pública trouxe desafios adicionais, pois a estrutura curricular, tanto do Mestrado como da Licenciatura em Gestão, estão mais orientados para empresas privadas.

Pode-se, desde já, aferir que este foi um estágio muito produtivo, em que foi possível desenvolver várias competências, tanto a nível pessoal como profissional e interpessoal.

Capítulo 3 - Estudo de Caso

As atividades desenvolvidas no CHBV recaíram sobre a elaboração de relatórios, como explicitado anteriormente. Nisto, surgiu a oportunidade de analisar económica e financeiramente o impacto da criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

A reestruturação do parque hospitalar, fundindo hospitais em centros hospitalares, tem como premissa “melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços”, reduzindo, conseqüentemente, a estrutura orgânica, administrativa e funcional, para além das estruturas de gestão e o número de gestores afetos às unidades de saúde fundidas, segundo o Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março.

O objetivo deste estudo é averiguar se a criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, em detrimento da continuidade de cada um dos hospitais enquanto entidades autónomas, Hospital Infante D. Pedro, Hospital Distrital de Águeda e Hospital Visconde Salreu de Estarreja, conseguiu atingir uma das suas principais finalidades, o aumento da eficiência, que, neste estudo, se vai traduzir na diminuição dos Custos Totais e diminuição do rácio de custos por Doente-Padrão. Para finalizar, vai-se verificar qual o impacto da criação do centro hospitalar nos Proveitos Totais, investimento, indicadores financeiros, Capital Estatutário e nas dívidas a fornecedores de curto prazo, exceto fornecedores de imobilizado, para além de se verificar a evolução do rácio dos Proveitos Totais por Doente-Padrão.

As informações obtidas provêm de:

- Cinco anos (2007-2011) de análise de dados dos três hospitais;
- Um ano de transição em que, por um lado, em 2012, há demonstrações financeiras a 23 de fevereiro, dia anterior à fusão dos hospitais, e, por outro lado, há demonstrações financeiras do CHBV no final do ano, a 31 de dezembro;
- Cinco anos (2013-2017) de análise de dados do centro hospitalar.

Para se poder comparar melhor os resultados obtidos, somou-se, rubrica a rubrica e por ano, as rubricas das demonstrações financeiras dos hospitais analisados de maneira a obter um valor “Consolidado para o CHBV”, entre 2007 e 23 de fevereiro de 2012. Para simplificar a análise dos dados, também se vai considerar como “CHBV” a soma das rubricas dos hospitais, nos anos anteriores à criação do centro hospitalar.

Para cada rubrica analisada da demonstração de resultados e balancete, de maneira a se perceber melhor o impacto, em termos de custos, da criação do CHBV, vai-se comparar:

- Os valores entre 2010 - ano anterior à publicação da criação do centro hospitalar, pois 2011 foi um ano atípico, em que houve grande redução de custos, impactando as decisões de gestão e a atividade subcontratada e 2012, foi o ano em que existiu, efetivamente, a criação do CHBV- e 2017, último ano disponível;
- Média do período entre 2007 e 2010 (doravante designado de “1.º período”) e do período entre 2013 e 2017 (doravante designado de “2.º período”).

Como a análise à evolução da dívida a fornecedores de curto prazo vai ser cumulativa, ou seja, vai-se ver, no final do período, qual é a dívida total acumulada do CHBV com os fornecedores, vai-se comparar a dívida existente entre 23 de fevereiro de 2012 e 2017.

É necessário considerar que na realização deste estudo existiram algumas limitações que não puderam ser ultrapassadas:

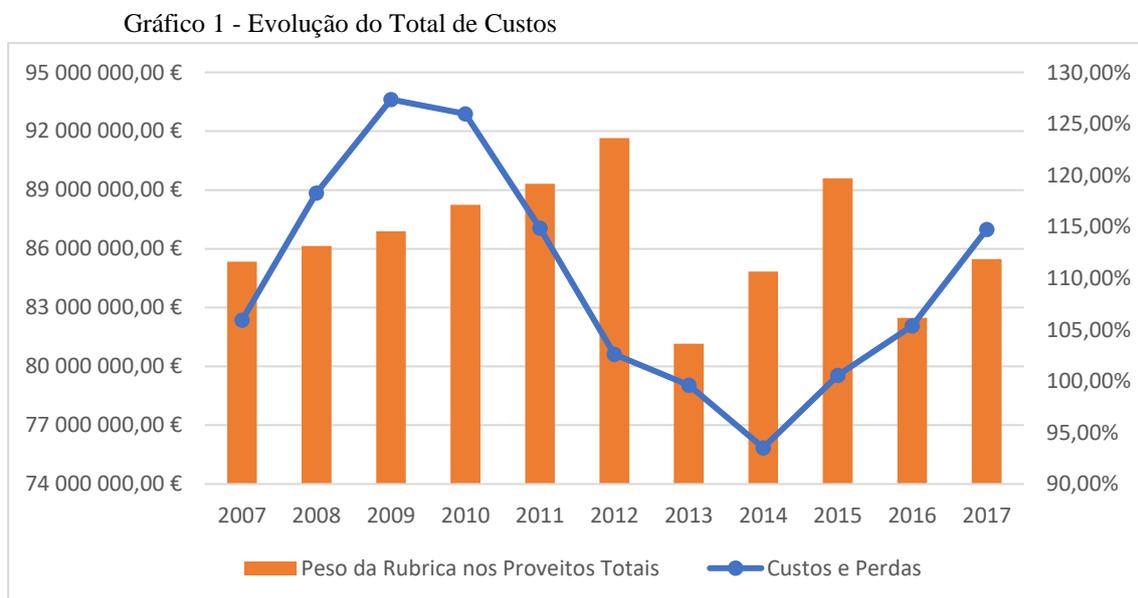
- Os hospitais SPA, como é o caso do Hospital Distrital de Águeda e do Hospital Visconde Salreu de Estarreja, utilizavam a base de caixa – neste sistema as receitas apenas são registadas quando o pagamento é recebido e as despesas são reconhecidas quando são pagas (Sousa, *et al.*, 2013) – em vez do regime do acréscimo – as transações e outras ocorrências são registadas contabilisticamente e relatadas nas demonstrações financeiras nos períodos em que ocorrem, segundo o parágrafo 22 da Estrutura Conceptual do SNC – pelo que pode, até certo ponto, colocar em causa a comparabilidade, defendida nos parágrafos 39 a 42 da Estrutura Conceptual do SNC;
- Não se expurga o impacto do aumento da contribuição da entidade empresarial para a Caixa Geral de Aposentações, que é independente da criação do CHBV e impacta os Custos com o Pessoal;
- Não foi possível obter o número de Doentes-Padrão para o Hospital Visconde Salreu de Estarreja para 2007, fazendo-se uma estimativa para este ano de acordo com o peso que este hospital teve, no total de Doentes-Padrão

dos três hospitais, em 2008, e em 2012 não foi possível obter o número de Doentes-Padrão dos três hospitais em estudo no período antes da fusão, ou seja, no período iniciado a 1 de janeiro e finalizado a 23 de fevereiro de 2012;

- Não foi possível obter informação sobre os valores de Vendas e Prestações de Serviços provenientes do Contrato-Programa de 2007 e 2008, não sendo possível, por conseguinte, verificar, neste período, qual a contribuição do Orçamento de Estado nos proveitos destes hospitais;
- Não se analisa o montante de verbas extra transferidas no final de cada ano pela ACSS, que, entre outros, altera o preço unitário das quantidades produzidas, alterando o rácio de Proveitos Totais por Doente-Padrão.

3.1. Custos

Na realização deste estudo, começou-se por se analisar os Custos e Gastos (doravante designado de “custos”), provenientes da demonstração de resultados, relacionando-os com os Proveitos e Ganhos (doravante designados de “proveitos”). No Gráfico 1 pode-se comparar a evolução dos custos ao longo dos anos em análise:



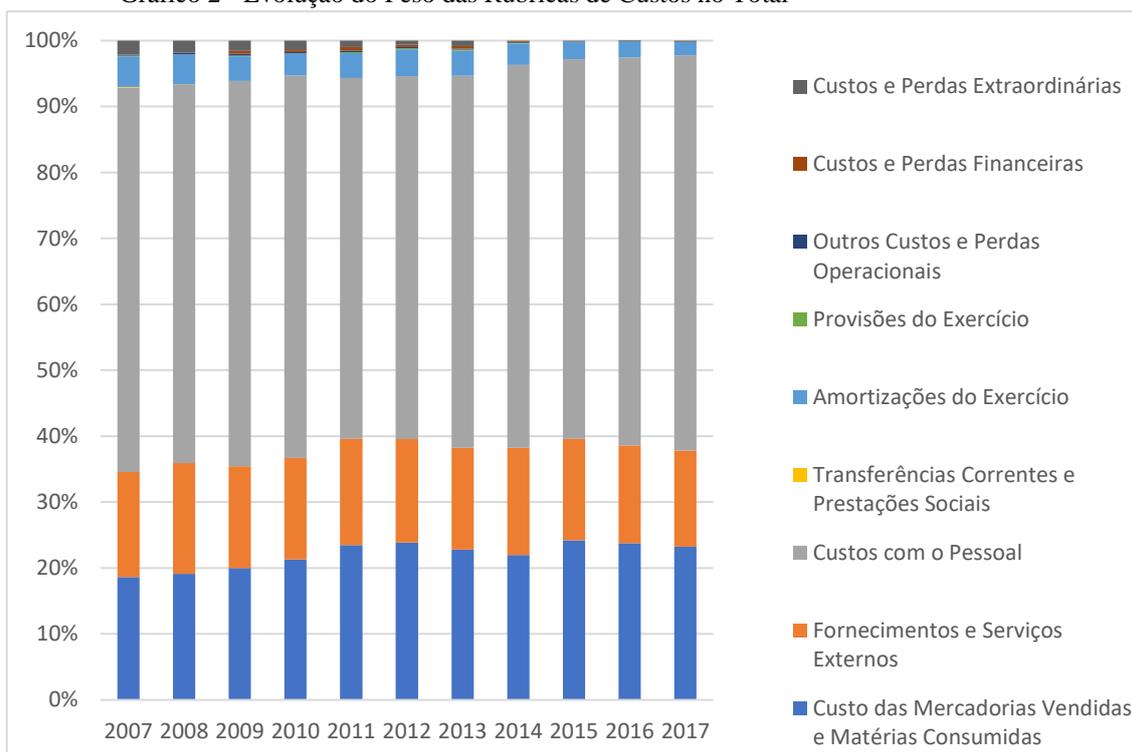
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Como se pode constatar, verificou-se uma evolução de 12,78% no total dos custos até 2009. Nos anos seguintes assistiu-se a uma diminuição dos custos, atingindo o seu mínimo em 2014, com 75,8 M€, que corresponde a uma diminuição de 18,35%. A partir deste ano e até aos dados mais recentes obtidos, os custos aumentaram 14,68%. Os

custos consolidados do CHBV eram 6,36% superiores em 2010 do que em 2017. A média no 1.º período é de 89,4 M€, sendo de 80,7 M€ no 2.º.

Comparando o peso dos custos nos proveitos, verifica-se que, em todos os anos, este é superior a 100%. Até 2012 este peso aumentava de ano para ano, sendo em 2013, com 103,62%, o ano em que o peso dos custos no total dos proveitos foi inferior. Comparando 2010 (117,11%) com 2017 (111,86%), verifica-se que existe uma diminuição neste rácio.

Gráfico 2 - Evolução do Peso das Rubricas de Custos no Total



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Relativamente às diferentes rubricas que compõem os custos, sendo o CHBV uma empresa de prestação de serviços, não é de estranhar que o maior peso na sua estrutura de custos diga respeito aos Custos com Pessoal, com um peso médio de 57,52%, nos anos em análise, como demonstrado no Gráfico 2.

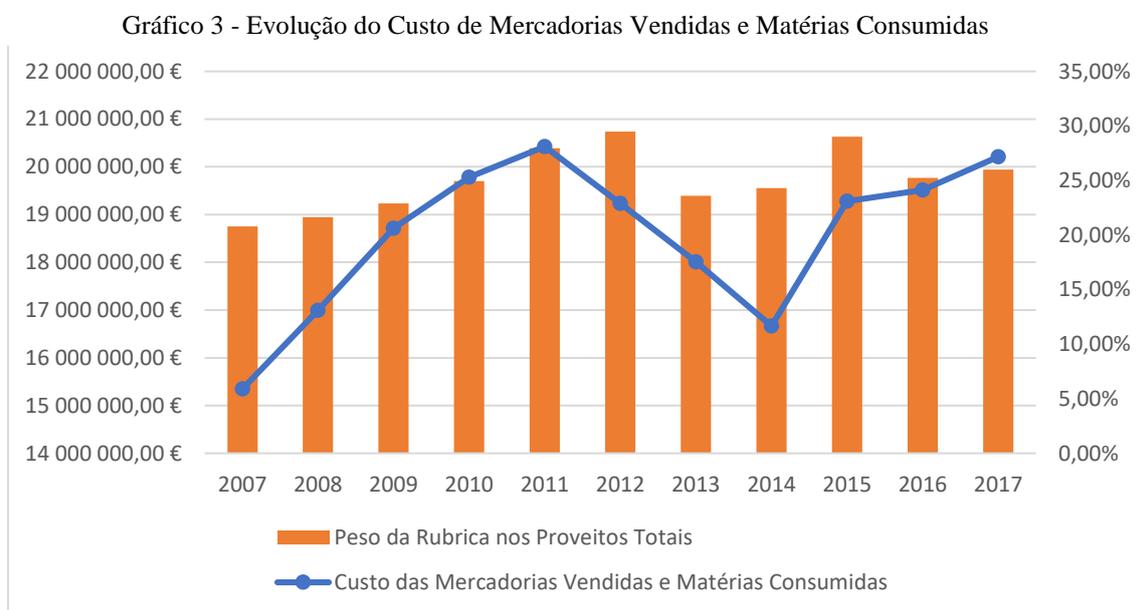
As rubricas de Custos das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas e Fornecimentos e Serviços Externos também apresentam uma estrutura típica de uma unidade hospitalar, com elevado peso nos valores totais de custos, com um peso médio de 22,03% e 15,64% nos anos em análise, respetivamente.

As restantes rubricas possuem valores residuais dentro do total dos custos, sendo, devido à sua natureza, importante detalhar a evolução das Amortizações³⁸ do Exercício, dos Custos e Perdas Financeiras e dos Custos e Perdas Extraordinários³⁹.

3.1.1. Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas

A rubrica de Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas (CMVMC) está relacionada com a atividade hospitalar. Como se pode visualizar no Gráfico 3, entre 2007 e 2011, apresenta uma evolução crescente, aumentando 33,08%. Nos anos seguintes, até 2014, os valores diminuíram 18,42%. Até 2017, os valores nesta rubrica aumentaram 21,28%, sendo que, comparando 2010 com 2017, os custos desta rubrica aumentaram 2,14%. A média do 1.º período é 17,7 M€, cerca de 1 milhão de euros inferior à média do 2.º período.

O peso desta rubrica nos Proveitos Totais, em média, é de 25,08%. Para além disso, o CMVMC, comparando 2010 com 2017, aumentou sensivelmente 1%. Pelo gráfico também se consegue notar que, antes da criação do CHBV, o peso da rubrica nos Proveitos Totais aumentava anualmente. Após a criação do CHBV, o peso diminuiu, mas nota-se que, tendencialmente, tem vindo a aumentar.



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

³⁸ Verdadeiramente, esta rubrica devia-se chamar de Depreciações, mas, como explicado anteriormente, deixou-se ficar a linguagem contabilística (ainda) desatualizada do CHBV.

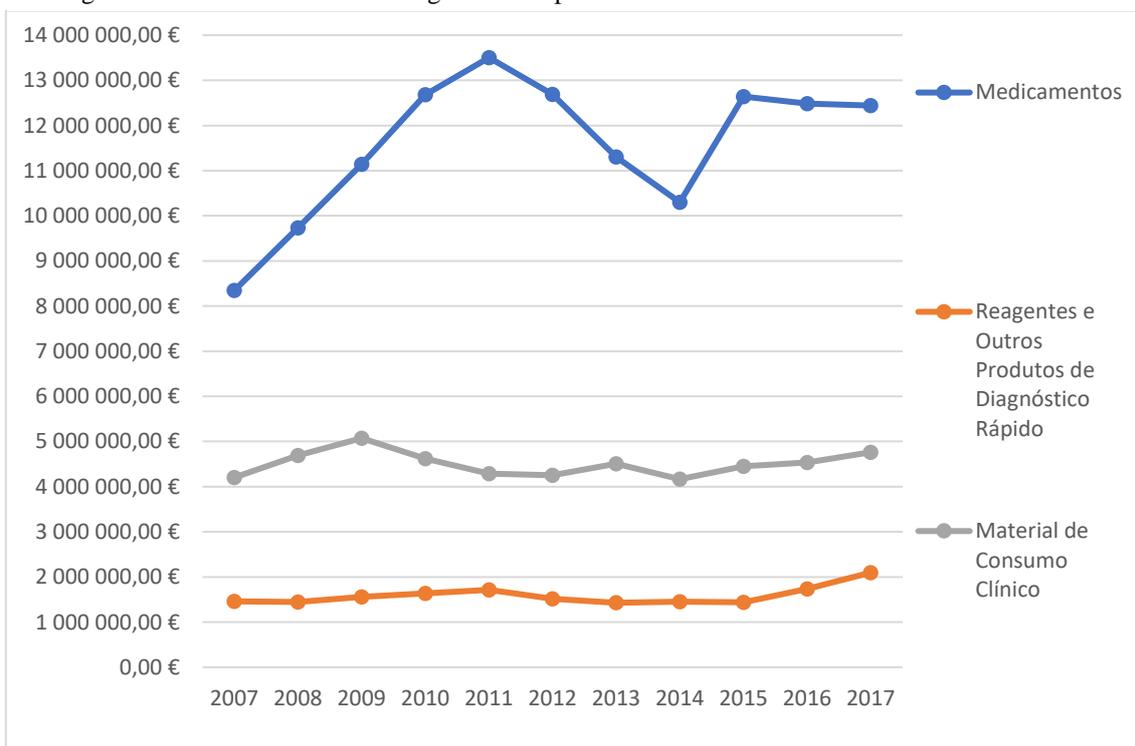
³⁹ De acordo com o SNC, esta rubrica já não existe, mas ainda é utilizada pelo CHBV. Como tal, vai ser utilizada neste relatório.

Para melhor perceber a evolução dos CMVMC, é necessário desagregar a rubrica nas seguintes componentes:

- Mercadorias (apenas possui valores em 2007);
- Produtos Farmacêuticos:
 - Medicamentos;
 - Reagentes e Outros Produtos de Diagnóstico Rápido;
 - Outros Produtos Farmacêuticos.
- Material de Consumo Clínico;
- Produtos Alimentares;
- Material de Consumo Hoteleiro;
- Material de Consumo Administrativo;
- Material de Manutenção e Conservação.

A evolução destas componentes é a seguinte:

Gráfico 4 - Evolução das Componentes de Medicamentos, de Material de Consumo Clínico e de Reagentes e Outros Produtos de Diagnóstico Rápido



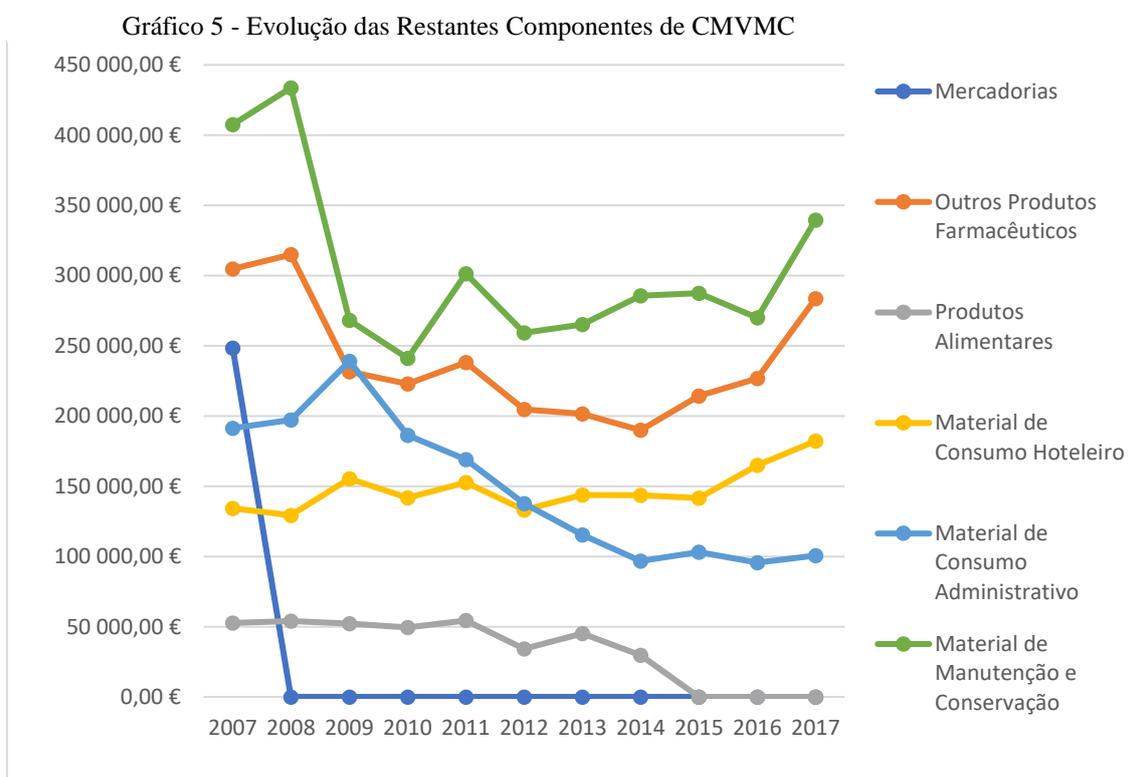
Fonte: Balancetes do CHBV

Pelo Gráfico 4, nota-se que a componente de Medicamentos, relacionada com a cedência gratuita de medicamentos a doentes internados e sujeitos a cirurgias em regime

de ambulatório, é a que tem maior peso dentro do CMVMC, com um peso médio de 62,10% na rubrica. Com isto, não é de estranhar que a evolução dos Medicamentos nos anos em análise siga, aproximadamente, a mesma tendência do CMVMC. Os valores de 2010 e 2017 são semelhantes, mesmo tendo existido uma diminuição na casa dos 3 milhões de euros entre 2011 e 2014. A média dos custos sofreu um aumento, passando de 10,5 M€ no 1.º período para 11,8 M€ no 2.º período.

A componente de Material de Consumo Clínico, que engloba os materiais necessários à atividade cirúrgica hospitalar, apresenta uma evolução crescente até 2009, ano em que os custos ascenderam a 5,1 M€. Nos anos seguintes, verifica-se a existência de uma diminuição de custos de 16,11% até 2012. Após a criação do CHBV, depois de dois anos em que os custos oscilaram ligeiramente, verifica-se uma tendência para os custos aumentarem, atingindo 4,7 M€ em 2017, ligeiramente superior aos 4,6 M€ de 2010. Comparando a média do 1.º com o 2.º período, 4,6 M€ e 4,5 M€, verifica-se que houve uma ligeira diminuição nos custos.

Já os custos dos Reagentes e Outros Produtos de Diagnóstico Rápido, associado a reagentes utilizados nos laboratórios, mantiveram-se razoavelmente estáveis até 2015 em, aproximadamente 1 milhão e 500 mil euros, sendo que, após esta data os custos aumentaram 45,75% até 2017



Fonte: Balancetes do CHBV

Relativamente às rubricas com menor peso, no Gráfico 5:

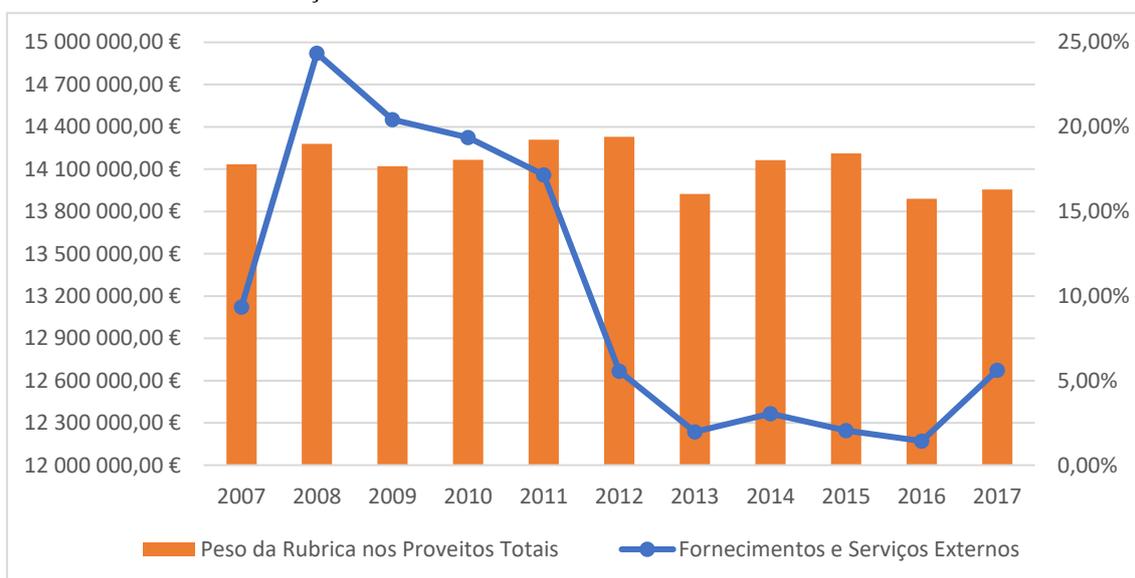
- Apenas houve venda de Mercadorias em 2007, no valor de 248.370,00€;
- A componente de Outros Produtos Farmacêuticos, entre 2008 e 2014, apresentou uma tendência de diminuição de custos, tendo, nos 3 anos seguintes, apresentado um grande aumento nos valores. Os custos de 2017 são 27,24% superiores a 2010. No entanto, a média do 1.º período é 16,89% superior à média do 2.º período;
- Devido à subcontratação de uma empresa para o fornecimento de refeições no Polo de Estarreja, em 2014, que até esta data era feito pelo hospital, há uma diminuição nos custos relacionados com Produtos Alimentares, que se tornaram nulos nos anos seguintes. Até esta data, esta componente manteve-se constante, em, aproximadamente, 50 mil de euros anuais;
- A componente de Material de Consumo Hoteleiro, relacionada com produtos de apoio sanitário que não são da responsabilidade da empresa subcontratada de serviços de limpeza, até 2013, possuía alguma oscilação nos seus custos. Após este ano e até ao último ano analisado, os valores têm apresentado uma tendência crescente. Os custos de 2010 são 28,44% inferiores a 2017 e a média do 1.º período também é inferior à média do 2.º em 10,71%;
- Após uma ligeira subida nos custos de 2008 para 2009, a Componente de Material de Consumo Administrativo, que engloba consumíveis que não se encontram subcontratados com a empresa de serviços de *printing*, demonstrou uma diminuição notável, até ao último ano analisado, diminuindo 45,96% entre 2010 e 2017. A média do 1.º período também é superior à média do 2.º em cerca de 100 mil euros;
- Por último, a componente de Material de Manutenção e de Conservação, que engloba os custos com material de manutenção das estruturas hospitalares, possui, como média dos custos, no 1.º período, 337 mil e seiscentos euros e 289 mil e quinhentos euros no 2.º período. Relativamente aos valores anuais, existem grandes oscilações nos anos anteriores à criação do centro hospitalar. Após esta data, há uma ligeira tendência de crescimento nos custos, que são 40,80% superiores em 2017 do que em 2010.

3.1.2. Fornecimentos e Serviços Externos

A rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos (FSE) está relacionada, por um lado, com subcontratos em entidades do Ministério da Saúde e em outras entidades, e, por outro lado, com fornecimentos e serviços prestados por empresas terceirizadas.

Como se pode verificar no Gráfico 6, após um aumento de, aproximadamente, 1,8 milhões de euros, de 2007 para 2008, os custos diminuíram em 18,01% até 2013, estabilizando nos anos seguintes. Em 2017 voltou a haver um aumento dos custos nesta rubrica em cerca de 500 mil euros. Mesmo assim, neste ano os custos foram 11,53% inferiores a 2010. A média do 1.º período é de 14,2 M€, cerca de 1,9 M€ superior ao 2.º período.

Gráfico 6 - Evolução dos Custos com FSE



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Relativamente ao peso desta rubrica dentro dos Proveitos Totais do ano, verifica-se que, após a criação do CHBV, em média, este é menor. Em 2010, esta rubrica tinha um peso de 18,06%, superior aos 16,30% de 2017.

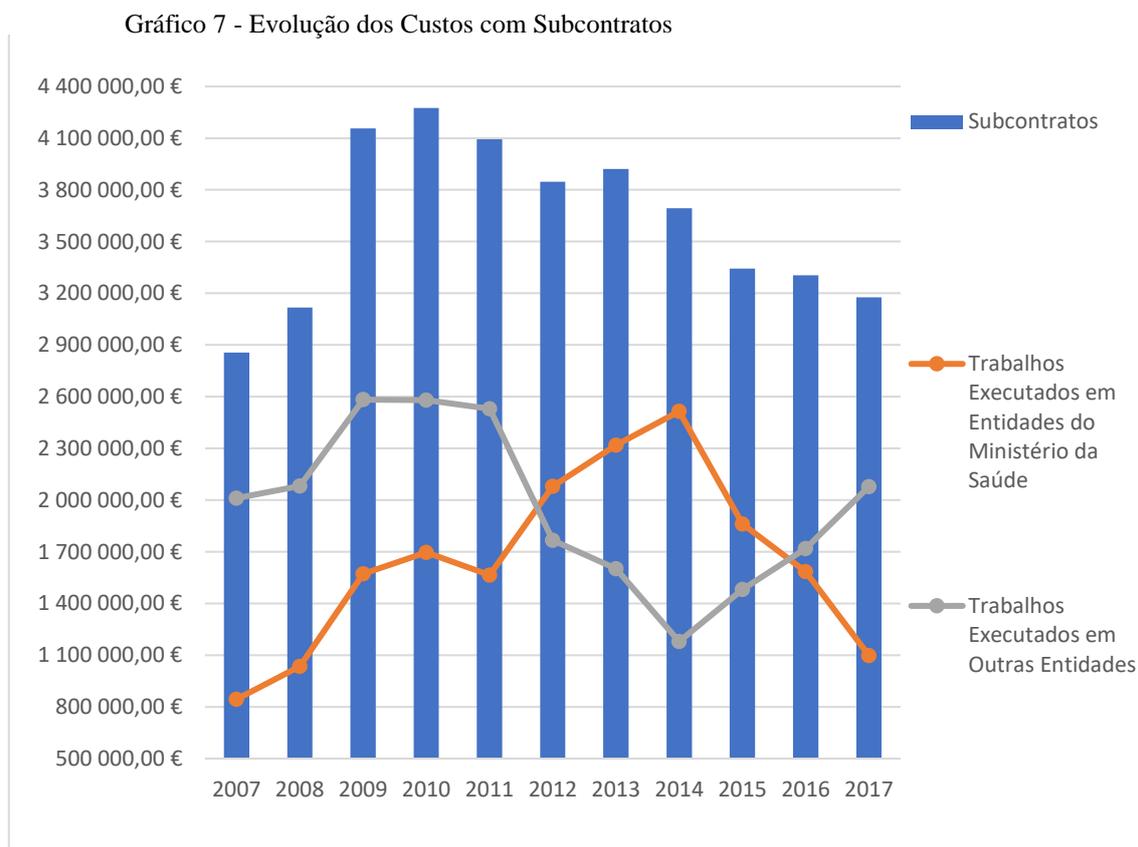
Para melhor perceber a sua evolução, tem que se desagregar esta rubrica nas seguintes componentes:

- Subcontratos:
 - Trabalhos Executados em Entidades do Ministério da Saúde;
 - Trabalhos Executados em Outras Entidades.
- Fornecimentos e Serviços:
 - Fornecimentos e Serviços I;

- Fornecimentos e Serviços II;
- Fornecimentos e Serviços III;
- Outros Fornecimentos e Serviços.

3.1.2.1. Subcontratos

É importante analisar brevemente a evolução dos custos com Subcontratos, no Gráfico 7, antes de prosseguir para as suas componentes. Com este gráfico nota-se que, de 2007 a 2010, houve uma evolução positiva nos custos com Subcontratos, sendo que, após este ano, os custos apresentam uma evolução tendencialmente negativa. Comparando os valores de 2010 com 2017, existe uma diminuição nos custos de 25,72%. A média dos custos com Subcontratos, no 1.º período, foi de 3,6 M€ diminuindo ligeiramente no 2.º período, para 3,5 M€.



Fonte: Balancetes do CHBV

A componente de Trabalhos Executados em Entidades do Ministério da Saúde engloba o recurso a entidades do Ministério da Saúde, em diversos serviços, como a realização de cirurgias, diagnóstico de utentes e aquisição de unidades terapêuticas de sangue, entre outras. Nota-se a existência de uma tendência para o aumento de custos, até

2014, em que se atinge 2,5 M€. Após este ano, os custos nesta componente diminuíram acentuadamente (-56,37%). Comparando 2010 com 2017, existe uma diminuição de 35,32% nos custos. Confrontando a média do 1.º período com o 2.º período, verifica-se que existe um aumento de custos de 45,68% no 2.º período, muito por força dos elevados valores de 2013 e 2014.

Já a componente de Trabalhos Executados em Outras Entidades, que abrange o recurso a diversos serviços prestados por entidades não pertencentes ao Ministério da Saúde, como a realização de cirurgias, diagnóstico de utentes e transporte de doentes, entre outros, até 2009 apresentava uma tendência para aumentar os custos, atingindo 2,6 M€. Nos dois anos seguintes, os custos nesta componente foram semelhantes. A partir de 2011, até 2014, houve uma diminuição de custos de 53,38%, aumentando nos anos seguintes, sendo que, em 2017, já apresentam aproximadamente 2,1 M€, 19,41% superiores a 2010. Relativamente às médias, no 1.º período a média foi superior ao 2.º em 30,33%.

A evolução dos custos contrária, como se pode ver no Gráfico 7, entre estas duas componentes dos subcontratos está, principalmente, relacionada com duas situações:

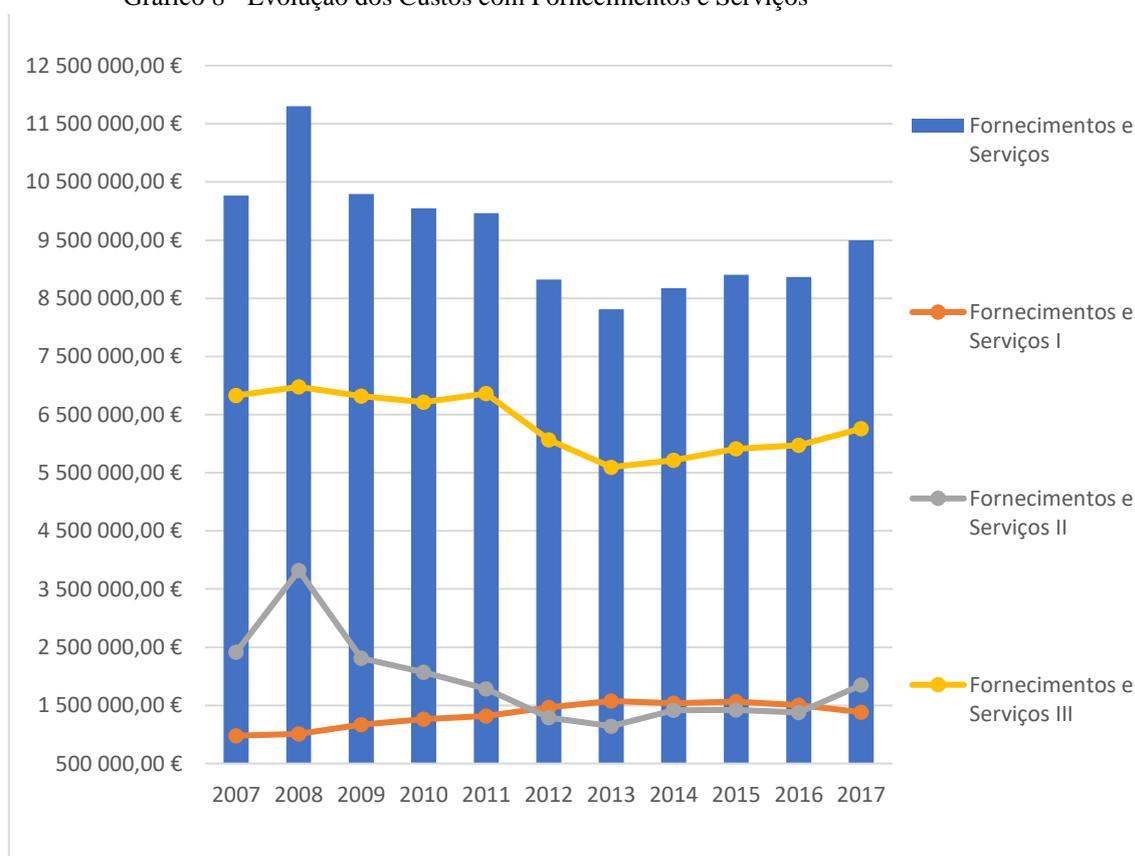
- Aumento de procura de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, que, resumidamente, engloba exames, colheitas e outras intervenções que têm como objetivo auxiliar o diagnóstico e o tratamento do doente;
- Recurso a entidades fora do Ministério da Saúde, ao se verificar que em entidades privadas se conseguem preços inferiores ao preço de portaria, praticados pelas entidades do SNS e, tendo em conta que, por vezes, alguns meios complementares de diagnóstico não estão disponíveis em entidades do SNS, começou-se a abrir procedimentos de contratação tipicamente para entidades não pertencente ao Ministério da Saúde.

Com isto, verificou-se, inicialmente, com o aumento da procura, maiores custos na componente de trabalhos efetuados em entidades do Ministério da Saúde. Posteriormente, devido a um maior recurso a entidades privadas, existiu uma diminuição nos custos em entidades do Ministério da Saúde, aumentando a componente adjacente. No geral, esta situação permitiu uma diminuição dos custos com Subcontratos.

3.1.2.1. Fornecimentos e Serviços

Relativamente à evolução dos custos com Fornecimentos e Serviços, presente no Gráfico 8, constata-se que, de 2007 para 2008, houve um aumento nos custos devido à componente de Fornecimentos e Serviços II, havendo uma diminuição nos anos seguintes, até 2013, tipicamente através da diminuição de Fornecimentos e Serviços I e II. Até 2017, os custos com Fornecimentos e Serviços aumentaram ligeiramente, de ano para ano. Em 2010, o valor desta rubrica era 5,49% superior a 2017. A média do 1.º período, como esperado pela visualização do gráfico, é superior à média do 2.º período, com 10,6 M€ e 8,8 M€, respetivamente.

Gráfico 8 - Evolução dos Custos com Fornecimentos e Serviços



Fonte: Balancetes do CHBV

A componente de Fornecimentos e Serviços I, relacionada com gastos com água, eletricidade, rendas e alugueres, combustíveis e ferramentas e utensílios de desgaste rápido, mostrou uma evolução crescente até 2013, atingindo aproximadamente 1,6 M€. Após este ano manteve-se constante, sendo que, em 2017, os custos diminuíram cerca de 200 mil euros. Comparando 2010 com 2017, existe um ligeiro aumento de custos em

9,37%. A média do 1.º período, 1,1 M€, é inferior em cerca de 400 mil euros em relação à média do 2.º período.

Os Fornecimentos e Serviços II englobam os custos com comunicações, despesas de representação, seguros, transportes e honorários na contratação de serviços médicos e prestação de serviços. Esta componente sofreu um aumento de 2007 para 2008, ascendendo a 3,8 M€. Até 2013 esta componente sofreu uma diminuição de 70,08%. Após esta data, os custos aumentaram e estabilizaram nos dois anos seguintes, voltando a aumentar em 2017. Comparando 2010 com 2017, os valores diminuíram em 10,59%. Do 1.º período para o 2.º período existe uma diminuição de 45,68% nos custos.

A maior componente nesta rubrica, Fornecimentos e Serviços III, está relacionada com serviços de conservação e reparação, subcontratação de empresas de limpeza, vigilância e segurança e outros serviços especializados, como informática, alimentação e lavandaria e contratação de serviços médicos. Como se pode ver pelo gráfico, os valores desta rubrica mantêm-se razoavelmente constantes até 2011, diminuindo nos dois anos seguintes. Após 2013 assistiu-se a um aumento gradual dos custos nesta componente. Comparando 2010 com 2017, nota-se a existência de uma diminuição nestes custos em aproximadamente 500 mil euros (-6,79%). Relativamente às médias do 1.º e do 2.º período, como se pode ver pelo gráfico acima, não é de estranhar que, no 1.º período, a média seja superior ao segundo, 6,8 M€ contra 5,9 M€.

A componente de Outros Fornecimentos e Serviços, como não é materialmente relevante dentro desta rubrica, 1.441,34€ em 2010 e 6.344,51€ em 2017, não foi inserida no gráfico.

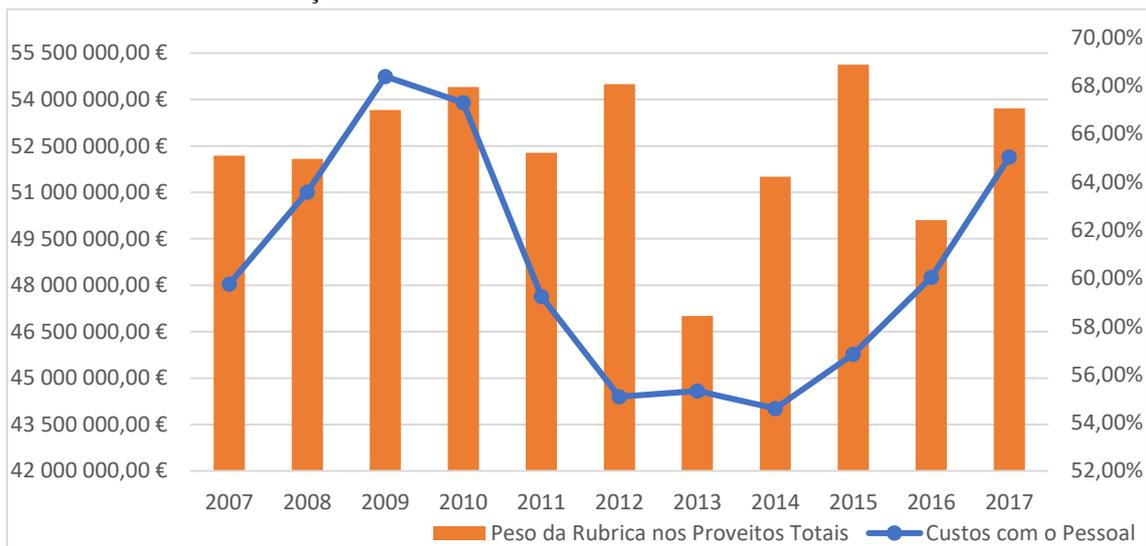
3.1.3. Custos com o Pessoal

Os Custos com o Pessoal, como já foi explicitado anteriormente, é a rubrica com maior peso no total dos custos e perdas do CHBV, devido à natureza prestadora de serviços desta empresa

Esta rubrica possui uma evolução crescente, como se pode visualizar no Gráfico 9, até 2009, ano em que os Custos com o Pessoal compreenderam 54,7 M€. Nos três anos seguintes, até 2012, os custos diminuíram cerca de 10 milhões de euros, mantendo-se estáveis nos dois anos seguintes. Entre 2015 e 2017, os custos aumentaram, já se situando, em 2017, pouco inferiores a 2010 (-3,25%). A média do 1.º período, 51,9 M€, é cerca de 5 milhões de euros superior à média do 2.º período.

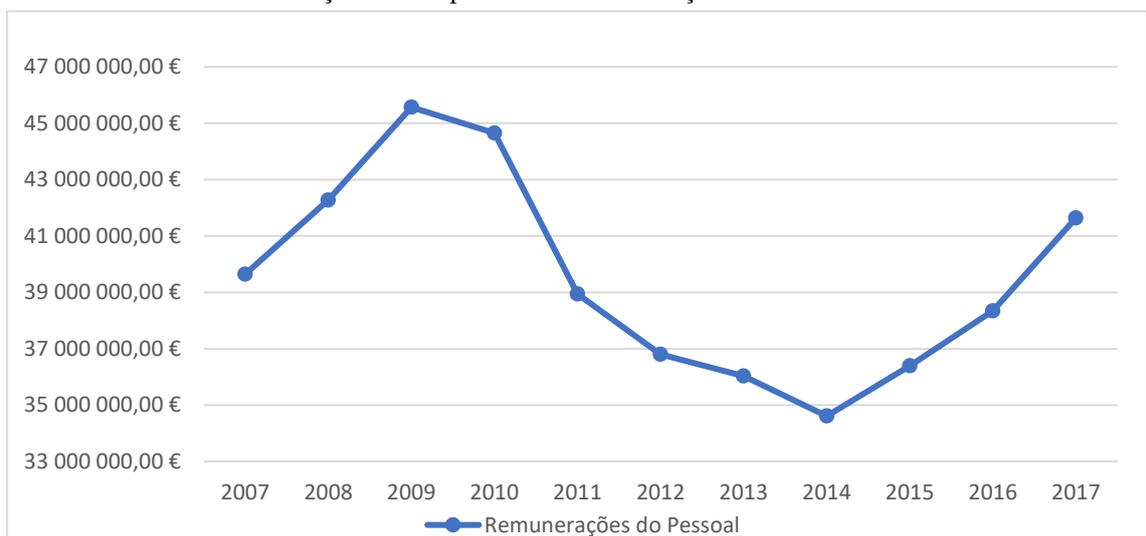
Noutra perspetiva, até 2012, verifica-se que o peso desta rubrica nos Proveitos Totais, tendencialmente, aumentou. Após a criação do CHBV, este rácio diminuiu e até 2017 tem oscilado. Com isto, em 2010 o peso desta rubrica nos Proveitos Totais ascendeu a 67,95%, ligeiramente superior aos 67,06% de 2017.

Gráfico 9 - Evolução dos Custos com o Pessoal



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Gráfico 10 - Evolução da Componente de Remunerações do Pessoal



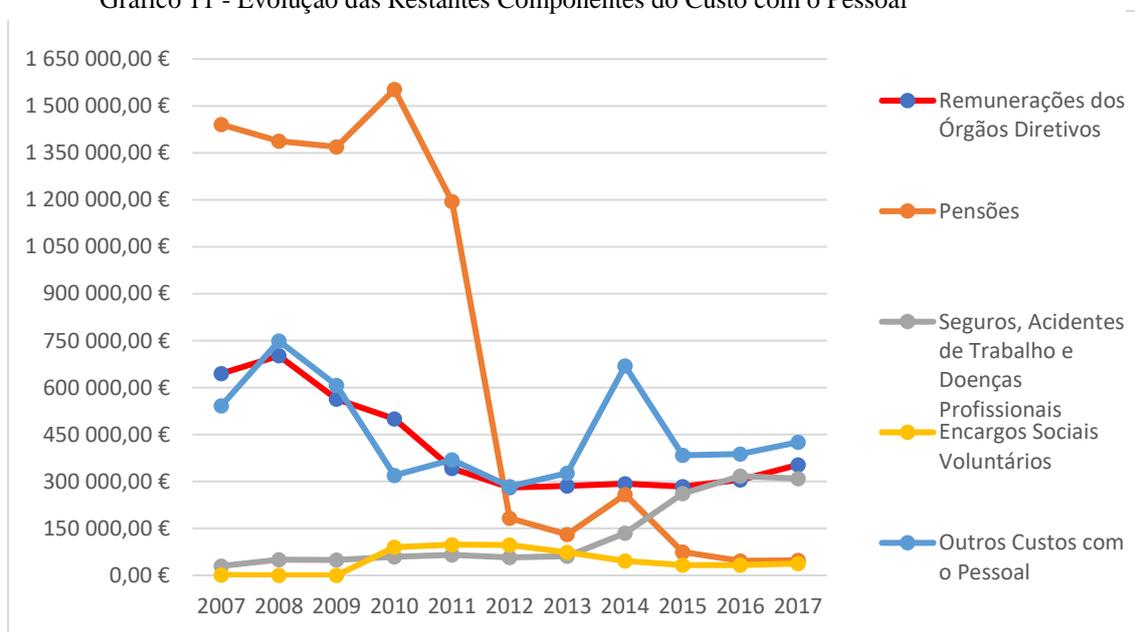
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Verificando a evolução das componentes que compõem a rubrica de Custos com o Pessoal, não é de estranhar que a componente de Remunerações do Pessoal, que engloba a remuneração dos colaboradores do CHBV, à exceção dos membros do Conselho de

Administração, tenha maior impacto nos custos, com um peso médio, nos anos em análise, de 81,36% dentro desta rubrica. Logo, a evolução desta componente, como se pode ver no Gráfico 10, é semelhante à evolução da rubrica dos Custos com o Pessoal.

As Remunerações do Pessoal, até 2009, apresentam uma evolução positiva, atingindo 45,6 M€. Após este ano, os custos desta componente diminuíram 22,74% até 2014. Nos anos seguintes, até ao último ano disponível, assiste-se a um aumento dos custos nesta componente, sendo que, em 2017, eram 41,6 M€, cerca de 3 milhões de euros inferior a 2010 (-6,75%). A média do 1.º período, 43.033.396,44€, é 13,08% superior à média do 2.º período, que é 37.403.652,62€.

Gráfico 11 - Evolução das Restantes Componentes do Custo com o Pessoal



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Relativamente às outras componentes (Gráfico 11):

- As Remunerações dos Órgãos Diretivos aumentaram ligeiramente entre 2007 e 2008, diminuindo 59,98% até 2012. Nos anos seguintes, estes valores mantiveram-se ao mesmo nível, apenas aumentando nos dois últimos anos para cerca de 352 mil e setecentos euros em 2017, 29,44% inferior a 2010. Olhando para o gráfico, não é de estranhar que a média do 2.º período seja quase metade da média do 1.º período;
- As Pensões eram bastante elevadas até 2010, diminuindo 88,21% em 2 anos. Após 2012 e à exceção de 2014, esta componente apresenta uma tendência

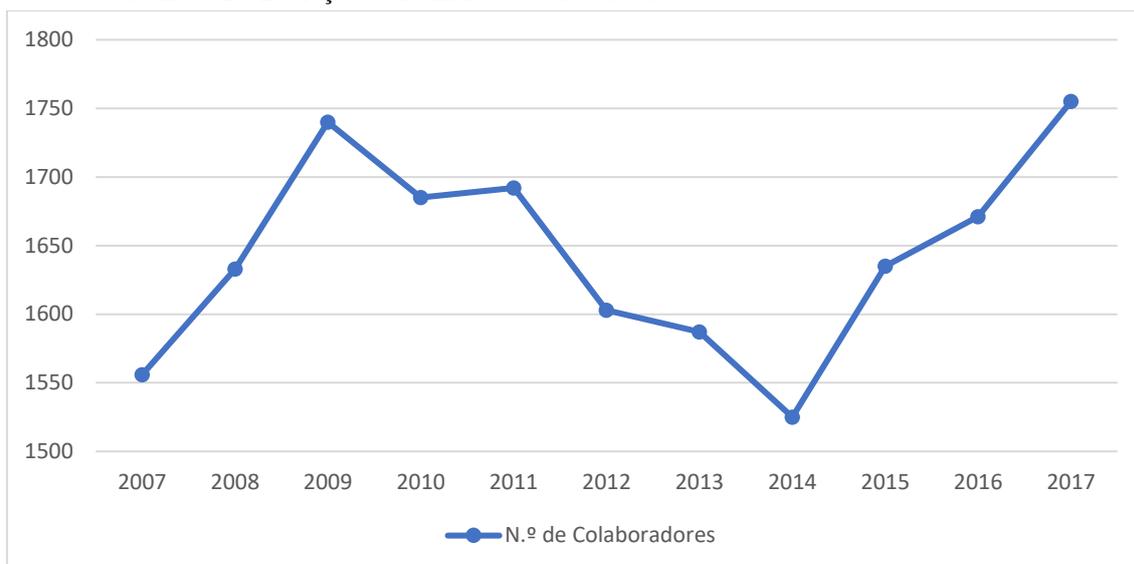
decrecente. Em 2017, esta rubrica apresentou custos 96,88% inferior a 2010. Logo, não é de estranhar a elevada diferença entre a média do 1.º período e a do 2.º, de 92,22%;

- Os encargos com Seguros, Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, após uma ligeira subida em 2008, para cerca de 50 mil euros, mantiveram-se razoavelmente estáveis, mas com uma ligeira tendência para aumentar, até 2013. A partir deste ano e até 2017, os custos aumentaram em 406,24%. Para além disso, em 2010, os custos eram inferiores a 2017 em 418,56%. A média do 1.º período, cerca de 47 mil euros €, é inferior à média do 2.º período em 359,77%;
- A componente de Encargos Sociais Voluntários, que engloba encargos com os serviços sociais da Administração Pública, após 3 anos em que só tem expressão nos custos em 2007, com pouco mais de mil euros, atinge, em 2010, 89.798,67€, aumentando cerca de 10 mil euros no ano seguinte. A partir de 2011, esta componente apresenta uma tendência de diminuição, voltando a aumentar ligeiramente em 2017. No entanto, neste ano esta componente é 57,27% inferior a 2010;
- Por último, a componente de Outros Custos com o Pessoal subiu de 2007 para 2008 38,15%, diminuindo, nos dois anos seguintes, 57,35%. Até 2017, esta componente possui uma tendência crescente, havendo um pico em 2014 para cerca de 669 mil euros. Em 2017 os custos desta componente foram 33,33% superiores a 2010. No entanto, a média do 1.º período é inferior à média do 2.º período em 20,89%.

Para além da simples análise aos custos, é interessante verificar a evolução dos colaboradores do CHBV no período que se está a analisar.

Observa-se, pelo Gráfico 12, que, até 2009, havia uma tendência para aumentar o número de colaboradores, em linha com o gráfico dos Custos com o Pessoal. Nos anos seguintes, até 2014, existe uma diminuição do total dos colaboradores. No entanto, os custos com pessoal apenas diminuem até 2012, sendo semelhantes nos dois anos seguintes.

Gráfico 12 - Evolução do Número de Colaboradores



Fonte: Recursos Humanos do CHBV

Isto acontece porque:

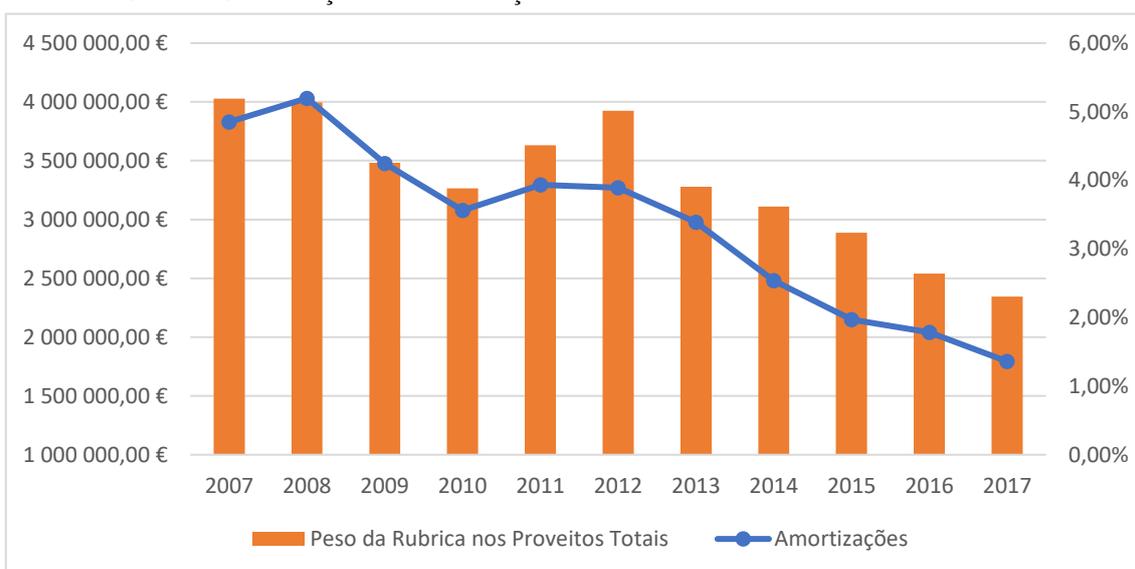
- Apesar da diminuição do número de colaboradores, o número de médicos, que é a categoria profissional que tem maior vencimento, aumentou sempre desde 2007, o que impacta os custos com o pessoal;
- Em 2013, a contribuição da entidade empresarial para a Caixa Geral de Aposentações aumentou de 15% para 20%, de acordo com a Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, o que provocou um aumento nos Encargos sobre as Remunerações de quase 1 milhão de euros;
- Em 2014, a contribuição da entidade empresarial para a Caixa Geral de Aposentações voltou a aumentar, de 20% para 23,75%, de acordo com a Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, o que provocou um aumento nos Encargos sobre as Remunerações superior a 300 mil euros. Para além disso, por conta do elevado número de despedimentos, o pagamento de indemnizações ultrapassou os 273 mil euros, o que se refletiu na componente de Outros Custos com o Pessoal.

A partir de 2014 e até ao último ano analisado, os colaboradores afetos ao CHBV têm aumentado, sendo 1755 em 2017, um aumento de 70 colaboradores relativamente a 2010, em que eram 1685 (4,15%).

3.1.4. Amortizações do Exercício

Como podemos verificar no Gráfico 13, ao longo dos anos em análise, os custos com amortizações têm vindo, tendencialmente, a diminuir. Isto é uma das características que demonstra a inclinação existente nos últimos anos para a diminuição do investimento, que se vai analisar numa fase posterior deste relatório. Em 2010, os custos foram 41,73% superiores a 2017. Como era de se esperar, a média do 1.º período, que ascendeu a 3,6 M€, é superior à média do 2.º período em 36,50%.

Gráfico 13 - Evolução das Amortizações do Exercício



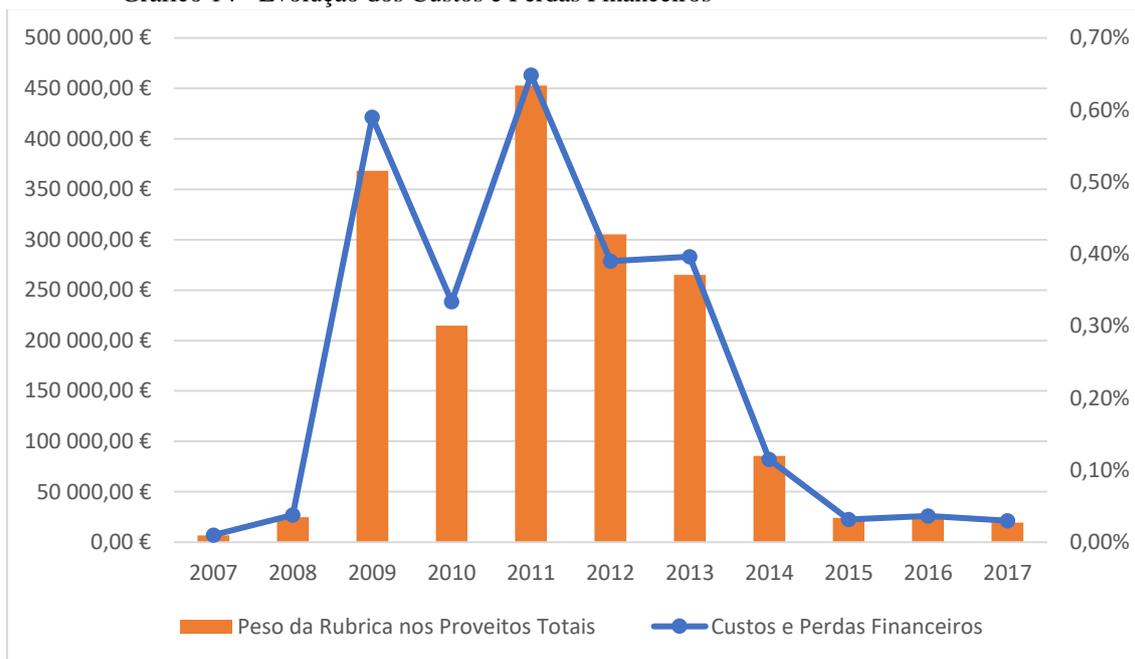
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Relativamente ao peso médio desta rubrica nos Proveitos Totais, verifica-se que, com exceção de 2011 e 2012, existe uma tendência para a sua diminuição. Com isto, em 2010 (3,88%) o peso desta rubrica era superior a 2017 (2,31%).

3.1.5. Custos e Perdas Financeiros

Os Custos e Perdas Financeiros no CHBV estão relacionados com comissões bancárias, juros do Fundo de Apoio aos Sistemas de Pagamento (FASP) e juros de mora, sendo que os juros de mora englobam um acordo de pagamento de juros de factoring constituído entre o CHBV e o *BNP Paribas*. Vai-se entrar em mais detalhe sobre o FASP e o acordo de pagamento de juros de factoring mais à frente neste relatório.

Gráfico 14 - Evolução dos Custos e Perdas Financeiros



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

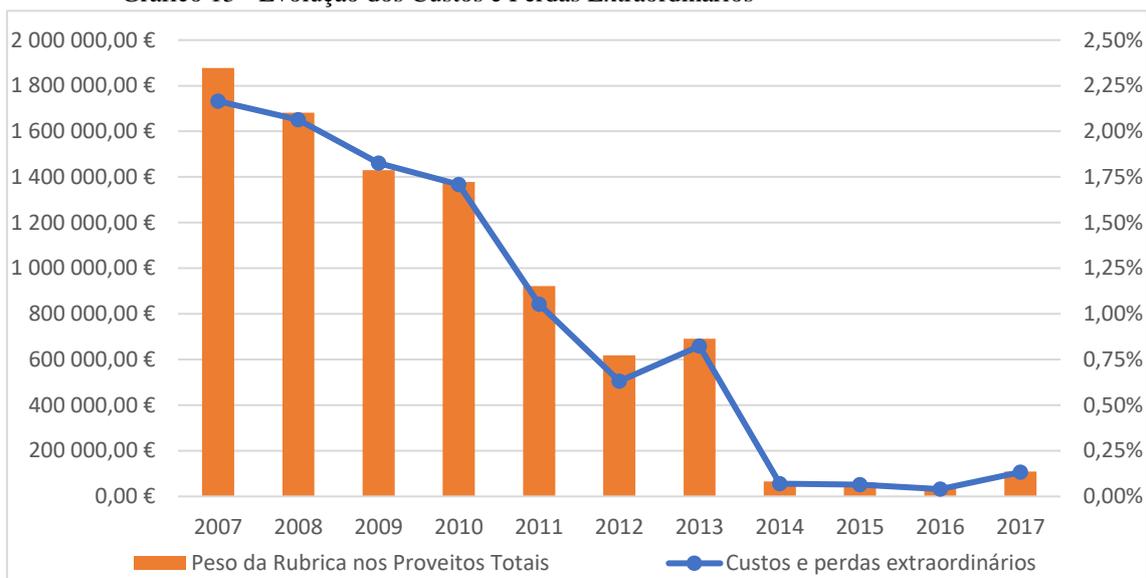
Esta rubrica, como se pode verificar no Gráfico 14, até 2009, possui uma evolução crescente, atingindo pouco mais de 421 mil euros. Em 2010 os valores diminuíram cerca de 180 mil euros, voltando a crescer em 2011. Após 2011 e até 2017, os valores seguiram uma tendência de diminuição (-94,51%), havendo uma diminuição brusca de 2013 para 2014 de aproximadamente 200 mil euros. A média do 1.º período é consideravelmente superior à média do 2.º período (-49,86%) e o valor de 2010, é 91,09% superior ao valor de 2017.

Relativamente ao peso desta rubrica dentro dos Proveitos Totais, verifica-se que após a criação do CHBV este foi diminuindo, sendo de 0,03% em 2017, bastante inferior aos 0,30% de 2010.

3.1.6. Custos e Perdas Extraordinários

Os Custos e Perdas Extraordinários apresentam uma evolução decrescente entre o primeiro ano analisado, em que existiu 1,7 M€ de custos, e 2016, com 32 mil euros (-98,15%), com a exceção de 2013, em que houve um aumento nos custos. Esta considerável diminuição, que se pode verificar no Gráfico 15, nos custos demonstra a existência de um maior cuidado na especialização da despesa e reconhecimento da mesma.

Gráfico 15 - Evolução dos Custos e Perdas Extraordinários



Fonte: CHBV

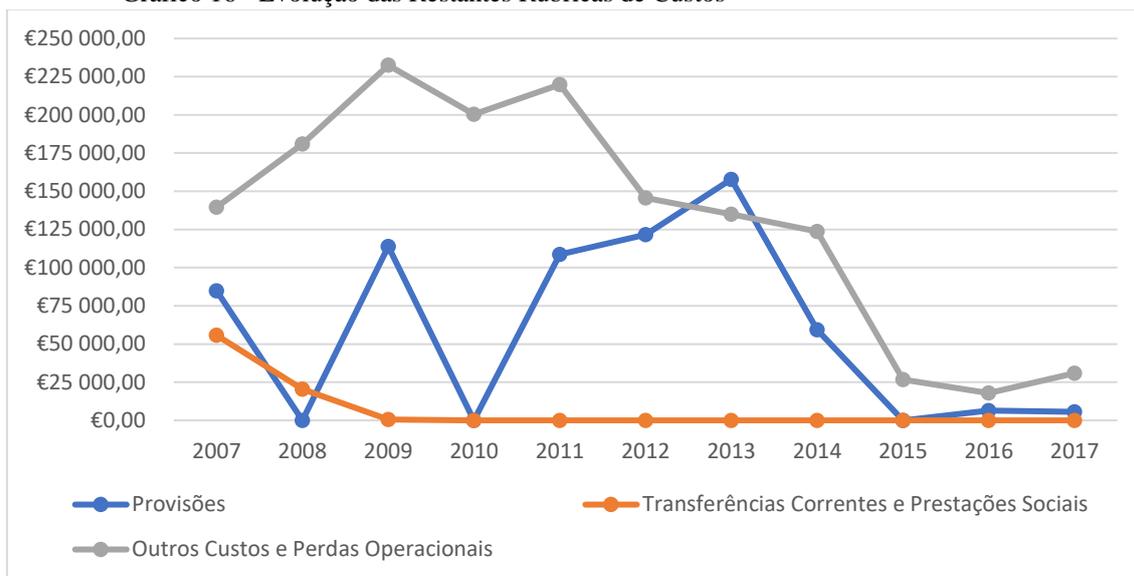
Em 2010 o valor desta rubrica é 92,24% superior a 2017. Sem surpresa, a média do 2.º período é inferior em aproximadamente 1 milhão e 370 mil euros, relativamente à média do 1.º período.

Já o peso relativo desta rubrica, relativamente aos Proveitos Totais, demonstra uma tendência para decrescer no período analisado, sendo esta diminuição mais significativa entre 2013 e 2014. Em 2010 o peso desta rubrica ascendeu a 1,72%, que compara com 0,14% de 2017.

3.1.7. Outras Rubricas de Custos

Relativamente às restantes rubricas de custos nas demonstrações de resultados analisadas, existe uma tendência decrescente de custos, após a criação do centro hospitalar, como se pode verificar no Gráfico 16.

Gráfico 16 - Evolução das Restantes Rubricas de Custos



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Alguns pontos importantes:

- Nas Provisões⁴⁰, que no CHBV são efetuadas tendo em conta clientes de cobrança duvidosa e processos do contencioso, denota-se, principalmente, que nos primeiros anos analisados esta rubrica alterna entre valores próximos a 100 mil euros e 0€, sendo que entre 2011 e 2013 os custos nesta rubrica aumentaram. Após 2013, existe uma diminuição substancial de custos, passando-se de aproximadamente 158 mil euros para 0€ em 2015, sendo de 5.670,52€ em 2017. A média do 1.º período é inferior à média do 2.º em 7,61%;
- As Transferências Correntes e Prestações Sociais apenas existem nos 3 primeiros anos analisados, sendo cada vez menores de ano para ano;
- Na rubrica de Outros Custos e Perdas Operacionais estão inseridos os valores das quotas de associado do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), que são abatidas na rubrica de FSE – o valor pago da quota é abatido nas faturas dos serviços prestados pelo SUCH, que engloba a eliminação de resíduos e lavandaria. Após 2011, verifica-se uma evolução negativa nos custos desta rubrica, devido à diminuição do valor da quota mensal. De 2010 para 2017 existiu uma diminuição de 84,57% nos custos.

⁴⁰ Segundo o SNC, as Provisões agora designam-se por Perdas por Imparidade.

Como era expectável, o valor da média do 1.º período também é superior à média do 2.º em, 64,50%.

3.2. Custos Totais Ajustados

Para cumprir um dos objetivos deste relatório - verificar se a criação do CHBV permitiu reduzir os custos, quando comparado com os três hospitais iniciais - é necessário ajustar os Custos Totais, retirando e inserindo verbas extraordinárias que em nada se relacionam com a existência do centro hospitalar, seja por via da legislação ou por outros acordos efetuados.

Um desses custos são os juros provenientes do FASP – SNS. Como já explicado anteriormente, o FASP é um sistema de pagamentos criado pelo Estado português que tinha como objetivo auxiliar as instituições do SNS a pagar a fornecedores. No entanto, com a escassez de recursos existente, o CHBV não conseguiu reembolsar os empréstimos obtidos e foi acumulando juros. Estes custos são independentes da criação do centro hospitalar e, como tal, para melhor perceber a sua evolução, vão ser retirados ao total dos custos do CHBV.

Para além deste caso, houve um acordo com uma empresa de factoring, o *BNP Paribas*, em que o CHBV se viu obrigado a pagar juros de mora devido ao acumular de várias faturas em atraso. Este custo também não é em nada relacionado com a criação do CHBV, pelo que também vai ser deduzido ao total dos custos.

Na componente de Medicamentos, entre 2015 e 2017 estão incluídos valores de medicamentos para a Hepatite C que são, extraordinariamente, participados a 100% pelo Estado, pelo que não apresentam custos para o CHBV, segundo a Portaria n.º 158/2014⁴¹, de 21 de fevereiro, atualmente na 7.ª versão pela Portaria n.º 35/2018⁴², de 12 de janeiro. Como tal, estes custos também vão ser subtraídos aos Custos Totais, de maneira a obter os Custos Totais Ajustados.

Por último, existiram reduções remuneratórias que afetaram os vencimentos dos colaboradores do CHBV. Os valores apresentados entre 2011 e 2017 incluem reduções remuneratórias, segundo o artigo 19.º da Lei n.º 55-A/2010⁴³, de 31 de dezembro, artigo n.º 20 da Lei n.º 64-B/2011⁴⁴, de 30 de dezembro, artigo 27.º da Lei n.º 66-B/2012⁴⁵, de

⁴¹ Portaria n.º 158/2014, de 21 de fevereiro (<https://dre.pt/application/conteudo/3162551>).

⁴² Portaria n.º 35/2018, de 12 de janeiro (<https://dre.pt/application/conteudo/114510461>).

⁴³ Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (<https://dre.pt/application/conteudo/344942>).

⁴⁴ Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (<https://dre.pt/application/conteudo/243769>).

⁴⁵ Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (<https://dre.pt/application/conteudo/632448>).

31 de dezembro, artigo 33.º da Lei n.º 83-C/2013⁴⁶, de 31 de dezembro e Lei n.º 75/2014⁴⁷, de 12 de setembro, o que significa que, na prática, os Custos com o Pessoal seriam superiores aos que efetivamente foram contabilizados. Sendo esta a rubrica que possui mais peso no total dos custos e tendo em conta que esta redução remuneratória é independente da criação do centro hospitalar, é importante ter em atenção os valores associados às reduções remuneratórias que existiram, ao fazer uma última análise mais profunda à evolução dos custos.

Resumidamente, tem de se fazer um ajustamento aos Custos Totais apurados na demonstração de resultados para, dentro do possível, ter uma imagem mais verdadeira dos custos do CHBV, expurgando situações em nada relacionadas com a criação do centro hospitalar.

O ajustamento efetuado vai ser o seguinte:

Tabela 1 - Ajustamento Efetuado aos Custos Totais

Rubricas	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Consolidado CHBV					
Total Custos	82.363.708,64 €	88.838.944,14 €	93.617.038,75 €	92.890.538,92 €	87.051.052,64 €	80.623.292,94 €
(-) Juros FASP			331.881,91 €	235.043,23 €	233.762,34 €	234.402,79 €
(-) Acordo Juros Factoring					224.217,88 €	38.745,01 €
(-) Hepatite C						
(+) Reduções Remuneratórias					1.911.298,78 €	1.802.281,53 €
(=) Total Custos Ajustados	82.363.708,64 €	88.838.944,14 €	93.285.156,84 €	92.655.495,69 €	88.504.371,20 €	82.152.426,67 €

Rubricas	2013	2014	2015	2016	2017	Total Ajustes
	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	
Total Custos	79.042.431,85 €	75.849.672,10 €	79.545.497,99 €	82.067.359,08 €	86.986.279,35 €	
(-) Juros FASP	233.762,34 €					701.927,47 €
(-) Acordo Juros Factoring	41.760,78 €					304.723,67 €
(-) Hepatite C			1.398.277,81 €	742.642,96 €	496.713,94 €	2.637.634,71 €
(+) Reduções Remuneratórias	1.755.886,66 €	1.827.913,28 €	1.363.495,69 €	555.164,18 €	2.839,89 €	9.218.880,01 €
(=) Custos Totais Ajustados	80.522.795,39 €	77.677.585,38 €	79.510.715,87 €	81.879.880,30 €	86.492.405,30 €	5.574.594,16 €

Fonte: Elaboração Própria

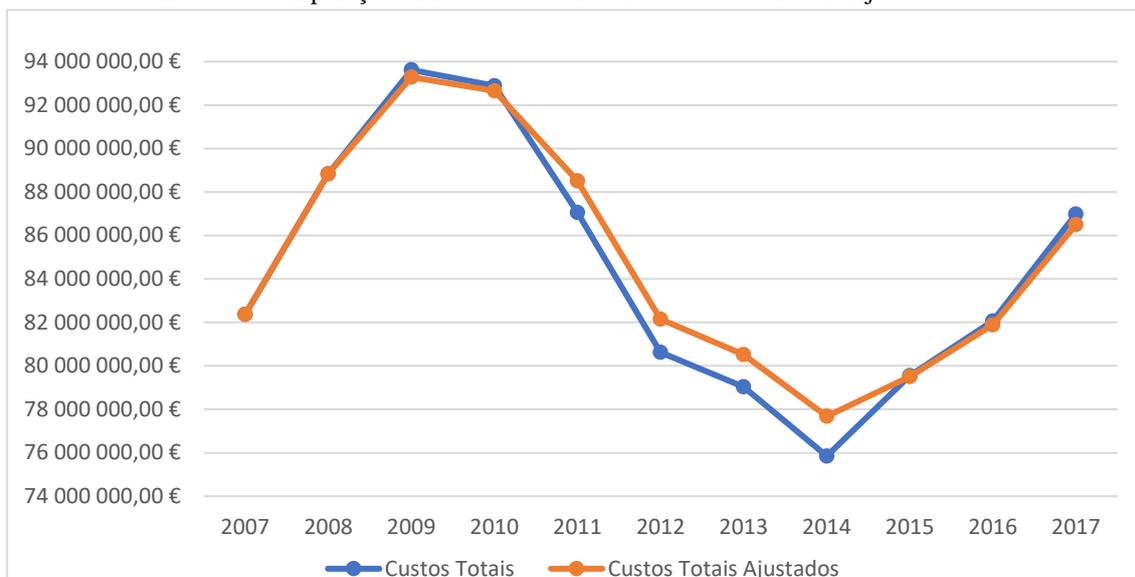
Segundo a informação da Tabela 1, pode-se verificar que as reduções remuneratórias, que totalizaram 9,2 M€, vão ter maior impacto neste ajuste. Como as reduções remuneratórias somam ao total dos custos, estes, com o ajuste, vão aumentar. As outras rubricas, juros do FASP, acordo de juros de factoring e Hepatite C, que totalizaram aproximadamente 702 mil euros, 305 mil euros e 2,6 M€, respetivamente, vão atenuar o ligeiramente o impacto das reduções remuneratórias, pois estas rubricas diminuem o total dos custos. Ainda assim, os custos, com este ajuste, aumentam em 5,6 M€.

No Gráfico 17 pode-se comparar e verificar a evolução dos Custos Totais Ajustados do CHBV com os Custos Totais.

⁴⁶ Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro (<https://dre.pt/application/conteudo/164404>).

⁴⁷ Lei n.º 75/2014, de 12 de setembro (<https://dre.pt/application/conteudo/56747377>).

Gráfico 17 - Comparação entre os Custos Totais e os Custos Totais Ajustados



Fonte: Elaboração Própria

Pelo gráfico, nota-se que os custos, com estas alterações, em 2009, 2010 e entre 2015 e 2017, são ligeiramente inferiores, sendo que entre 2011 e 2014 estes custos ajustados são superiores aos custos que o CHBV efetivamente suportou. No entanto, mesmo com estas alterações, a evolução dos Custos Totais Ajustados é semelhante à evolução dos custos sem ajustes.

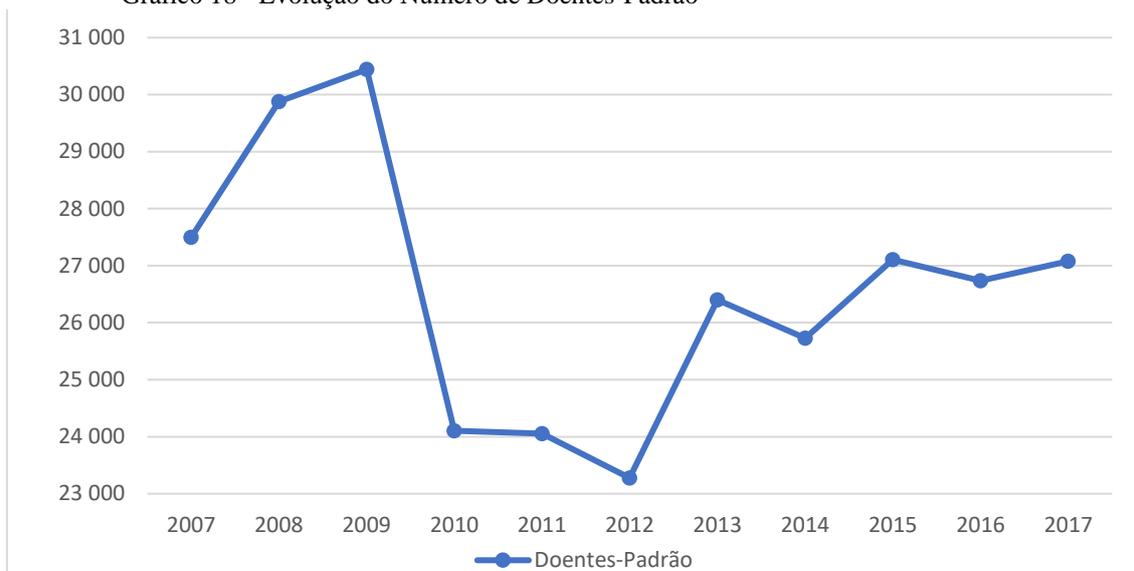
As alterações mais significativas aos Custos Totais são:

- Aumento do valor de 2014, mínimo obtido nos anos analisados, de 75.849.672,10€ para 77.677.585,38€;
- Aumento da média do 2.º período, de 80.698.248,07€ para 81.216.676,45€.

3.3. Relação entre a Evolução dos Custos e os Doentes-Padrão

Para melhor se perceber se a evolução dos custos está relacionada com a atividade hospitalar, vai-se ver a relação existente entre os Custos Totais, com e sem ajuste, e os Doentes-Padrão.

Gráfico 18 - Evolução do Número de Doentes-Padrão



Fonte: CHBV

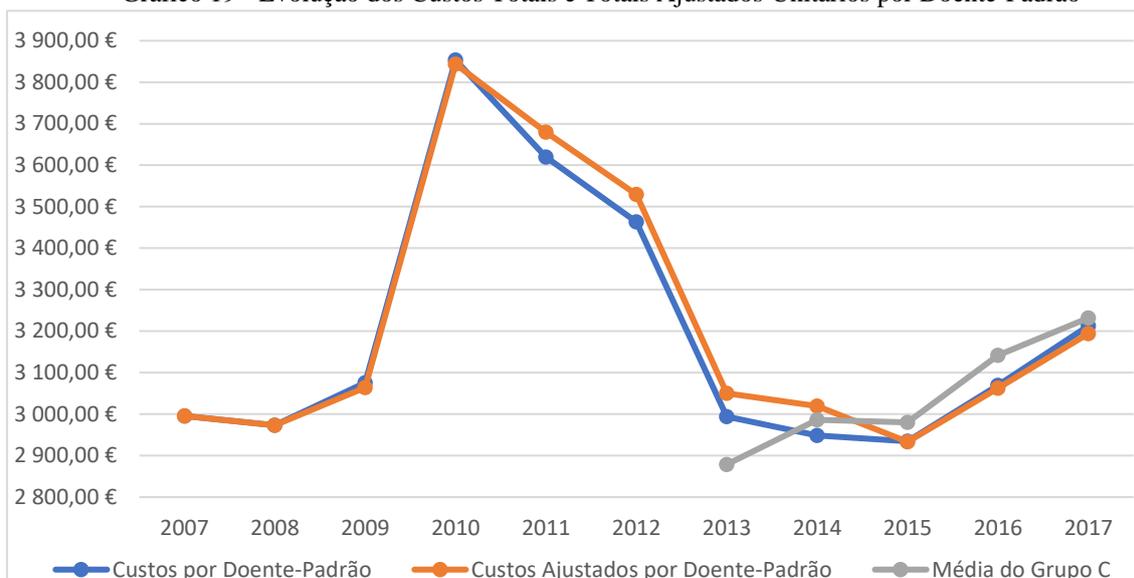
Na análise do Gráfico 18, onde se pode verificar a evolução de Doentes-Padrão, é necessário ter em conta que:

- Em 2007, não se conseguiu obter o número de Doentes-Padrão do Hospital Visconde Salreu de Estarreja, pelo que se pressupôs que este hospital iria manter o mesmo peso no total dos Doentes-Padrão do ano de 2008;
- Em 2012, não foi possível obter os Doentes-Padrão dos três hospitais no período anterior à criação do centro hospitalar, pelo que, neste ano, este apenas corresponde ao período que se inicia a 24 de fevereiro, até ao final do ano.

O que se verifica neste gráfico, tendo em conta as limitações anteriores, é que há um aumento no número de Doentes-Padrão até 2009, que ascenderam a 30.442. Em 2010 existiu uma diminuição considerável, para 24.106 Doentes-Padrão, mantendo-se similar a 2011. Em 2012 houve uma ligeira diminuição, havendo uma tendência de aumento até 2015, mantendo-se estável nos últimos dois anos. Comparando 2010 com 2017, em que se atingiu 27.079 Doentes-Padrão, nota-se um aumento de 12,33% na atividade hospitalar. A média do 1.º período é de 27.981, superior à média do 2.º, 26.610.

De seguida, vai-se apurar a evolução dos Custos Totais por Doente-Padrão e Custos Totais Ajustados por Doente-Padrão para se verificar se a variação dos custos está relacionada com a atividade hospitalar.

Gráfico 19 - Evolução dos Custos Totais e Totais Ajustados Unitários por Doente-Padrão



Fonte: Elaboração Própria

Em primeira análise, verifica-se, como era de esperar pelo que já foi mencionado na comparação entre os Custos Totais e os Custos Totais Ajustados, que em 2009, 2010 e entre 2015 e 2017, os Custos Totais por Doente-Padrão são ligeiramente inferiores aos Custos Totais Ajustados por Doente-Padrão, que são superiores entre 2011 e 2014. Para simplificar, vai-se considerar os custos seguinte como Custos Totais, pois a diferença entre ambos os custos neste rácio não é significativa.

Tendo sempre em atenção os pressupostos previamente mencionados nos Doentes-Padrão, verifica-se, no Gráfico 19, que de 2009 para 2010 os custos por Doente-Padrão aumentaram 25,30%. Nos anos seguintes, especialmente entre 2012 e 2013, verificou-se uma diminuição de 13,56% neste rácio, continuando a diminuir nos dois anos seguintes. A partir de 2015, este rácio voltou a aumentar, ascendendo a 3.212,32€ em 2017. Comparando 2010 com 2017, existe uma diminuição de 16,64%. A média do 1.º período também é superior à média do 2.º em 5,98%.

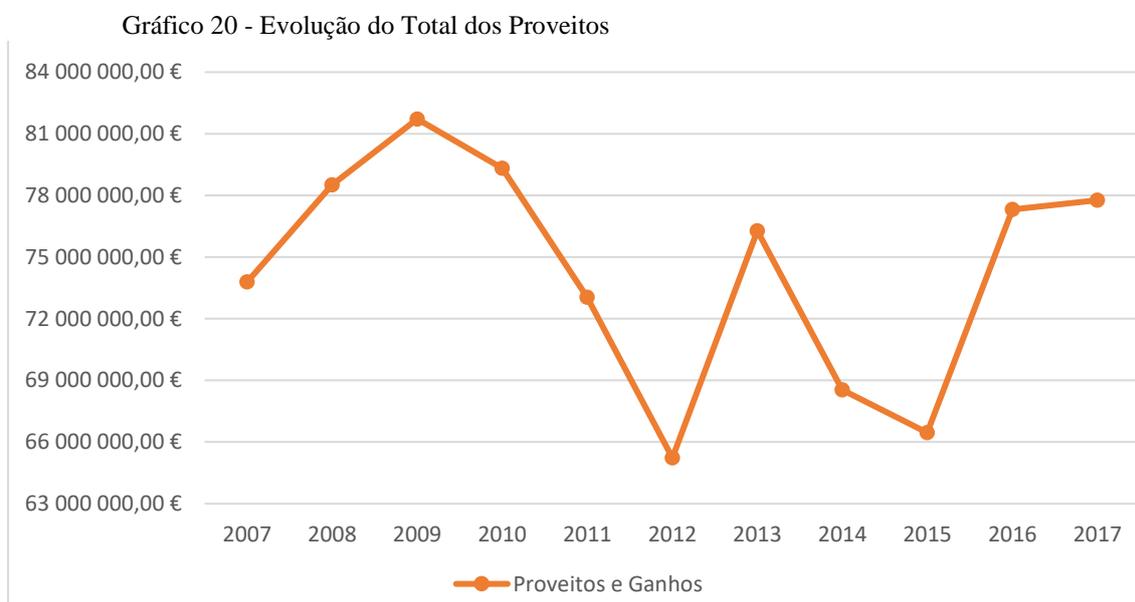
Por outro lado, comparando os resultados obtidos no CHBV com a média do Grupo C, entre 2013 e novembro de 2017⁴⁸, verifica-se que, inicialmente, este rácio, no CHBV, era superior em 4,00% à média do grupo. No entanto, até 2017, o CHBV tem obtido melhores resultados, sendo os resultados obtidos, em novembro de 2017, 0,60% inferiores à média do grupo, indicando um aumento da eficiência comparativamente às restantes instituições do Grupo C.

⁴⁸ Informação retirada do site http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_EconFinDashboard, a 27 de julho de 2018, que, há data, só possui informação até novembro de 2017.

É importante ter em conta que, apesar da fonte onde se retiraram os dados do parágrafo anterior cruzar os Custos Operacionais com o número de Doentes-Padrão, o acompanhamento que o CHBV faz internamente a este rácio considera os Custos Totais e também os doentes saídos de berçário. Mesmo assim, a diferença média, entre 2013 e 2017, utilizando os Custos Totais ou Operacionais, no caso do CHBV é de 0,62%, pelo que se decidiu, para efeitos deste relatório, calcular este rácio utilizando os Custos Totais.

3.4. Proveitos

Passando agora para os proveitos nas demonstrações de resultados do CHBV, a sua evolução é a seguinte:



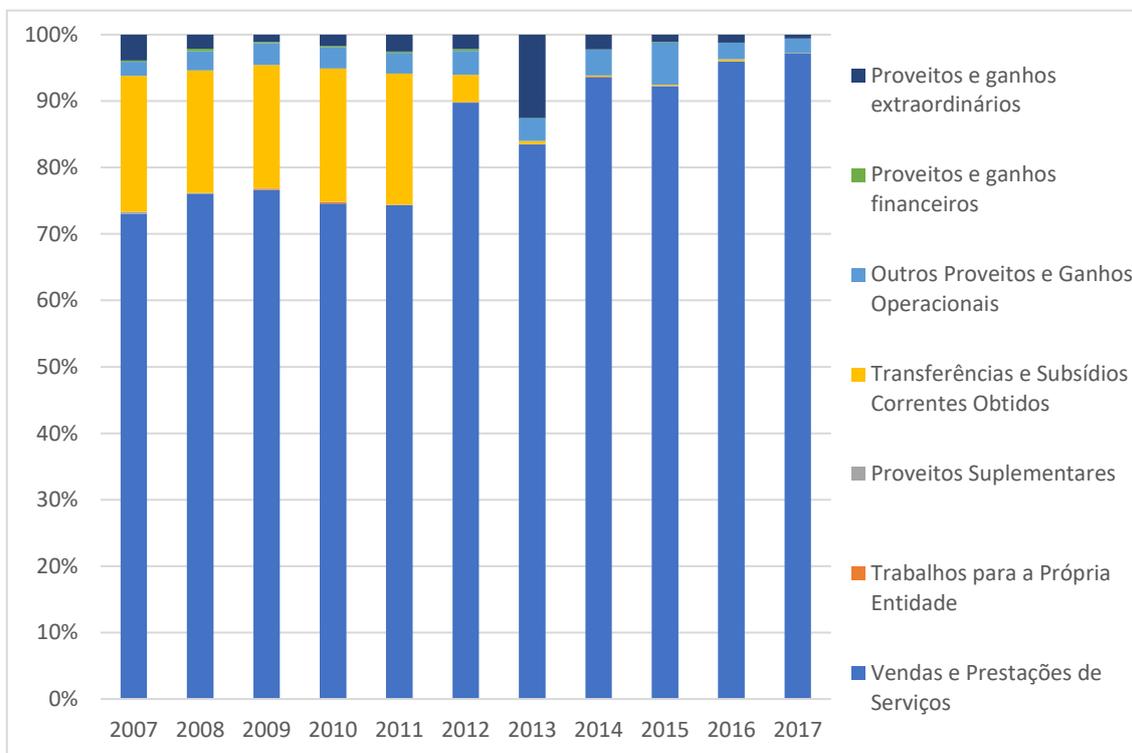
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Nota-se, pelo Gráfico 20, que os proveitos, principalmente após a criação do CHBV, têm grandes oscilações. No período que antecede a publicação da criação do centro hospitalar, a média dos proveitos é de 78,3 M€, 6,47% superior à média do 2.º período. Em 2010, o valor nesta rubrica foi de 79,3 M€, 1,96% superior a 2017. É, no entanto, de notar, que no ano da criação do centro hospitalar, os proveitos atingiram o seu valor mínimo, dentro do período temporal analisado, com 65,2 M€.

Passando agora para uma breve análise da evolução das rubricas de Proveitos do CHBV, segundo o Gráfico 21, é normal que a rubrica de Vendas e Prestações de Serviços tenha, ao longo do tempo, maior impacto no total dos proveitos, com uma média de 84,27% nos anos analisados.

As Transferências e Subsídios Correntes Obtidos, nos primeiros anos analisados, tinham um peso elevado no total dos proveitos, desvanecendo a sua importância nos anos subsequentes, pelo que a média do peso desta rubrica é de 9,31%.

Gráfico 21 - Evolução do Peso das Rubricas de Proveitos no Total



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

As restantes rubricas têm valores mais residuais no total dos proveitos, sendo, devido à sua natureza, importante detalhar a evolução dos Outros Proveitos e Ganhos Operacionais, Proveitos e Ganhos Financeiros e dos Proveitos e Ganhos Extraordinários⁴⁹.

É necessário ter especial atenção que os hospitais SPA não faturavam de acordo com o Contrato-Programa, recebendo transferências da ACSS segundo a produção efetuada. Mesmo após a criação do CHBV, ainda existem transferências da ACSS, em grande parte por conta de reembolsos e ajudas técnicas desta instituição para com o centro hospitalar. Como tal, posteriormente à análise das principais rubricas da demonstração de resultados, vai-se fazer uma análise comparativa do esforço do Estado, tendo em conta a soma dos valores do Contrato-Programa da rubrica de Vendas e Prestações de Serviços e

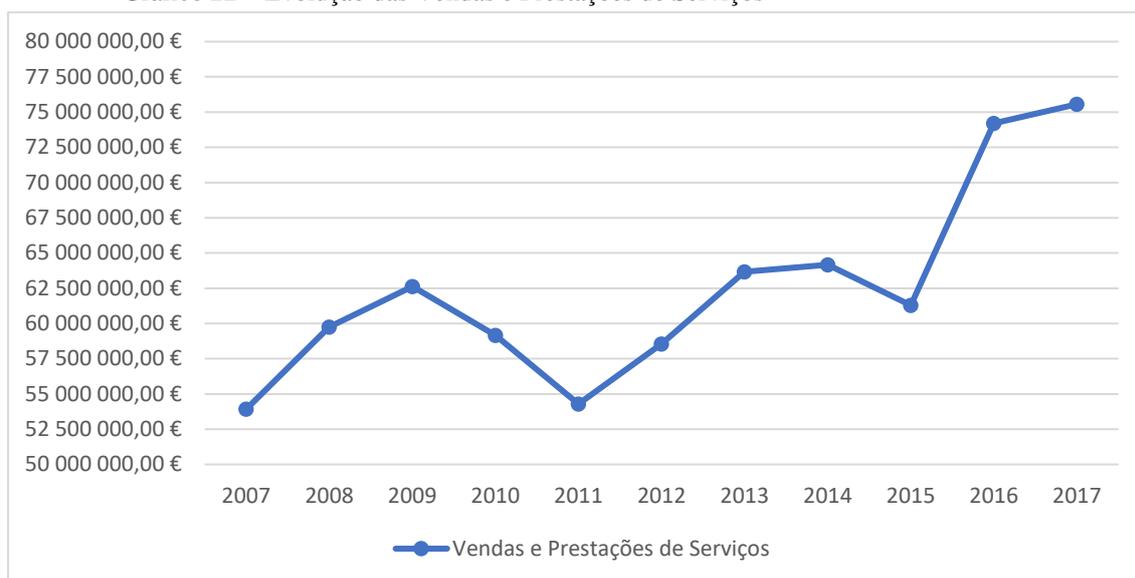
⁴⁹ De acordo com o SNC, esta rubrica já não existe, mas ainda é utilizada pelo CHBV. Como tal, vai ser utilizada neste relatório.

das transferências da ACSS, provenientes da rubrica de Transferências e Subsídios Correntes – Subsídios Correntes Obtidos – e da rubrica de Outros Proveitos e Ganhos Operacionais.

3.4.1. Vendas e Prestações de Serviços

A rubrica de Vendas e Prestações de Serviços está muito dependente do Contrato-Programa, sendo que oscilações nos valores do Contrato-Programa afetam diretamente os valores desta rubrica.

Gráfico 22 – Evolução das Vendas e Prestações de Serviços



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

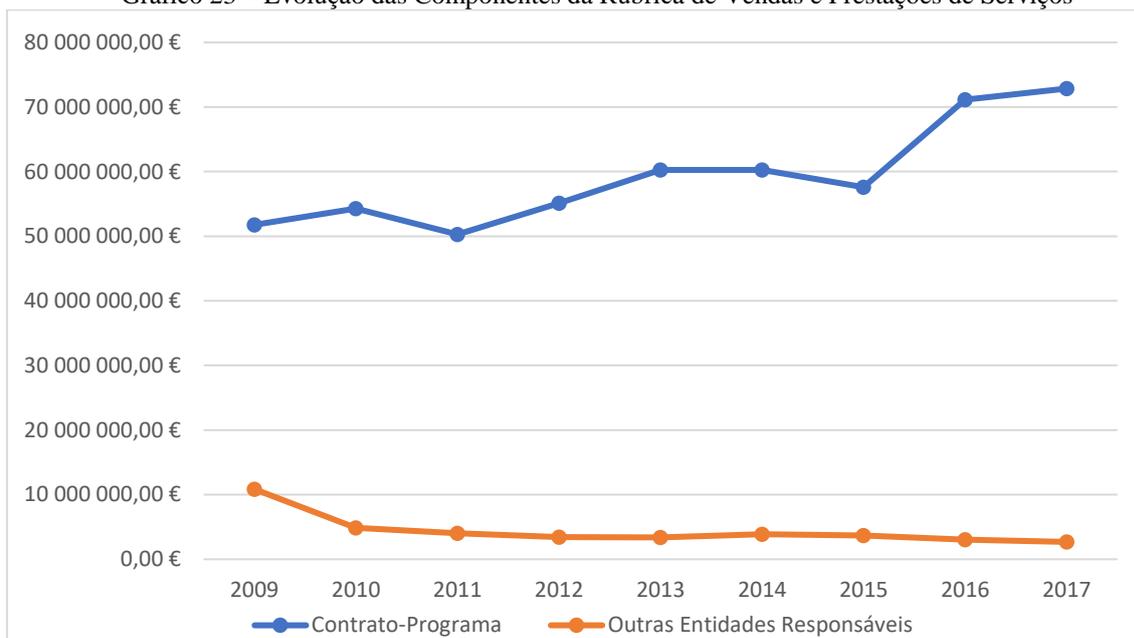
Como se pode verificar no Gráfico 22, em primeira instância, não se encontra uma tendência na evolução dos proveitos nas Vendas e Prestações de Serviços, até 2011. Após a criação do centro hospitalar, nota-se uma evolução positiva nos valores desta rubrica. Comparando os proveitos de 2010 com 2017, existe um aumento de 27,21%. A média do 1.º período é de 58,9 M€, cerca de 9 milhões de euros inferior à média do 2.º período.

As Vendas e Prestações de Serviços podem-se desagregar em 2 componentes:

- Contrato-Programa;
- Outras Entidades Responsáveis.

No entanto, através da informação coletada, só é possível desagregar esta rubrica nas 2 componentes a partir do ano de 2009, pelo que se vai analisar a evolução destas componentes entre 2009 e 2017.

Gráfico 23 – Evolução das Componentes da Rubrica de Vendas e Prestações de Serviços



Fonte: Balancetes do CHBV

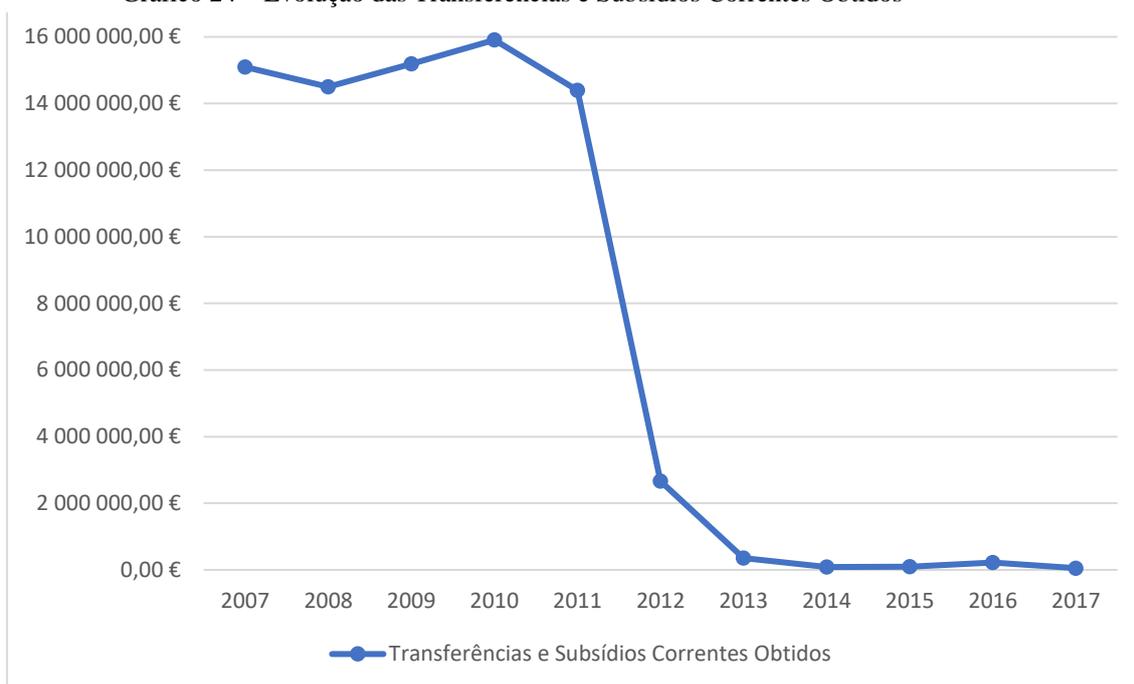
É notório pelo Gráfico 23 que o Contrato-Programa tem cada vez mais peso na rubrica de Vendas e Prestações de Serviços. Esta componente tem assistido a uma evolução tendencialmente crescente, principalmente desde 2011. De 2010 até 2017, esta componente aumentou em 34,24%. Analisando a média do 1.º período e do 2.º, 53 M€ e 64,4 M€, respetivamente, tendo sempre em atenção que no 1.º período só se faz a média de 2 anos, verifica-se a evolução positiva da componente.

Relativamente aos proveitos provenientes de Outras Entidades Responsáveis, verifica-se, pelo gráfico, que existe uma evolução tendencialmente negativa nesta componente. Em 2010 assistia-se a valores cerca de 44,87% superiores a 2017. As médias do 1.º e do 2.º período, com as mesmas ressalvas da componente anterior, demonstram a tendência decrescente existente (-44,87%).

3.4.2. Transferências e Subsídios Correntes Obtidos

As Transferências e Subsídios Correntes Obtidos, cuja evolução se pode verificar no Gráfico 24, sofreram uma enorme diminuição com a criação do centro hospitalar, passando de aproximadamente 14,4 M€ em 2011 para 52 mil euros em 2012, devido ao que já foi dito anteriormente na introdução às rubricas de proveitos.

Gráfico 24 – Evolução das Transferências e Subsídios Correntes Obtidos



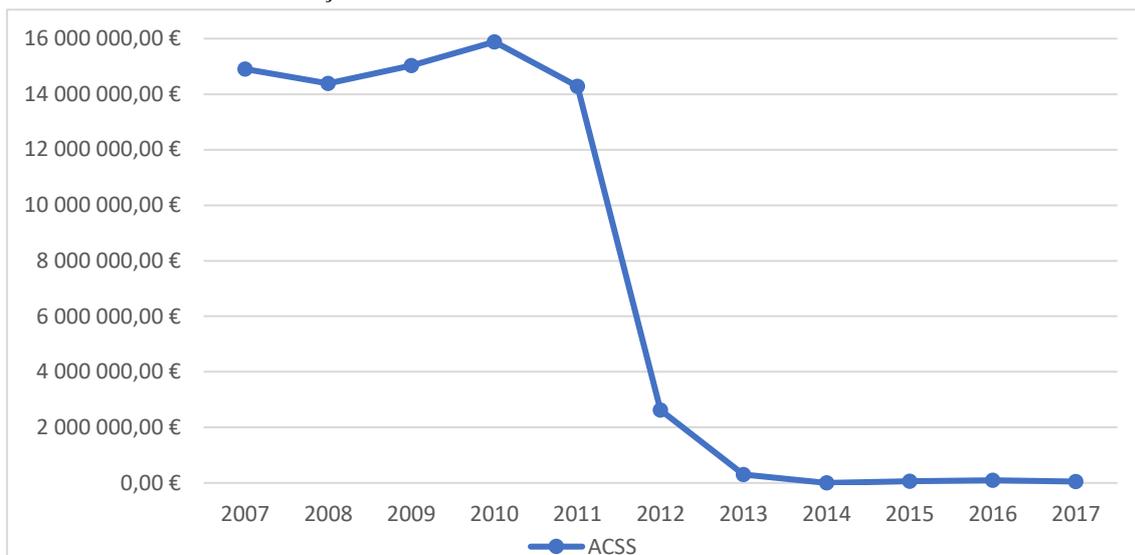
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Verifica-se uma diminuição de 99,67% entre os valores de 2010 e 2017. Também não é de estranhar a existência de uma grande diminuição entre a média do 1.º período, 15,1 M€, e do 2.º período, 162 mil euros.

Relativamente às componentes que compõem esta rubrica, vai-se analisar a evolução das seguintes:

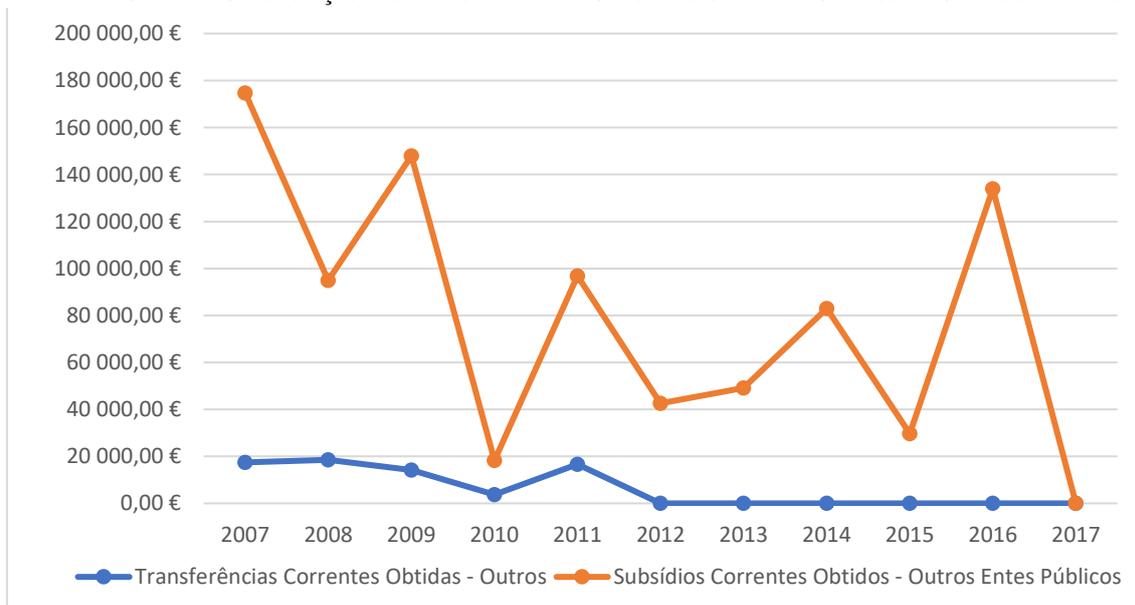
- Transferências Correntes Obtidas:
 - ACSS;
 - Outros.
- Subsídios Correntes Obtidos – Outros Entes Públicos.

Gráfico 25 - Evolução das Transferências Correntes Obtidas da ACSS



Fonte: Balancetes do CHBV

Gráfico 26 - Evolução das Transferências e Subsídios Correntes Obtidos de Outras Entidades



Fonte: Balancetes do CHBV

Comparando o Gráfico 25 e o Gráfico 26, verifica-se que as transferências recebidas da ACSS têm o maior peso dentro da rubrica de Transferências e Subsídios Correntes Obtidos até à criação do centro hospitalar. Após esta data, com a faturação à ACSS a ocorrer maioritariamente por via do Contrato-Programa, os valores desta componente diminuíram consideravelmente. Em linha com os valores das Transferências

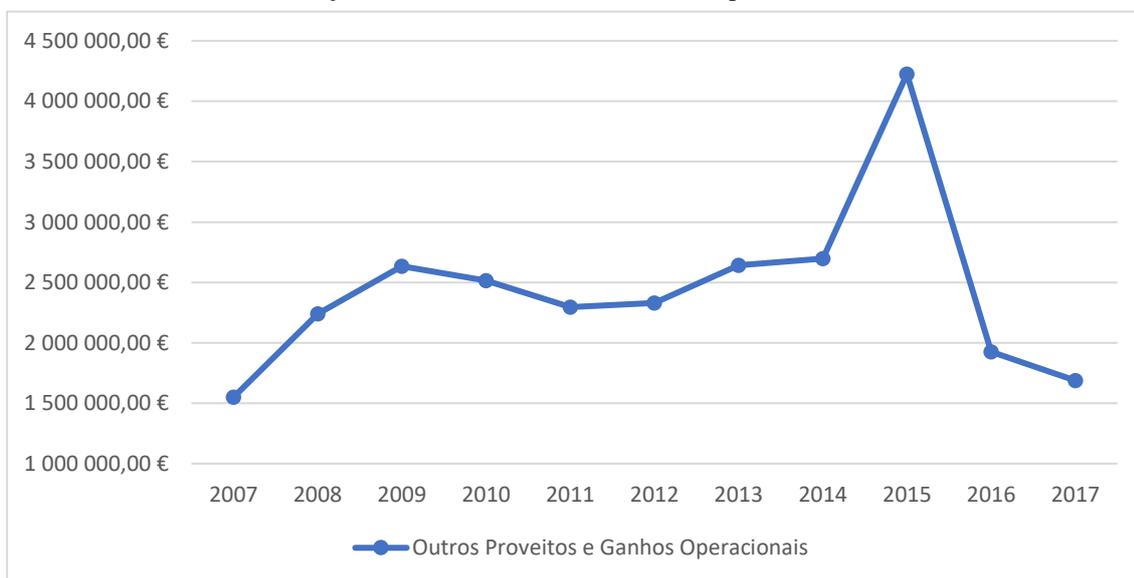
e Subsídios Correntes Obtidos, de 2010 para 2017 houve uma diminuição de 99,67% nos proveitos.

Relativamente às outras componentes, presentes no Gráfico 26, as Transferências Correntes Obtidas por Outras Entidades nunca tiveram valores muito elevados, tendo expressão apenas até 2011. A média desta componente., no 1.º período, é de 13.508,94€. A evolução da componente de Subsídios Correntes Obtidos por Outros Entes Públicos não segue nenhuma tendência específica ao longo dos anos analisados, não tendo expressão em 2017. A média do 1.º período é de 109 mil euros, 45,74% superior à média do 2.º período.

3.4.3. Outros Proveitos e Ganhos Operacionais

A rubrica de Outros Proveitos e Ganhos Operacionais está relacionada, como o nome indica, com outros proveitos da empresa relativos às suas operações e que não se enquadram nas outras rubricas. Entre estes proveitos, com mais expressão, a partir de 2010, encontram-se transferências da ACSS para ajudas de custos e reembolsos.¹

Gráfico 27 – Evolução dos Outros Proveitos e Ganhos Operacionais

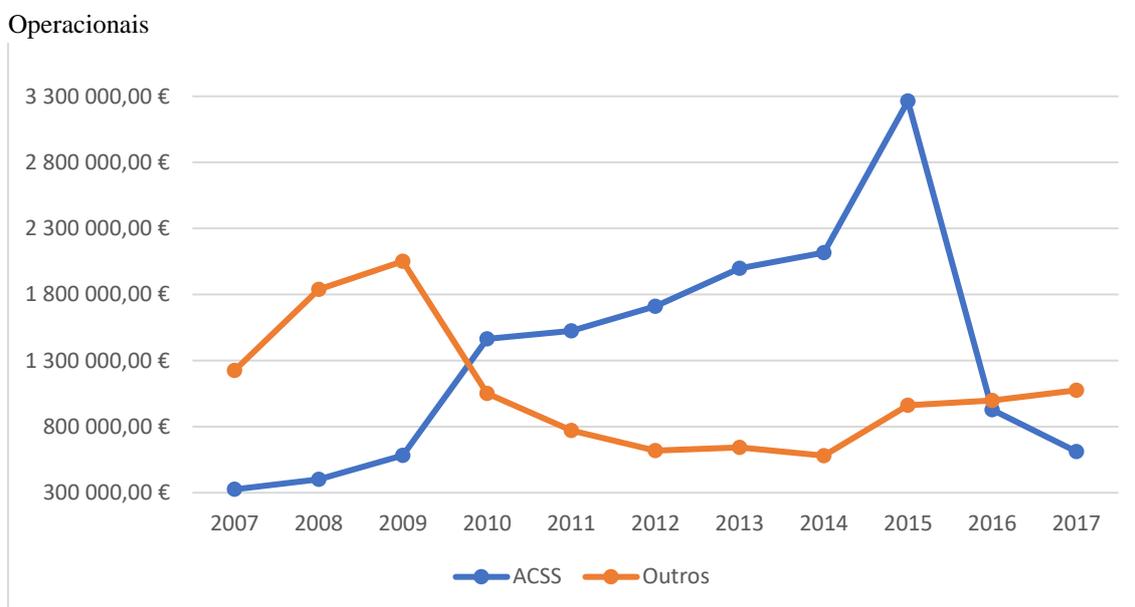


Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Como se pode verificar no Gráfico 27, até 2015, esta rubrica, tendencialmente, cresceu. Nos dois anos seguintes, os proveitos que se enquadram nesta rubrica diminuíram. Comparando 2010 com 2017, nota-se uma diminuição de pouco menos de 1,4 milhões de euros (-32,86%). A média do 1.º período, 2,2 M€, é inferior a 2,6 M€ do 2.º período, por força do ano de 2015, em que se atingiu 4,2 M€ de proveitos.

Separando esta rubrica em proveitos vindos da ACSS e em outros proveitos, verifica-se que estas componentes têm evoluções distintas, como se pode ver no Gráfico 28.

Gráfico 28 – Evolução das Componentes da Rubrica de Outros Proveitos e Ganhos



Fonte: Balancetes do CHBV

Verifica-se que os proveitos provenientes da ACSS têm uma evolução crescente, até 2015, ano em que estes ascenderam a 3,2 M€. Nos dois anos seguintes, os valores diminuíram 81,24%. Entre 2010 e 2017 os proveitos associados a esta componente diminuíram em 58,14%. A média do 1.º período, é inferior à média do 2.º período em 157,41%, tendo sempre em conta que nos últimos dois anos houve uma diminuição considerável nos proveitos provenientes desta rubrica.

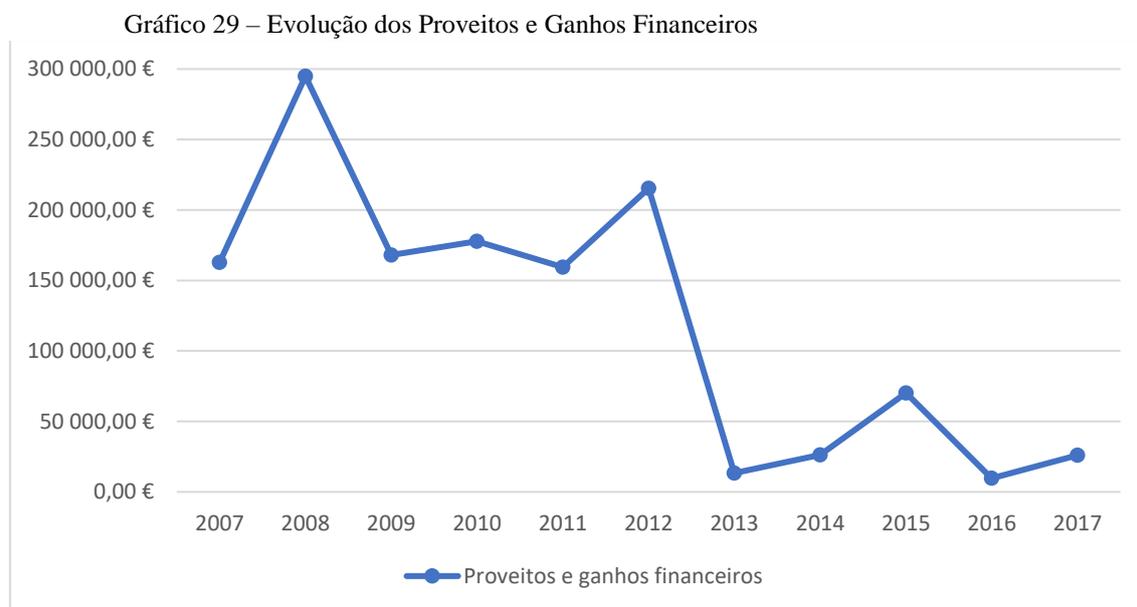
Relativamente aos outros proveitos, existem três fases distintas:

- Até 2009, existe um aumento desta componente;
- Entre 2010 e 2014, os proveitos associados a esta componente diminuem 44,73%;
- De 2015 até 2017, estes voltam a aumentar, em 85,26%.

Os valores de 2017 são ligeiramente superiores a 2010 (2,40%). No entanto, existe uma diminuição da média do 1.º período para o 2.º em 44,74%.

3.4.4. Proveitos e Ganhos Financeiros

A rubrica de Proveitos e Ganhos Financeiros está relacionada, principalmente, com juros de depósitos bancários, aplicações de tesouraria e descontos de pronto pagamento obtidos.



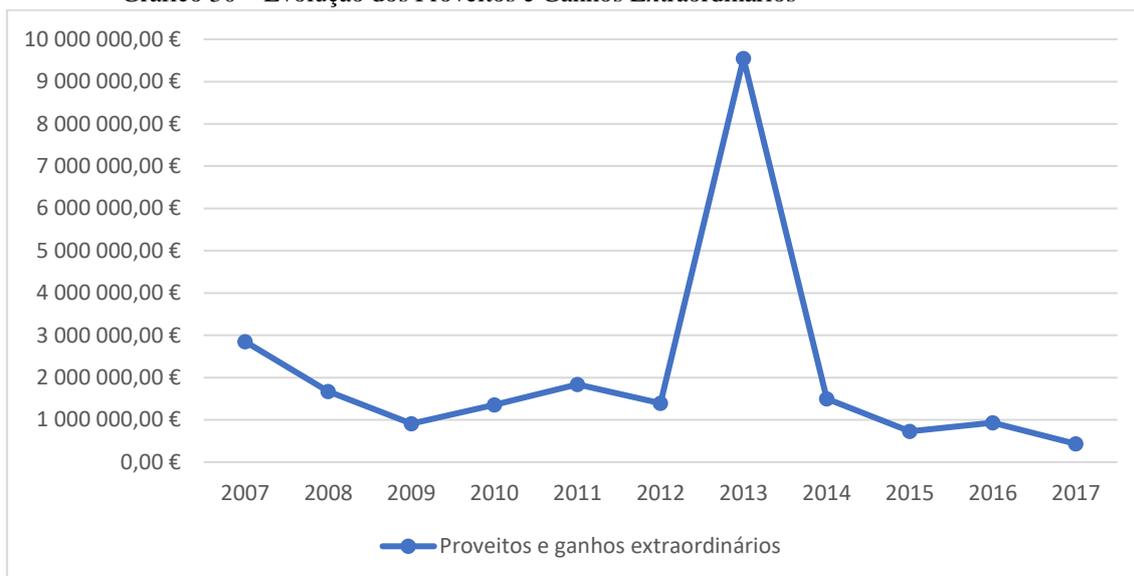
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Os Proveitos e Ganhos Financeiros mostram, no Gráfico 29, uma evolução tendencialmente negativa nos anos analisados, havendo uma diminuição substancial de 2012 para 2013, de 93,75%, por via da diminuição dos descontos de pronto pagamento. Comparando o valor de 2010 com 2017, nota-se a existência de uma diminuição considerável nesta rubrica (-85,32%). A média do 1.º período é de 201 mil euros, que compara com 29 mil euros do 2.º período.

3.4.5. Proveitos e Ganhos Extraordinários

Os Proveitos e Ganhos Extraordinários estão relacionados, principalmente, com o reconhecimento dos subsídios ao investimento, na mesma proporção da depreciação dos ativos originados pelo subsídio e correções de proveitos de anos anteriores.

Gráfico 30 – Evolução dos Proveitos e Ganhos Extraordinários



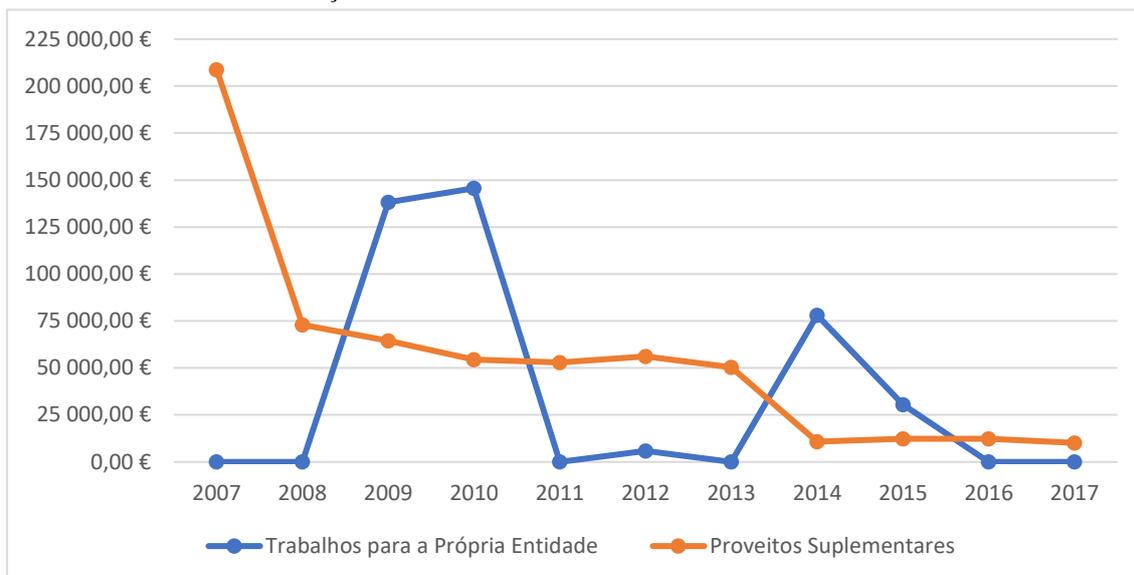
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Como se pode verificar no Gráfico 30, ao longo dos anos analisados os proveitos inseridos nesta rubrica têm oscilado, com aumentos e diminuições ao longo do tempo, devido à sua natureza, mas seguindo uma tendência de diminuição dos proveitos, com a exceção do exercício de 2013, em que existiu um excedente extraordinário por correções de proveitos relativos a anos anteriores, compreendendo 9,5 M€. Comparando 2010 com 2017, existe uma diminuição de 68,14% nos proveitos. A média do 1.º período é 1,7 M€ sendo que, no 2.º período, a média está em excesso devido ao ano de 2013, atingindo 2,6 M€.

3.4.6. Outras Rubricas de Proveitos

As outras rubricas de proveitos na demonstração de resultados, que possuem valores mais residuais no total, possuem a evolução que se pode verificar no Gráfico 31:

Gráfico 31 – Evolução das Outras Rubricas de Proveitos



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

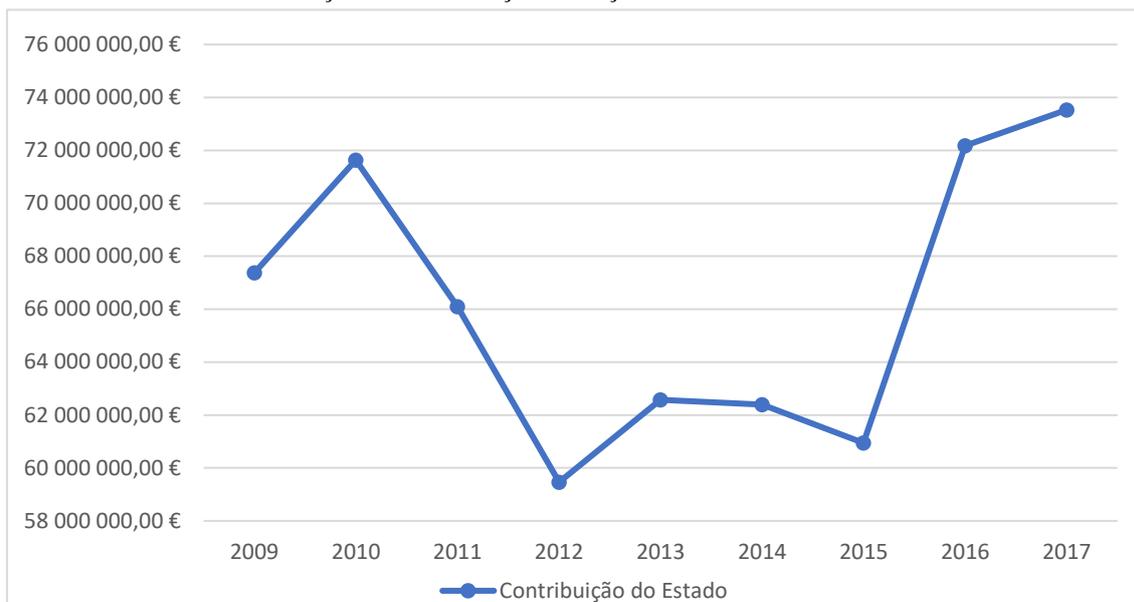
A rubrica de Trabalhos para a Própria Entidade, que se refere a obras de remodelação que foram feitas por trabalhadores da própria entidade, só tem expressividade nos anos em que, efetivamente, existem estas obras. Verifica-se, comparando a média do 1.º e do 2.º período, 71 mil euros e 22 mil euros, respetivamente, que as obras de remodelação efetuadas em que houve recurso a colaboradores a empresa foram mais significativas no período que precedeu à criação do centro hospitalar, não tendo expressão em 2017.

Os Proveitos Suplementares, que incluem os proveitos de alugueres de equipamentos e instalações, têm uma evolução negativa nos anos analisados. Logo, não é de estranhar que a média do 1.º período seja superior à média do 2.º período em 80,82%. Os valores de 2010 também são superiores a 2017 em 81,40%.

3.5. Evolução da Contribuição do Orçamento do Estado nos Proveitos e Ganhos

Devido ao que já foi explicado anteriormente, é importante verificar a evolução da contribuição do orçamento de Estado nos Proveitos do CHBV, ou seja, quanto dinheiro, anualmente, o Estado, por via da ACSS, transfere para a empresa.

Gráfico 32 - Evolução da Contribuição do Orçamento de Estado nos Proveitos do CHBV



Fonte: Elaboração Própria

Como não foi possível obter informação sobre os proveitos do Contrato-Programa em 2007 e 2008, não se incluíram esses anos no Gráfico 32.

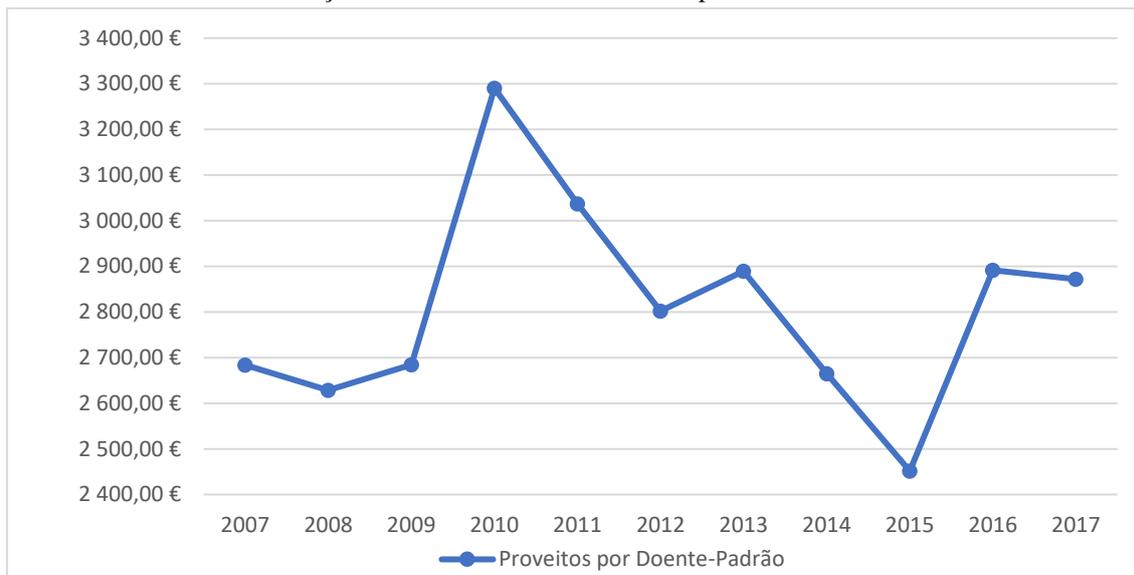
Em primeira instância, nota-se que, com a publicação em 2011 e a criação em 2012 do CHBV, existe uma diminuição da contribuição do Estado para a empresa, em que se passou de valores na ordem dos 71,6 milhões de euros, em 2010, para cerca de 59,5 milhões de euros (-16,98%), em 2012. Nos três anos seguintes, a contribuição estatal aumentou cerca de 3 milhões de euros nos primeiros anos, em que o valor máximo obtido pelo CHBV neste período foi em 2013, de 62,5 M€. Nos últimos dois anos, verificou-se um aumento considerável nestas contribuições, em que se atingiu, em 2017, 73,5 M€, um aumento de 20,65% relativamente a 2015.

Comparando as contribuições do orçamento de Estado de 2010 e de 2017 para o CHBV, verifica-se que houve um ligeiro aumento, de 2,65%. No entanto, se compararmos a média do 1.º período com a média do 2.º, mesmo que esta não seja muito fidedigna pois, no 1.º período, só existem dois anos, verifica-se que existe uma diminuição, de 69,5 M€ para 66,3 M€.

3.6. Relação entre a Evolução dos Proveitos e os Doentes-Padrão

No contexto deste relatório e após se verificar a elevada oscilação existente nos proveitos, é interessante averiguar qual a evolução dos proveitos unitários por Doente-Padrão.

Gráfico 33 - Evolução dos Proveitos Totais Unitários por Doente-Padrão



Fonte: Elaboração Própria

Tal como na análise efetuado aos Custos Totais e Ajustados unitários por Doente-Padrão, é necessário ter em conta que:

- Em 2007, não se conseguiu obter o número de Doentes-Padrão do Hospital Visconde Salreu de Estarreja, pelo que se pressupôs que o este hospital iria manter o mesmo peso no total dos Doentes-Padrão do ano de 2008;
- Em 2012, não foi possível obter os Doentes-Padrão dos 3 hospitais no período anterior à criação do centro hospitalar, pelo que, neste ano, este apenas corresponde ao período que se inicia a 24 de fevereiro, até ao final do ano.

Da análise ao Gráfico 33, nota-se que nos três primeiros anos este rácio não se alterou muito. No entanto, em 2010, este aumentou 22,57% relativamente ao ano anterior. De 2010 até 2015, os proveitos por Doente-Padrão assistiram a uma diminuição de 25,49%. Os valores deste rácio nos dois anos seguintes são superiores, sendo que em 2010 este rácio é superior em 12,72% a 2017. A média do 1.º período 2,41% superior à média do 2.º período.

3.7. Evolução do Capital Estatutário

Neste subcapítulo, vai-se verificar, brevemente, a evolução do Capital Estatutário do CHBV, de maneira a se perceber se, com a criação do centro hospitalar, houve uma injeção extraordinária de dinheiro do Estado na empresa, pois esta situação

impacta, por um lado, a capacidade do centro hospitalar em fazer face às suas dívidas e, por outro lado, a capacidade de investimento do CHBV.

Tabela 2 - Evolução do Capital Estatutário

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011	Até 23 de fevereiro de 2012
	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV
Capital Estatutário	30.433.970,72 €	30.433.970,72 €	40.788.621,72 €	40.788.621,72 €	40.788.621,72 €	40.788.621,72 €
Rubrica	A 31 de dezembro de 2012	2013	2014	2015	2016	2017
	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV
Capital Estatutário	40.284.651,00 €	40.284.651,00 €	97.184.651,00 €	97.184.651,00 €	97.184.651,00 €	106.000.000,00 €

Fonte: Balanços do CHBV

Verifica-se, pela Tabela 2, que, aquando da constituição e posterior operacionalização do CHBV, não houve aumento do Capital Estatutário, havendo uma diminuição de cerca de 500 mil euros que passaram para Reservas Decorrentes da Transferência de Ativos.

No entanto, o Capital Estatutário foi aumentado por duas vezes no período posterior à criação do centro hospitalar:

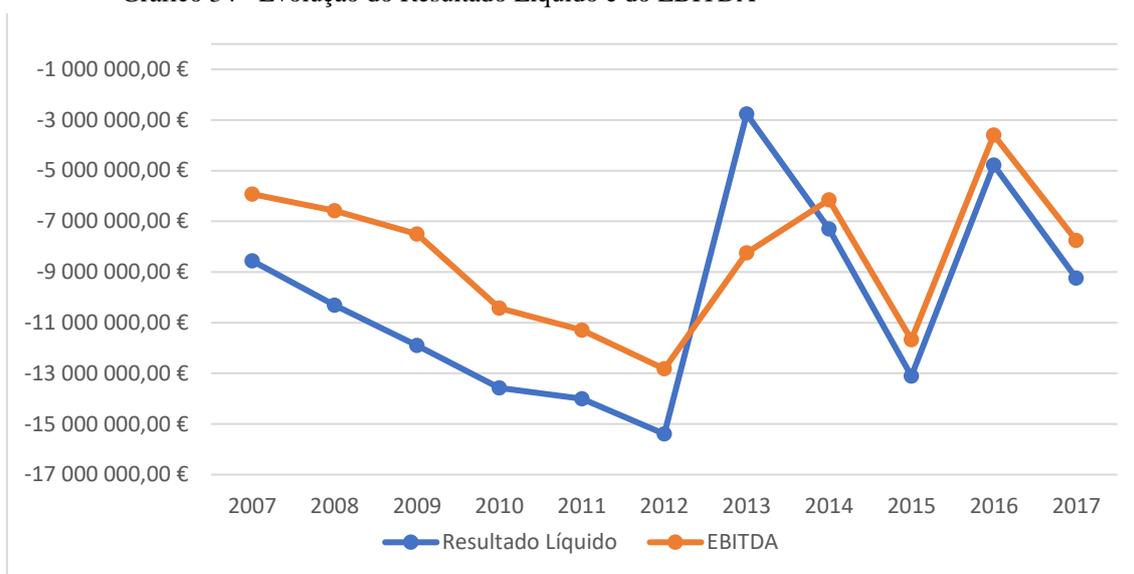
- Em 2014 foi aumentado 56,9 M€, por via:
 - Do perdão do empréstimo e dos juros do FASP de 11,2 M€;
 - Por injeção de capital em numerário de 45,7 M€.
- Em 2017, houve uma injeção de capital em numerário de 8.815.349,00€.

3.8. Resultados

De seguida, vai-se analisar sucintamente a evolução dos seguintes Resultados do CHBV.

Começando para o Resultado Líquido e EBITDA, no Gráfico 34, o ponto mais importante a ter em conta é que, em todos os anos em análise, estes são negativos.

Gráfico 34 - Evolução do Resultado Líquido e do EBITDA



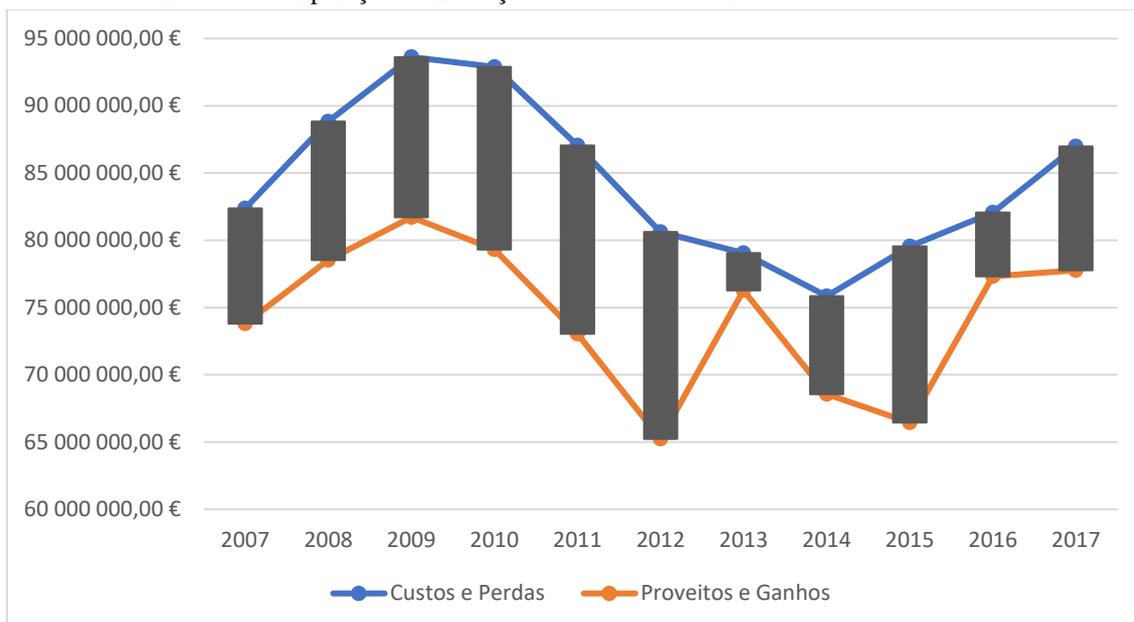
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Deste gráfico consegue-se assinalar a tendência para o agravamento destas rubricas até 2012, atingindo -14 M€ de Resultado Líquido e -11,3 M€ de EBITDA, no ano da criação do centro hospitalar.

A média de Resultado Líquido no 1.º período é de -11 M€ e -7,6 M€ de EBITDA, que compara com -7,4 M€ e -7,5 M€, respetivamente, no período seguinte. Os valores nestas rubricas, em 2010, atingem -13,5 Me€ de Resultado Líquido e -10,4 M€ de EBITDA. Após 2012, não existe nenhuma tendência nestas rubricas, sendo que, em 2017, existe uma melhoria, se comparado com 2010, mesmo que os valores continuem a ser negativos, mais precisamente, -9,2 Me€ e -7,7 M€, respetivamente.

Comparando os custos com os proveitos totais, com o auxílio das barras verticais do Gráfico 35, nota-se que, até 2012, a diferença entre as rubricas de custos e de proveitos aumentou de ano para ano, o que se traduziu no constante agravamento do resultado líquido no Gráfico 34.

Gráfico 35 - Comparação da Evolução dos Custos e dos Proveitos



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Após este ano, a diferença entre as rubricas foi oscilando, principalmente, por força dos proveitos, como referido anteriormente, mantendo-se sempre os custos mais elevados do que os proveitos.

Tendo agora uma visão mais geral dos Resultados, verifica-se, no [Gráfico 36](#), que o Resultado Líquido do exercício não difere muito dos das outras rubricas de resultados que englobam os proveitos e custos provenientes do normal funcionamento do CHBV, à exceção de 2013, em que os resultados extraordinários são excepcionalmente elevados. Para além disso, só existe pagamento de impostos entre 2015 e 2017, de 16 mil euros nos dois primeiros anos e 15 mil euros no último, devido a tributações autónomas.

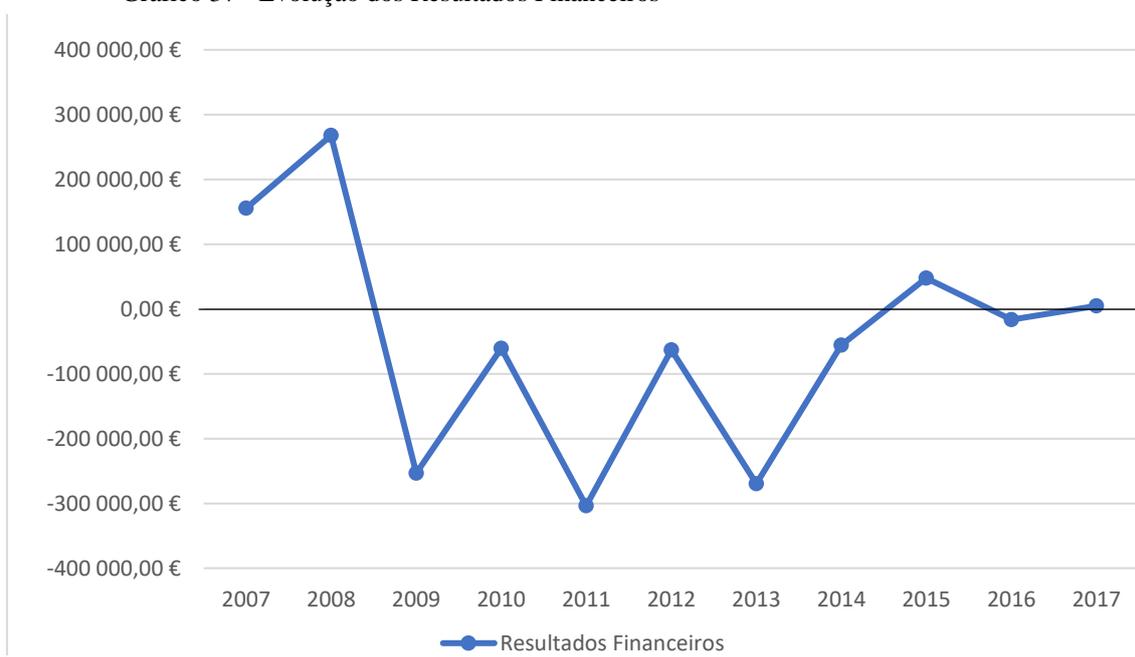
Relativamente às rubricas de resultados que não dependem das operações, verifica-se que, no caso dos Resultados Financeiros, no [Gráfico 37](#), estes não são muito significativos, mas sistematicamente negativos. A média do 1.º período é de pouco mais de 27 mil euros, sendo negativa no 2.º período, com -58 mil euros. No entanto, os Resultados Financeiros são superiores em 2017, com 4 mil e oitocentos euros, comparando com 2010, com -61 mil euros.

Gráfico 36 - Evolução das Rubricas de Resultados Operacionais, Resultados Correntes, Resultados Antes de Impostos e Resultado Líquido



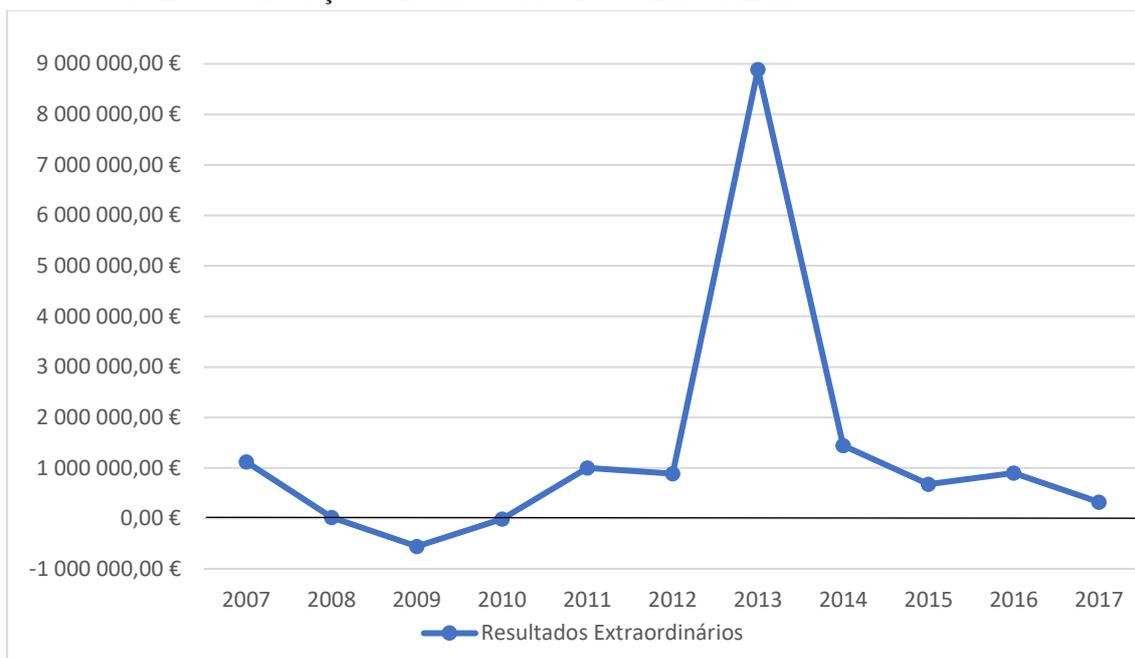
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Gráfico 37 - Evolução dos Resultados Financeiros



Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Gráfico 38 - Evolução da Rubrica de Resultados Extraordinários



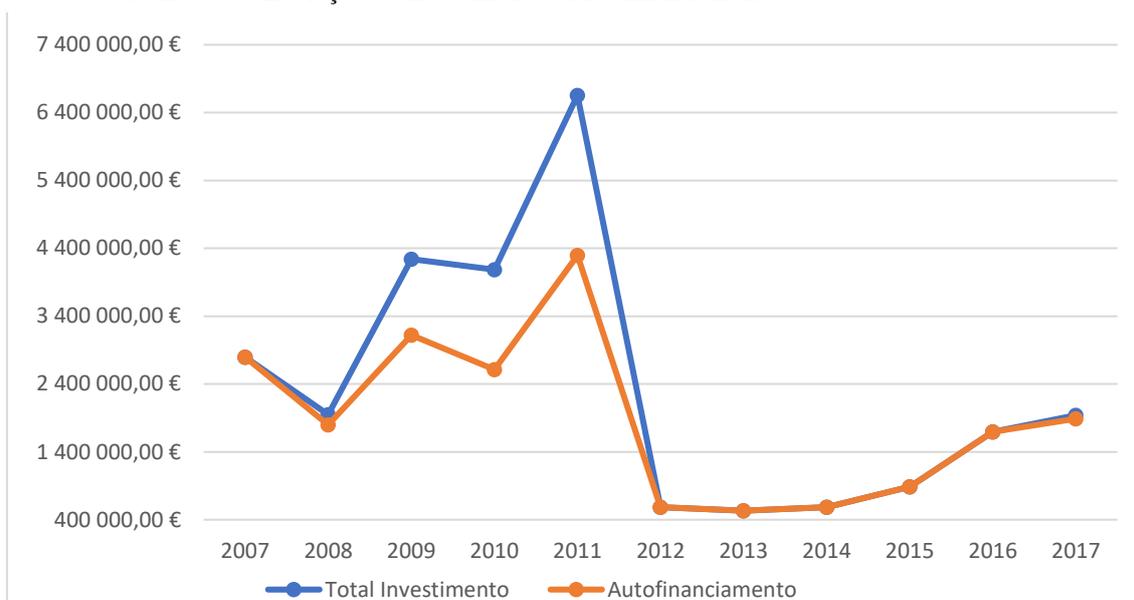
Fonte: Demonstrações de Resultados do CHBV

Os Resultados Extraordinários, no Gráfico 38, a partir de 2011, têm-se mantido positivos, tendo atingindo, extraordinariamente, 8,9 M€ em 2013. Após este ano, nota-se que tem havido uma tendência de diminuição destes resultados. Em 2010, esta rubrica é negativa, com -12 mil euros €, enquanto em 2017 é positiva, com 325 mil euros. A média do 1.º período é de 144 mil euros, havendo um aumento de 1602,35% na média do 2.º período.

3.9. Investimento

No contexto deste relatório, é interessante averiguar se a criação do centro hospitalar favoreceu, ou não, a realização de investimento na empresa, tendo em conta o investimento que foi financiado pela própria empresa.

Gráfico 39 – Evolução do Investimento e Autofinanciamento



Fonte: Documentos Financeiros do CHBV

Como se pode averiguar no Gráfico 39, nos primeiros anos analisados existe uma tendência para o aumento do investimento efetuado no CHBV, atingindo 6,6 M€ em 2011. Em 2012, houve uma diminuição substancial no investimento de 91,18%. Nos dois anos seguintes, o investimento estagnou, mantendo aproximadamente os mesmos valores de 2012. Após 2014, verifica-se que, tendencialmente, o investimento tem aumentando, ainda assim, não tão expressivamente como no período anterior à criação do CHBV. Com isto, o valor do investimento de 2010 é 52,57% superior a 2017. Comparando as médias, a média do 1.º período, 3,1 M€ é cerca de 2 milhões de euros superior à média do 2.º período.

Relativamente ao investimento financiado por verbas do centro hospitalar (que incluem doações) e aos subsídios ao investimento, verifica-se que nos dois primeiros anos analisados, o investimento é financiado maioritariamente por verbas próprias. Nos anos seguintes, entre 2009 e 2011, já existiram valores consideráveis de subsídios ao investimento, que se situaram entre os 25% e os 36% do investimento total realizado. Com a criação do CHBV e nos anos seguintes, simultaneamente à grande redução do investimento, também não houve subsídios, sendo todo o investimento autofinanciado. Em 2017, último ano analisado, o subsídio ao investimento foi residual, de apenas 49 mil euros, continuando a existir grande peso do autofinanciamento no total do investimento.

Comparando o autofinanciamento de 2010 e 2017, verifica-se que existiu uma diminuição superior a 700 mil euros. A média do 1.º período é 2,6 M€, 56,71% superior à média do 2.º período.

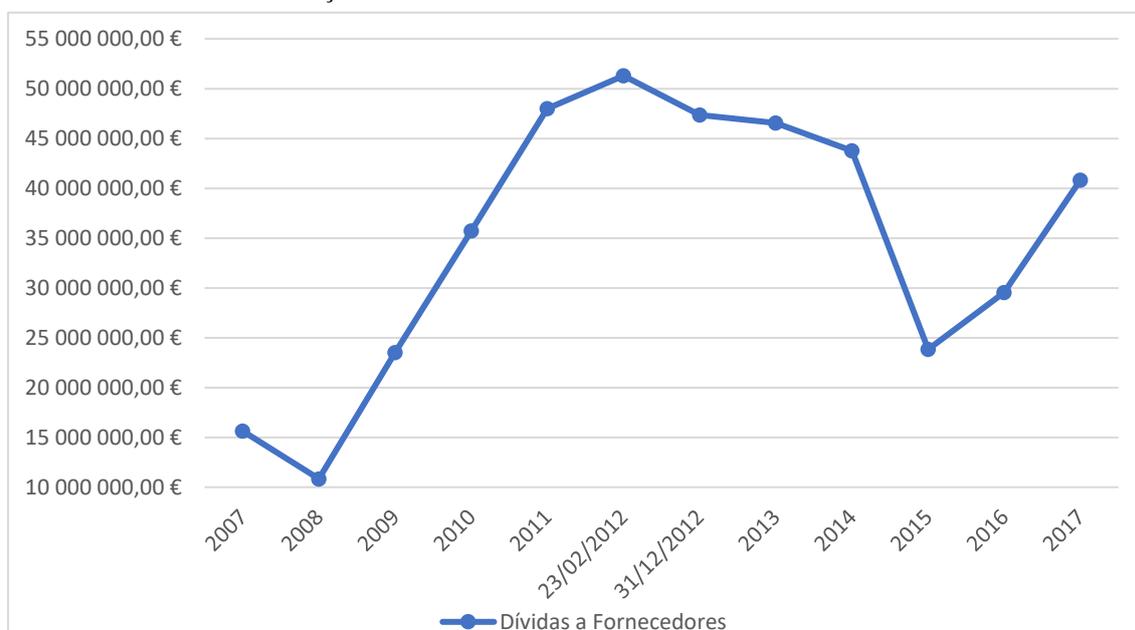
No período entre 2007 e 2017, pelo que se visualiza no Gráfico 39, vendo a diferença existente entre o investimento e o autofinanciamento, apenas existiram subsídios ao investimento em 5 destes anos, sendo 2,4 M€, em 2011, o ano em que o valor total destes subsídios foram maiores, sendo que, após a criação do CHBV, apenas em 2017 existiram subsídios ao investimento, como já foi enunciado, no valor de 49 mil euros.

3.10. Evolução das Dívidas a Fornecedores

Após se verificar que a evolução do EBITDA e Resultado Líquido do CHBV, que é sempre negativo, é interessante investigar a evolução das dívidas a fornecedores de curto prazo que decorrem das operações correntes do CHBV. Para tal, vai-se analisar a evolução das dívidas do CHBV, somando as seguintes rubricas de dívida:

- Fornecedores – Conta Corrente;
- Outros Credores.

Gráfico 40 - Evolução das Dívidas a Fornecedores de Curto Prazo



Fonte: Balanços do CHBV

O que se verifica no Gráfico 40 é que, apesar dos resultados do CHBV serem, constantemente, negativos, as dívidas a fornecedores de curto prazo não aumentam anualmente, sistematicamente.

De 2007 para 2008, houve uma ligeira diminuição das dívidas a fornecedores devido à contração de um empréstimo do FASP de 17,8 M€. Nos anos seguintes, até ao dia anterior à criação do centro hospitalar, 23 de fevereiro de 2012, as dívidas aumentaram 373,27%. A partir deste momento, as dívidas a fornecedores diminuíram 53,53% até 2015, por duas razões:

- A diminuição que ocorre até 2014 tem por base o Programa de Regularização Extraordinária de Dívidas, cujos valores são os seguintes:
 - 15,6 M€ em junho e julho de 2012;
 - 12,9 M€ em novembro de 2013.
- Entre 2014 e 2015, a diminuição das dívidas a fornecedores ocorre por via do aumento do Capital Estatutário, na parte que corresponde ao aumento em numerário, como se verificou anteriormente.

Após este ano, até 2017, as dívidas a fornecedores aumentaram 71,22%. Neste ano, houve outro aumento de Capital Estatutário, de 8,8 M€, mas que apenas foi realizado em 2018, logo não houve pagamento de dívidas a fornecedores pelas verbas provenientes deste aumento de capital. Comparando com o valor da dívida de 2017 com o valor a 23 de fevereiro de 2012, verifica-se que houve uma diminuição de, aproximadamente, 10,5 M€.

No entanto, se tivermos em conta apenas o período que se inicia com a criação do centro hospitalar, verifica-se que existem vários fatores, enunciados acima, que não estão relacionados com a criação do CHBV e que permitiram diminuir os valores das dívidas a fornecedores de curto prazo.

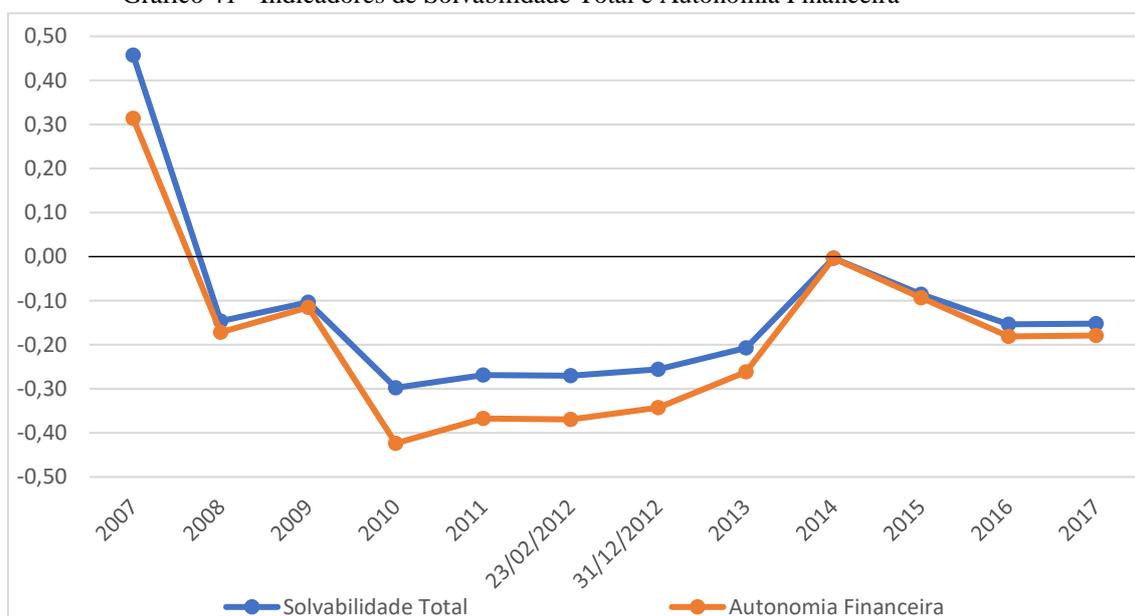
Nesta análise à evolução da dívida de curto prazo, é apenas tido em conta montantes em dívida que correspondam à atividade normal do centro hospitalar, não englobando os fornecedores de imobilizado. Nisto, é necessário ter em atenção, no parágrafo seguinte, que parte dos valores correspondentes aos aumentos de Capital Estatutário e ao Programa de Regularização Extraordinária de Dívidas foram utilizados para pagar a estes fornecedores. No entanto, como os valores dos fornecedores de imobilizado são algo residuais, se comparados com os outros fornecedores, vai-se considerar como se todas as verbas acima mencionadas tenham sido direcionadas para o pagamento de fornecedores de curto prazo.

Com isto, adicionando os valores do Programa de Regularização Extraordinária de Dívidas e do aumento de Capital Estatutário em numerário, pois o perdão da dívida do FASP não teve como contrapartida a entrada de fundos no CHBV, ao valor da dívida em 2017, chegamos ao valor de 115,1 M€, o que corresponde a um aumento de 63,8 M€ (124,40%) em relação a 23 de fevereiro de 2012. Este é o valor que a dívida poderia ter chegado, caso não houvesse intervenção do Estado.

3.11. Indicadores Financeiros

Para finalizar, vai-se analisar brevemente a evolução de alguns indicadores financeiros do CHBV.

Gráfico 41 - Indicadores de Solvabilidade Total e Autonomia Financeira

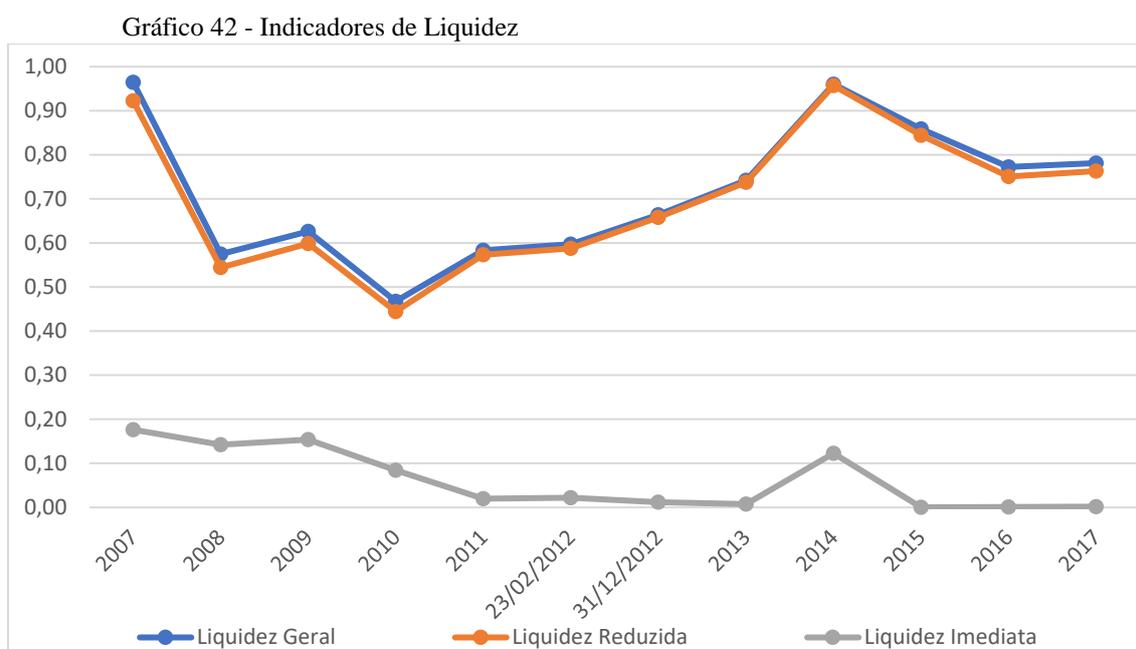


Fonte: Elaboração Própria, segundo os Balanços do CHBV

Em primeiro lugar, verifica-se, no Gráfico 41, que ambos os indicadores seguem a mesma tendência, já que são calculados de maneira semelhante – foram utilizados ambos os indicadores de maneira a corroborar os resultados sobre a estrutura financeira do CHBV. Para além disso, apenas em 2007 ambos os indicadores possuem valores positivos, sendo nulos em 2014 (com a utilização de duas casas decimais).

De 2007 até 2010, os indicadores de solvabilidade total e autonomia financeira sofreram uma diminuição de 165,09% e 235,02%, respetivamente. Após este ano e até 2014, os indicadores melhoraram, mas nunca conseguindo valores positivos. Até 2017 os indicadores voltaram a degradar-se, com -0,15 e -0,18, respetivamente, em 2017.

Comparando os dados obtidos até ao dia anterior à criação do CHBV com 2017, verifica-se que estes tiveram uma melhoria em 43,77% e 51,60%, respetivamente. Para além disso, no período posterior à criação do CHBV, a média do indicador de solvabilidade total é inferior à média do período anterior em 36,29%, enquanto que, por outro lado, o indicador de autonomia financeira é 6,33% superior.



Fonte: Elaboração Própria, segundo os Balanços do CHBV

Analisando agora os indicadores de liquidez, verifica-se, no Gráfico 42, em primeira instância, que, como as existências não tem grande peso nos ativos correntes do CHBV, os indicadores de liquidez geral e liquidez reduzida são muito semelhantes.

Entre 2007 e 2010, os indicadores acima mencionados sofreram uma diminuição de 51,52% e 51,79%, respetivamente. Após este ano e até 2014, estes indicadores melhoraram em 105,36% e 115,26%. Após este ano, os indicadores voltaram a piorar, sofrendo uma diminuição de 18,69% e 20,30%, respetivamente, até 2017. Estes indicadores, em 2017, são superiores a 23 de fevereiro de 2012 em 30,79% e 29,88%. A média de ambos os indicadores aumentou no período posterior à criação do CHBV em 25,28% e 28,32%, respetivamente.

Já o indicador de liquidez imediata, desde 2007 até 2013 tem seguindo uma tendência decrescente, diminuindo 95,65%. Em 2014 houve um pico, sendo que nos anos seguintes este indicador, tendo em conta que se estão a utilizar duas casas decimais, foi

de 0,00. A média deste indicador no período posterior à criação do CHBV diminuiu em 75,93%, comparando com o período de coexistência dos três hospitais.

Capítulo 4 - Discussão dos Resultados

A fusão de hospitais em centros hospitalares, como já foi referido, é uma medida tomada pelo Governo na tentativa de aumentar a eficiência e diminuir os elevados custos que o Estado acarreta anualmente com a Saúde. É perceptível pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, que, entre outros, cria o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, esta intenção, nomeadamente, através da redução da estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde, para além de se reduzir as estruturas de gestão e o número de gestores.

Mas será que, efetivamente, houve redução de custos e aumento da eficiência na criação do CHBV?

Em primeira instância, há uma conclusão muito objetiva e direta que se pode retirar da análise efetuada: em todos os anos analisados, os custos superam os proveitos! Em outras palavras, o Resultado Líquido é sempre negativo, ainda que apresente alguma oscilação: no ano em que se obteve o pior Resultado Líquido, 2012, este atingiu -15,4 M€, enquanto que -2,8 M€ em 2013, foi o ano com melhor resultado.

Com Resultados Líquidos constantemente negativos, há dois pontos que se podem observar:

- Aumento da dívida a fornecedores, como já se verificou neste relatório, que foi sendo atenuada pelo FASP, pelo Programa de Regularização Extraordinária de Dívidas e pelos aumentos de Capital Estatutário, ou seja, injeção extraordinária de verbas pelo Estado, em ambas as situações. Estas situações permitiram que o total de dívida a fornecedores de curto prazo das operações do CHBV em 2017 seja inferior aos valores que existiam antes da criação do centro hospitalar;
- Diminuição do investimento, pois mesmo que este tenha aumentado ligeiramente desde 2014, ainda se situa substancialmente abaixo do nível de investimento existente nos anos anteriores à criação do centro hospitalar, estando, no entanto, em 2017, ao nível do investimento de 2008. A maioria do investimento continua a ser autofinanciado pelo CHBV, tal como acontecia no período anterior à criação do centro hospitalar, com a exceção do período entre 2009 e 2011, em que estes subsídios foram significativos no investimento total realizado.

Relativamente aos Custos Totais, o que se verifica é que, na realidade, com a criação do CHBV, estes diminuíram. No entanto, se compararmos os custos de 2017 com

2010, verificamos que, apesar de, efetivamente, os custos serem menores, a diferença é de 6 milhões de euros. Mais, os custos de 2017 já se encontram ao mesmo nível de 2011 e são superiores a 2007!

Na análise efetuada aos Custos Totais Ajustados, verificou-se que a diminuição nos custos que ocorreu após a criação do centro hospitalar ainda iria existir, mas com a diferença que esta não seria tão elevada devido às reduções remuneratórias, pois os juros do FASP, o acordo de pagamento de juros de mora e os medicamentos comparticipados da Hepatite C, que são subtraídos aos Custos Totais neste cálculo, têm valores inferiores a estas reduções. Ou seja, com os Custos Totais Ajustados verificou-se que expurgando estas situações que em nada estão relacionadas com a criação do CHBV, os custos continuariam a diminuir no período posterior à criação do centro hospitalar, só que a diminuição nos custos seria inferior.

Logo, após analisar os Custos Totais e os Custos Totais Ajustados, com a informação obtida neste relatório e olhando apenas para os valores de 2010 e 2017, pode-se considerar que, com a criação do CHBV, efetivamente, houve redução de custos.

Mas que rubricas impactaram esta redução? Com a redução de custos, existiu aumento da eficiência?

Para além destas reduções remuneratórias, que ocorreram por força da legislação, a diminuição dos Custos Totais nos anos seguintes à criação do centro hospitalar, até 2014, também está relacionada, principalmente, com:

- A diminuição do número de colaboradores no centro hospitalar, com maior ímpeto entre 2011 e 2014, que permitiu reduzir os Custos com o Pessoal até 2012. Nos anos seguintes os custos nesta rubrica mantiveram-se semelhantes, muito por força do aumento das contribuições para a Caixa Geral de Aposentações. Infelizmente, não foi possível arranjar informação para analisar o impacto da alteração da contribuição da entidade empresarial para esta entidade em 2013 e 2014, mas é um ponto a considerar numa oportunidade futura;
- A diminuição do CMVMC, principalmente pela diminuição dos custos com os Medicamentos que ocorreu entre 2011 e 2014;
- A diminuição dos custos com FSE entre 2011 e 2013, relacionados com a diminuição dos Subcontratos e Fornecimentos e Serviços;

- As diminuições com os Custos e Perdas Extraordinárias – com maior destaque entre 2013 e 2014 - e Amortizações do Exercício, mesmo sendo, em valores absolutos, inferiores às rubricas supramencionadas.

No geral, verifica-se, com poucas exceções, que as rubricas de custos analisadas diminuíram no período posterior à criação do CHBV, até 2014. Para além disso, olhando para o rácio entre os Custos Totais (Ajustados) e os Doentes-Padrão, observa-se que, a partir de 2010 a eficiência aumentou, com menores custos por Doente-Padrão, sendo que entre 2013 e 2015 se situava ao nível do período de 2007 a 2009.

Logo, com a informação disponível, pode-se concluir que houve uma redução dos custos até 2014, que se traduziu num ganho de eficiência, verificado na diminuição do custo unitário por Doente-Padrão entre 2012 e 2014, que diminuiu em 14,88% (14,45%),

No entanto, o período que se está a analisar neste relatório, mais precisamente o período que sucede à criação do CHBV, finaliza a 2017. Enquanto que, até 2014, se verificaram reduções de custos e aumentos de eficiência, nos anos seguintes isto não acontece.

Relativamente aos custos:

- Os Custos com o Pessoal voltaram a aumentar, muito por força do aumento do número de colaboradores no CHBV, com especial destaque para o aumento do número de Médicos e Enfermeiros, com maiores vencimentos, contrariando a redução de pessoal que vinha existindo nos anos anteriores. Esta rubrica teve um impacto significativo no aumento dos custos neste período;
- Aumento do CMVMC, muito por força do aumento dos custos com Medicamentos, com especial destaque para os medicamentos comparticipados pelo Estado para o tratamento da Hepatite C, sendo que, neste período, a maior parte das componentes de CMVMC aumentaram os seus valores.

Com isto, verifica-se que, entre 2015 e 2017, os Custos Totais aumentaram significativamente, estando a aproximar-se do nível de custos que existia antes da criação do CHBV, sendo muito semelhantes aos Custos Totais Ajustados.

A eficiência, ainda que tenha aumentando ligeiramente em 2015, nos dois últimos anos analisados também diminuiu, aumentando os custos unitários por Doente-Padrão em 9,46% (8,89%) entre 2015 e 2017. Assim, este rácio, apesar de ser inferior a

2010, 2011 e até 2012, é superior ao rácio que se obteve nos anos anteriores, o que representa uma perda de eficiência relativamente aos anos de 2007 a 2009.

Logo, neste período entre 2015 e 2017, voltou a haver aumento de custos. Os Custos Totais em 2017, comparados com os valores de 2010, mesmo sendo inferiores, já não estão distantes. No entanto, o período que sucedeu à criação do CHBV trouxe ganhos de eficiência, se compararmos com os anos de 2010, 2011 e 2012, em que os custos unitários por Doente-Padrão eram superiores aos que se obteve no período posterior à criação do centro hospitalar.

Resumindo os custos e a eficiência, verifica-se que, efetivamente, nos primeiros anos que sucederam a criação do CHBV, os custos diminuíram. No entanto, nos últimos anos, estes aumentaram para valores equiparáveis aos que precederam a criação do centro hospitalar. Logo, com a informação presente neste relatório, pode-se concluir que até 2017 os custos são inferiores aos custos que se obtiveram no período anterior à criação do CHBV, se comparados com 2010, com a ressalva que nos últimos anos estes apresentam uma evolução crescente. Já a eficiência, esta aumentou com a criação do CHBV, até 2015, ficando ao nível do período entre 2007 e 2009. No entanto, nos anos seguintes, a eficiência voltou a diminuir, com maiores custos por Doente-Padrão. Enquanto que, por um lado, este rácio, em 2017, é inferior ao rácio que se obteve no período entre 2009 e 2012, por outro lado, é superior ao rácio obtido no período entre 2007 e 2009. Logo, com a informação obtida neste relatório, é possível concluir que, comparando com 2010, existiu um aumento da eficiência, com a ressalva que, em 2017, o custo unitário por Doente-Padrão foi superior aos valores deste rácio nos anos compreendidos entre 2007 e 2009.

Discutindo brevemente os Proveitos do CHBV, nota-se que, com a criação do centro hospitalar, estes, nos primeiros anos, não só diminuíram, mas também oscilavam bastante de ano para ano, muito por força da diminuição das verbas disponibilizadas pelo Estado ao CHBV. Nos últimos dois anos, estas contribuições aumentaram para valores superiores aos que existiam antes de 2012, impulsionando os proveitos do CHBV para valores equiparáveis aos anteriores.

Relativamente aos Proveitos Totais por Doente-Padrão, este rácio foi calculado para verificar se existia alguma estabilidade entre os Proveitos Totais e os Doentes-Padrão. Nisto, verifica-se que este rácio é muito irregular, indicando que não há relação entre ambas as variáveis! Os proveitos do CHBV, segundo este rácio, não estão diretamente relacionados com os Doentes-Padrão, pois se tivessem, este rácio não teria

uma grande oscilação. A existência de verbas extra no final do ano, que vêm alterar os preços unitários da produção, poderá ter influência neste rácio, mas como não foram analisadas, considerou-se como uma limitação a este estudo.

Olhando agora para os resultados obtidos nos indicadores financeiros, verifica-se que, com a criação do CHBV, estes melhoraram, à exceção da liquidez imediata. No entanto, é necessário ter em atenção que tanto o indicador de solvabilidade total como o indicador de autonomia financeira são negativos, algo que, supostamente, deveria ser impossível de acontecer. Isto demonstra que o CHBV, por um lado, não tem capital próprio suficiente para assegurar a cobertura do passivo, algo que compromete o equilíbrio a médio e longo prazo, e, por outro lado, não possui autonomia financeira, estando muito dependente de injeções extraordinárias de verbas por parte do acionista Estado.

Relativamente aos indicadores de liquidez, em primeira instância, verifica-se que, como são sempre inferiores a 1, o ativo corrente da entidade nunca é suficiente para fazer face ao passivo corrente. Isto leva a um aumento das dívidas a fornecedores de curto prazo, como já se verificou, que foram contrariadas com aumentos de capital e programas extraordinários de redução de dívidas. No entanto, com a criação do CHBV, tanto o indicador de liquidez geral como o indicador de liquidez reduzida aumentaram em aproximadamente 30% cada um, comparando 23 de fevereiro de 2012 com 2017.

Já o indicador de liquidez imediata diminuiu com a criação do CHBV, mas tendo em conta que a 23 de fevereiro de 2012 este indicador era de 0,02 e passou para 0,00 em 2017, não foi uma diminuição muito significativa. Com este indicador com valores tão baixos, verifica-se que o CHBV não possui verbas imediatas para fazer face ao seu passivo corrente.

Com isto, é óbvio que o CHBV cada vez mais depende de verbas provenientes do Estado para fazer face aos custos que incorre, tendo sempre em consideração que o financiamento e os preços praticados pelo centro hospitalar não têm sido suficientes para cobrir os custos, havendo, em todos os anos, Resultado Líquido negativo.

Conclusão

O direito à saúde é um direito fundamental, defendido no artigo 64.º da CRP. No entanto, segundo Arnaut (2009, p. 152), “a saúde só é, verdadeiramente, um direito fundamental, se for igual para todos”. Com o crescente aumento das despesas no SNS, Arnaut (2009, p. 152) defende que se está a assistir a um crescimento insustentável das despesas e que, desta forma, não vai ser possível manter o modelo original do SNS, podendo meter em causa este direito.

De maneira a melhorar a eficiência e reduzir custos na saúde, tem-se assistido a sucessivas reformas no modelo de gestão no SNS. Como tal, mais recentemente, tem-se assistido à fusão de vários hospitais, na mesma zona geográfica, em centros hospitalares.

Este relatório foi realizado com o objetivo de verificar se, no caso específico da fusão do Hospital Infante D. Pedro, Hospital Visconde Salreu de Estarreja e do Hospital Distrital de Águeda no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, existiram melhorias da eficiência e redução de custos, para além de se verificar o que aconteceu às dívidas a fornecedores de curto prazo, com exceção dos fornecedores de imobilizado, aos indicadores financeiros, ao investimento e ao Capital Estatutário no período entre 2007 e 2017.

Na realização deste estudo, analisaram-se balancetes, demonstrações de resultados, balanços entre outros documentos financeiros e de recursos humanos internos que se revelaram necessários para a obtenção das informações pretendidas.

No entanto, não se pode deixar de referir que este estudo teve algumas limitações:

- O Hospital Infante D. Pedro já seguia o regime do acréscimo, enquanto que os outros dois hospitais seguiam o regime de base de caixa, pelo que a comparabilidade defendida pelo SNC pode, até ser ponto, ser posta em causa;
- Não se expurga o impacto do aumento da contribuição da entidade empresarial para a Caixa Geral de Aposentações, que é independente da criação do CHBV e impacta os Custos com o Pessoal;
- Não foi possível obter o número de Doentes-Padrão para o Hospital Visconde Salreu de Estarreja para 2007, fazendo-se apenas uma estimativa para este ano, e em 2012 não foi possível obter o número de Doentes-Padrão dos três hospitais em estudo no período antes da fusão;

- Não foi possível obter informação sobre os valores de Vendas e Prestações de Serviços provenientes do Contrato-Programa de 2007 e 2008, não sendo possível verificar, neste período, qual a contribuição do Orçamento de Estado nos Proveitos destes hospitais;
- Não se analisa o montante de verbas extra transferidas no final de cada ano pela ACSS, que, entre outros, altera o preço unitário das quantidades produzidas, alterando o rácio de Proveitos Totais por Doente-Padrão.

Relativamente aos custos, apesar de se ter verificado que estes diminuíram após a criação do centro hospitalar, até 2014, e de estes, em 2017, ainda serem inferiores a 2010, os custos já estão ao nível de 2008 e 2011, sendo superiores a 2007. Com isto, é possível concluir que a criação do CHBV promoveu uma redução nos Custos Totais, tendo sempre em atenção as devidas ressalvas.

A criação do CHBV promoveu, igualmente, uma redução na dívida a fornecedores de curto prazo, exceptuando os fornecedores de imobilizado e uma melhoria em grande parte dos indicadores financeiros analisados neste relatório, comparando o dia anterior à criação do centro hospitalar com 2017. Os estudos de Oliveira (2014) e Batista, *et al.* (2015a,b, *apud* Batista & Raposo, 2016), concluíram que com a criação de centros hospitalares e hospitais empresa, respetivamente, existiu uma degradação dos indicadores financeiros, com aumento das dívidas a fornecedores e diminuição de capitais próprios. Apesar dos custos e dívidas terem diminuído, com as ressalvas já discutidas, verificou-se que os Resultados Líquidos são permanentemente negativos, o que leva a uma redução dos capitais próprios, e que, efetivamente, os indicadores financeiros melhoraram ligeiramente, pelo que se considera que este estudo não obteve os mesmos resultados que estes autores em vários dos aspetos analisados.

Também se assistiu a um aumento da eficiência no período posterior à criação do centro hospitalar, sendo que, em 2017, os Custos Totais por Doente-Padrão são inferiores a 2010, o nosso ano de comparação. Logo, é possível concluir, com base neste indicador, que a criação do CHBV provocou um aumento na eficiência. É, no entanto, necessário ressaltar que, em 2017, o valor obtido neste rácio é superior ao período entre 2007 a 2009 e ao período entre 2013 e 2015. Apesar do estudo de Nunes (2017a) não estar diretamente relacionado com a criação de centros hospitalares, este destaca que, ao longo dos anos, a eficiência dos hospitais têm aumentado, o que está em linha com este Relatório de Estágio.

Concluindo os outros assuntos analisados neste relatório, após um período de grande oscilação, os Proveitos e Ganhos do CHBV têm crescido e estão perto do nível que existia no período anterior à criação do centro hospitalar. Para além disso, a contribuição do Orçamento de Estado para os proveitos do CHBV está no nível mais elevado dentro do período analisado, sendo que, olhando para os resultados, se verifica que esta contribuição se revela insuficiente para os custos que esta empresa incorre. O investimento, apesar de ter aumentado nos últimos três anos, ainda é inferior aos valores obtidos antes da criação do CHBV.

Concluindo, tendo em conta todos os aspetos analisados neste estudo e o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, pode-se concluir que a criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga permitiu uma redução de custos e aumento da eficiência, resultando numa melhoria geral dos indicadores financeiros. Para além disso, também permitiu uma diminuição nas dívidas a fornecedores, sendo que, por outro lado, o investimento e os Proveitos Totais diminuíram.

Deixando uma nota final sobre este relatório e o estágio realizado nos Serviços Financeiros do CHBV, este estágio permitiu agregar informação muito interessante e que, por outros meios, seria muito difícil de obter e que culminou na realização de um estudo de análise ao impacto económico-financeiro da criação do centro hospitalar.

Como já se referiu anteriormente, como o CHBV é uma empresa pública, existem desafios adicionais na realização de estudos como este, mas, através das várias experiências obtidas no decorrer do estágio e do apoio permanente dos colegas dos Serviços Financeiros, foram-se superando os vários desafios, etapa a etapa.

Bibliografia

- ACSS, IP. (s.d.). *Abordagem Metodológica*. Obtido em 16 de maio de 2018, de Benchmarking ACSS: http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/AbordagemMetodologica
- Arnaut, A. (2009). *Serviço Nacional de Saúde - SNS: 30 Anos de Resistência*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Barros, P. P. (1999). As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996. *6º Encontro Nacional de Economia da Saúde "As desigualdades perante a saúde"*. Obtido de <https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/apesjan99.pdf>
- Barros, P. P., & Simões, J. d. (2007). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 9(5), 1-140.
- Batista, V., & Raposo, V. (2016). Desempenho Económico e Financeiro dos Hospitais Empresarializados - Uma Análise Regional no Período entre 2007 e 2011. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*(43), 89-105.
- Batista, V., Manso, J. P., & Raposo, V. (2015a). Corporatization of Public Hospitals in Portugal - do we have better economic financial results. *XXXV Jornadas de Economia de la Salud*. Granada.
- Batista, V., Manso, J. P., & Raposo, V. (2015b). Empresarialização dos hospitais públicos - Como evoluíram a sua situação económica e os resultados económico-financeiros? *14ª Conferência Nacional de Economia da Saúde*. Lisboa.
- Brealey, R. A., Myers, S. C., & Allen, F. (2011). *Principles of Corporate Finance* (11ª ed.). Nova Iorque: McGraw-Hill/Irwin.
- Carvalho, M. T. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro.
- Centro de Estudos Aplicados. (2016). *Estudo de avaliação do Value for Money da Parceria Público Privada do Hospital de Cascais*. Universidade Católica de Lisboa.
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (2018). *Relatório e Contas 2017*.
- Contrato Programa 2017-2019 CHBV. (s.d.).
- Cruz, I. (2013). *Percursos da New Public Management num Hospital EPE*. Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa.

- Cruz, I., & Major, M. J. (2016). Challenges of the New Public Management on a Public Hospital. Em *Entrepreneurial and Innovative Practices in Public Institutions* (pp. 237-260). Springer International Publishing.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2012). *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*.
- Fernandes, C., Peguinho, C., Veira, E., & Neiva, J. (2016). *Análise Financeira - Teoria e Prática* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012a). *Censos 2011 - Resultados Definitivos - Centro*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Obtido de Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012b). *Censos 2011 - Resultados definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Obtido de Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2018). *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jordan, H., Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. (2015). *O Controlo de Gestão* (10ª ed.). Lisboa: Áreas Editora.
- Leite, J. M., & Rodrigues, L. L. (2007). Práticas de Contabilidade de Gestão Hospitalar Divulgadas nos Relatórios: Estudo dos Hospitais EPE Portugueses. *X Congresso do Instituto Internacional de Custos*. Lyon, França.
- Lima, T. M. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. *Research and Networks in Health*(1), e-1-11.
- Mainguet, C., & Baye, A. (2006). Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement - Proceedings of the Copenhagen Symposium. *Defining a framework of indicators to measure the social outcomes of learning*. (R. Desjardins, & T. Schuller, Edits.)
- Mainz, J. (2003a). Developing clinical indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, i5-i11.
- Mainz, J. (2003b). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530.
- Matos, A. A., & Nunes, A. M. (2016). Inovação da Gestão dos Hospitais Públicos no Sistema de Saúde Português. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2), 14-23.
- Neves, J. C. (2012). *Análise e Relato Financeiro - Uma Visão Integrada de Gestão* (6ª ed.). Alfragide: Texto Editores, Lda.

- Nunes, A. M. (2016a). A empresarialização das unidades hospitalares em Portugal: Efeitos na eficiência. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*(20), 28-31.
- Nunes, A. M. (2016b). Gestão Hospitalar: Quatorze Anos de Empresarialização em Portugal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(2), 154-162.
- Nunes, A. M. (2017a). Análise dos resultados de eficiência da política de empresarialização de unidades hospitalares em Portugal. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(3), 310-315.
- Nunes, A. M. (2017b). Análise da produtividade da política de fusão de unidades hospitalares em Portugal integradas no Serviço Nacional de Saúde. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(1), 93-99.
- Nunes, A. M., & Harfouche, A. (2015). A Gestão Empresarial Hospitalar na perspetiva dos gestores hospitalares. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*(15), 8-11.
- Nunes, A. M., & Matos, A. A. (2017). Análise do desempenho dos hospitais em parceria público privada no Serviço Nacional de Saúde português. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 9(3), 304-309.
- Nunes, A. V. (2008). *Indicadores de Desempenho para as Micro e Pequenas Empresas: Uma Pesquisa com as MPE's Associadas a Microempres de Caxias do Sul/Rs*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Caxias do Sul.
- Oliveira, R. F. (2014). *Fusão de Hospitais em Centros Hospitalares: Impacto no seu Desempenho Operacional e Financeiro*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa.
- OPSS. (2001). *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera 2001*. Lisboa.
- OPSS, R. d. (16 de Outubro de 2003). *Evolução do Sistema de Saúde*. Obtido em 05 de Abril de 2018, de Observatório Português dos Sistemas de Saúde: <http://www.opss.pt/node/141>
- Pickton, D. W., & Wright, S. (1998). What's swot in strategic analysis? *Strategic Change*, 7(2), 101-109.
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals. *The European Journal of Health Economics*, 11(4), 367-381.
- Simões, J., & Dias, A. (2009). A governação em saúde em Portugal e a saúde nas políticas. *Linhas de Saúde*(1), 7-10.
- Sousa, P. A. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-889.

Sousa, R. G., Vasconcelos, A. F., Caneca, R. L., & Niyama, J. K. (2013). O Regime de Competência no Setor Público Brasileiro: uma Pesquisa Empírica sobre a Utilidade da Informação Contábil. *Revista Contabilidade & Finanças*, 24(63), 219-230.

Apêndices

Apêndice 1 – Demonstração de Resultados

Tabela 3 - Demonstração de Resultados - Custos

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Custos e Perdas	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV					
Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas	15.348.405,84 €	16.996.073,68 €	18.713.875,18 €	19.784.892,28 €	20.425.266,14 €	19.232.395,54 €	18.012.297,56 €	16.663.090,43 €	19.277.975,22 €	19.514.378,88 €	20.209.271,46 €
Mercadorias	248.370,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Produtos Farmacêuticos	10.112.450,88 €	11.492.565,79 €	12.925.683,33 €	14.547.276,32 €	15.457.728,44 €	14.412.667,03 €	12.935.950,61 €	11.942.033,81 €	14.292.559,62 €	14.447.478,63 €	14.823.819,84 €
Medicamentos	8.346.606,45 €	9.734.972,76 €	11.137.890,13 €	12.686.427,40 €	13.503.103,99 €	12.689.462,87 €	11.307.096,60 €	10.298.081,99 €	12.640.594,22 €	12.483.574,72 €	12.444.731,03 €
Reagentes e Outros Produtos de Diagnóstico Rápido	1.461.128,51 €	1.442.695,72 €	1.556.193,31 €	1.638.051,81 €	1.716.460,90 €	1.518.574,99 €	1.427.283,82 €	1.454.079,53 €	1.437.778,36 €	1.737.224,33 €	2.095.593,68 €
Outros Produtos Farmacêuticos	304.715,92 €	314.897,31 €	231.599,89 €	222.797,11 €	238.163,55 €	204.629,17 €	201.570,19 €	189.872,29 €	214.187,04 €	226.679,58 €	283.495,13 €
Material de Consumo Clínico	4.201.813,63 €	4.689.442,33 €	5.073.136,12 €	4.618.920,80 €	4.290.093,18 €	4.255.649,48 €	4.506.870,42 €	4.165.602,08 €	4.453.410,84 €	4.536.260,09 €	4.763.230,65 €
Produtos Alimentares	52.716,93 €	53.986,98 €	52.285,58 €	49.521,69 €	54.376,49 €	34.099,68 €	45.217,04 €	29.632,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Material de Consumo Hoteleiro	134.145,48 €	129.311,00 €	155.485,94 €	141.797,05 €	152.758,59 €	133.201,49 €	143.836,87 €	143.562,30 €	141.474,70 €	165.018,24 €	182.122,98 €
Material de Consumo Administrativo	191.408,21 €	197.117,91 €	239.100,55 €	186.325,03 €	168.996,10 €	137.549,30 €	115.305,58 €	96.657,37 €	103.140,32 €	95.605,83 €	100.692,60 €
Material de Manutenção e Conservação	407.500,71 €	433.649,67 €	268.183,66 €	241.051,39 €	301.313,34 €	259.228,56 €	265.117,04 €	285.602,12 €	287.389,74 €	270.016,09 €	339.405,39 €
Fornecimentos e Serviços Externos	13.121.866,45 €	14.922.287,52 €	14.451.132,79 €	14.324.146,97 €	14.060.386,67 €	12.666.935,62 €	12.235.425,34 €	12.366.639,00 €	12.246.240,75 €	12.171.092,64 €	12.672.775,74 €
Subcontratos	2.855.161,76 €	3.117.984,28 €	4.155.758,23 €	4.275.475,44 €	4.094.175,05 €	3.846.834,11 €	3.921.051,95 €	3.694.097,30 €	3.342.581,02 €	3.303.726,73 €	3.175.666,36 €
Trabalhos Executados em Entidades do Ministério da Saúde	844.762,88 €	1.035.594,11 €	1.572.961,26 €	1.696.383,49 €	1.564.216,79 €	2.080.455,24 €	2.319.600,35 €	2.514.747,80 €	1.861.615,35 €	1.584.480,25 €	1.097.280,40 €
Trabalhos Executados em Outras Entidades	2.010.398,88 €	2.082.390,17 €	2.582.796,97 €	2.579.091,95 €	2.529.958,26 €	1.766.378,87 €	1.601.451,60 €	1.179.349,50 €	1.480.965,67 €	1.719.246,48 €	2.078.385,96 €
Fornecimentos e Serviços	10.266.704,69 €	11.804.303,24 €	10.295.374,56 €	10.048.671,53 €	9.966.211,62 €	8.820.101,51 €	8.314.373,39 €	8.672.541,70 €	8.903.659,73 €	8.867.365,91 €	9.497.109,38 €
Fornecimentos e Serviços I	978.448,98 €	1.008.624,06 €	1.168.168,28 €	1.263.484,05 €	1.317.413,53 €	1.465.392,57 €	1.575.027,56 €	1.539.661,85 €	1.566.596,34 €	1.503.533,74 €	1.381.837,09 €
Fornecimentos e Serviços II	2.414.618,09 €	3.818.595,37 €	2.310.728,83 €	2.067.931,82 €	1.786.621,77 €	1.289.217,70 €	1.142.645,10 €	1.415.309,77 €	1.419.773,60 €	1.379.129,76 €	1.848.868,46 €
Fornecimentos e Serviços III	6.828.523,47 €	6.976.955,17 €	6.816.409,26 €	6.715.814,32 €	6.860.690,88 €	6.064.041,55 €	5.596.079,01 €	5.712.452,36 €	5.912.839,67 €	5.973.945,57 €	6.260.059,32 €
Outros Fornecimentos e Serviços	45.114,15 €	128,64 €	68,19 €	1.441,34 €	1.485,44 €	1.449,69 €	621,72 €	5.117,72 €	4.450,12 €	10.756,84 €	6.344,51 €
Custos com o Pessoal	48.042.844,55 €	51.009.456,50 €	54.745.100,47 €	53.897.372,44 €	47.637.371,21 €	44.402.786,45 €	44.580.945,30 €	44.019.312,19 €	45.770.053,88 €	48.257.720,19 €	52.146.508,48 €
Remunerações dos Órgãos Diretivos	644.793,32 €	701.600,76 €	563.155,95 €	499.882,38 €	342.438,63 €	280.806,49 €	285.858,03 €	292.570,65 €	283.720,21 €	305.212,71 €	352.719,91 €
Remunerações do Pessoal	39.641.195,53 €	42.277.969,89 €	45.567.541,18 €	44.646.879,16 €	38.939.188,43 €	36.808.486,35 €	36.029.555,79 €	34.612.647,17 €	36.399.094,60 €	38.342.217,34 €	41.634.748,18 €
Pensões	1.440.880,38 €	1.387.992,64 €	1.369.707,96 €	1.552.630,01 €	1.194.439,06 €	183.074,34 €	130.478,64 €	258.767,39 €	74.768,62 €	46.471,16 €	48.505,81 €
Encargos sobre Remunerações	5.742.425,44 €	5.842.907,56 €	6.588.260,60 €	6.729.142,45 €	6.628.306,22 €	6.691.852,22 €	7.673.621,93 €	8.004.878,01 €	8.334.964,09 €	8.826.103,31 €	9.337.243,25 €
Seguros, Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais	29.928,17 €	50.218,30 €	48.828,78 €	59.589,35 €	65.364,06 €	57.602,28 €	61.039,55 €	134.782,94 €	261.583,13 €	317.306,43 €	309.003,92 €
Encargos Sociais Voluntários	1.616,00 €	0,00 €	0,00 €	89.798,67 €	98.073,08 €	96.831,57 €	73.879,60 €	46.513,74 €	32.543,82 €	32.304,16 €	38.374,90 €
Outros Custos com o Pessoal	542.005,71 €	748.767,35 €	607.606,00 €	319.450,42 €	369.561,73 €	284.133,20 €	326.511,76 €	669.152,29 €	383.379,41 €	388.105,08 €	425.912,51 €
Transferências Correntes e Prestações Sociais	55.699,72 €	20.541,12 €	500,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Amortizações do Exercício	3.830.897,78 €	4.031.356,20 €	3.477.442,84 €	3.078.309,44 €	3.294.432,12 €	3.270.430,93 €	2.978.309,83 €	2.479.540,33 €	2.150.243,69 €	2.041.812,94 €	1.793.864,44 €
Provisões do Exercício	84.816,68 €	0,00 €	113.777,35 €	0,00 €	108.713,84 €	121.591,95 €	157.845,94 €	59.385,19 €	0,00 €	6.455,38 €	5.670,52 €
Outros Custos e Perdas Operacionais	139.653,42 €	180.861,84 €	232.470,64 €	200.384,53 €	219.715,26 €	145.540,91 €	135.065,70 €	123.606,72 €	26.799,85 €	17.865,92 €	30.924,91 €
(A)	80.624.184,44 €	87.160.576,86 €	91.734.299,27 €	91.285.105,66 €	85.745.885,24 €	79.839.681,40 €	78.099.889,67 €	75.711.573,86 €	79.471.313,39 €	82.009.325,95 €	86.859.015,55 €
Custos e Perdas Financeiros	7.125,01 €	27.122,90 €	421.395,66 €	238.582,37 €	463.209,94 €	278.829,26 €	283.192,14 €	82.164,37 €	22.527,26 €	25.967,05 €	21.252,44 €
(C)	80.631.309,45 €	87.187.699,76 €	92.155.694,93 €	91.523.688,03 €	86.209.095,18 €	80.118.510,66 €	78.383.081,81 €	75.793.738,23 €	79.493.840,65 €	82.035.293,00 €	86.880.267,99 €
Custos e Perdas Extraordinários	1.732.399,19 €	1.651.244,38 €	1.461.343,82 €	1.366.850,89 €	841.957,46 €	504.782,28 €	659.350,04 €	55.933,87 €	51.657,34 €	32.066,08 €	106.011,36 €
(E)	82.363.708,64 €	88.838.944,14 €	93.617.038,75 €	92.890.538,92 €	87.051.052,64 €	80.623.292,94 €	79.042.431,85 €	75.849.672,10 €	79.545.497,99 €	82.067.359,08 €	86.986.279,35 €
Imposto sobre o Rendimento	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	16.000,00 €	16.000,00 €	15.000,00 €
(G)	82.363.708,64 €	88.838.944,14 €	93.617.038,75 €	92.890.538,92 €	87.051.052,64 €	80.623.292,94 €	79.042.431,85 €	75.849.672,10 €	79.561.497,99 €	82.083.359,08 €	87.001.279,35 €

Fonte: Elaboração Própria, através dos Balançotes e Demonstrações de Resultados dos Hospitais e CHBV

Tabela 4 - Demonstração de Resultados - Proveitos e Resultados

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Proveitos e Ganhos	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV
Vendas e Prestações de Serviços	53.923.955,39 €	59.739.439,94 €	62.616.796,84 €	59.161.293,34 €	54.298.596,24 €	58.561.058,22 €	63.672.968,05 €	64.156.242,26 €	61.288.331,22 €	74.207.105,50 €	75.556.116,72 €
Contrato-Programa	N.D.	N.D.	51.767.009,06 €	54.281.354,00 €	50.290.797,89 €	55.130.312,41 €	60.270.385,09 €	60.275.079,41 €	57.614.283,29 €	71.158.658,83 €	72.865.916,10 €
Outras Entidades Responsáveis	N.D.	N.D.	10.849.787,78 €	4.879.939,34 €	4.007.798,35 €	3.430.745,81 €	3.402.582,96 €	3.881.162,85 €	3.674.047,93 €	3.048.446,67 €	2.690.200,62 €
Trabalhos para a Própria Entidade	0,00 €	0,00 €	138.255,94 €	145.602,06 €	0,00 €	5.922,22 €	0,00 €	78.106,61 €	30.410,50 €	0,00 €	0,00 €
Proveitos Suplementares	208.721,90 €	73.002,77 €	64.396,20 €	54.512,46 €	52.863,42 €	56.182,46 €	50.449,96 €	10.768,24 €	12.365,00 €	12.320,00 €	10.136,95 €
Transferências e Subsídios Correntes Obtidos	15.099.572,67 €	14.500.761,13 €	15.193.004,59 €	15.908.353,47 €	14.398.340,85 €	2.667.340,49 €	353.512,56 €	82.986,81 €	96.359,95 €	224.905,63 €	52.088,98 €
Transferências Correntes Obtidas	14.924.828,47 €	14.405.770,03 €	15.045.124,73 €	15.890.026,86 €	14.301.559,52 €	2.624.735,05 €	304.388,59 €	0,00 €	66.732,68 €	90.961,17 €	52.088,98 €
ACSS	14.907.305,80 €	14.387.227,23 €	15.030.893,72 €	15.886.287,58 €	14.284.957,56 €	2.624.735,05 €	304.388,59 €	0,00 €	66.732,68 €	90.961,17 €	52.088,98 €
Outros	17.522,67 €	18.542,80 €	14.231,01 €	3.739,28 €	16.601,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Subsídios Correntes Obtidos - Outros Entes Públicos	174.744,20 €	94.991,10 €	147.879,86 €	18.326,61 €	96.781,33 €	42.605,44 €	49.123,97 €	82.986,81 €	29.627,27 €	133.944,46 €	0,00 €
Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	1.550.139,87 €	2.240.653,68 €	2.633.021,07 €	2.513.923,90 €	2.295.668,25 €	2.330.938,75 €	2.643.017,92 €	2.697.187,30 €	4.224.622,88 €	1.926.743,71 €	1.687.840,56 €
ACSS	325.369,50 €	401.825,58 €	581.717,81 €	1.463.682,39 €	1.523.797,16 €	1.711.194,78 €	1.999.545,23 €	2.116.668,54 €	3.263.612,24 €	928.840,86 €	612.381,42 €
Outros	1.224.770,37 €	1.838.828,10 €	2.051.303,26 €	1.050.241,51 €	771.871,09 €	619.743,97 €	643.472,69 €	580.518,76 €	961.010,64 €	997.902,85 €	1.075.459,14 €
(B)	70.782.389,83 €	76.553.857,52 €	80.645.474,64 €	77.783.685,23 €	71.045.468,76 €	63.621.442,14 €	66.719.948,49 €	67.025.291,22 €	65.652.089,55 €	76.371.074,84 €	77.306.183,21 €
Proveitos e Ganhos Financeiros	162.823,97 €	294.903,38 €	168.143,97 €	177.730,08 €	159.413,32 €	215.387,75 €	13.453,05 €	26.151,53 €	70.260,20 €	9.627,36 €	26.083,06 €
(D)	70.945.213,80 €	76.848.760,90 €	80.813.618,61 €	77.961.415,31 €	71.204.882,08 €	63.836.829,89 €	66.733.401,54 €	67.051.442,75 €	65.722.349,75 €	76.380.702,20 €	77.332.266,27 €
Proveitos e Ganhos Extraordinários	2.852.530,79 €	1.672.271,59 €	907.103,78 €	1.354.536,16 €	1.840.030,17 €	1.392.192,17 €	9.546.614,54 €	1.496.197,82 €	728.314,51 €	929.541,46 €	431.562,87 €
(F)	73.797.744,59 €	78.521.032,49 €	81.720.722,39 €	79.315.951,47 €	73.044.912,25 €	65.229.022,06 €	76.280.016,08 €	68.547.640,57 €	66.450.664,26 €	77.310.243,66 €	77.763.829,14 €
Resultados Operacionais (B) - (A)	-9.841.794,61 €	-10.606.719,34 €	-11.088.824,63 €	-13.501.420,43 €	-14.700.416,48 €	-16.218.239,26 €	-11.379.941,18 €	-8.686.282,64 €	-13.819.223,84 €	-5.638.251,11 €	-9.552.832,34 €
EBITDA	-5.926.080,15 €	-6.575.363,14 €	-7.497.604,44 €	-10.423.110,99 €	-11.297.270,52 €	-12.826.216,38 €	-8.243.785,41 €	-6.147.357,12 €	-11.668.980,15 €	-3.589.982,79 €	-7.753.297,38 €
Resultados Financeiros (D - B) - (C - A)	155.698,96 €	267.780,48 €	-253.251,69 €	-60.852,29 €	-303.796,62 €	-63.441,51 €	-269.739,09 €	-56.012,84 €	47.732,94 €	-16.339,69 €	4.830,62 €
Resultados Correntes (D) - (C)	-9.686.095,65 €	-10.338.938,86 €	-11.342.076,32 €	-13.562.272,72 €	-15.004.213,10 €	-16.281.680,77 €	-11.649.680,27 €	-8.742.295,48 €	-13.771.490,90 €	-5.654.590,80 €	-9.548.001,72 €
Resultados Extraordinários (F - D) - (E - C)	1.120.131,60 €	21.027,21 €	-554.240,04 €	-12.314,73 €	998.072,71 €	887.409,89 €	8.887.264,50 €	1.440.263,95 €	676.657,17 €	897.475,38 €	325.551,51 €
Resultados Antes de Impostos (F) - (E)	-8.565.964,05 €	-10.317.911,65 €	-11.896.316,36 €	-13.574.587,45 €	-14.006.140,39 €	-15.394.270,88 €	-2.762.415,77 €	-7.302.031,53 €	-13.094.833,73 €	-4.757.115,42 €	-9.222.450,21 €
Resultado Líquido do Exercício (F) - (G)	-8.565.964,05 €	-10.317.911,65 €	-11.896.316,36 €	-13.574.587,45 €	-14.006.140,39 €	-15.394.270,88 €	-2.762.415,77 €	-7.302.031,53 €	-13.110.833,73 €	-4.773.115,42 €	-9.237.450,21 €

Fonte: Elaboração Própria, através dos Balançetes e Demonstrações de Resultados dos Hospitais e CHBV

Apêndice 2 - Balanço

Tabela 5 - Balanço - Ativo (Parte 1)

Ativo	2007	2008	2009	2010	2011	Até 23 de fevereiro de 2012	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV					
Imobilizado												
Imobilizações Incorpóreas:												
Despesas de Instalação	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Despesas de Investigação e Desenvolvimento	200 705,09 €	125 485,69 €	43 460,17 €	1,34 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total Imobilizações Incorpóreas	200 705,09 €	125 485,69 €	43 460,17 €	1,34 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Imobilizações Corpóreas:												
Edifícios e Outras Construções	5 501 183,60 €	5 048 471,46 €	4 768 898,02 €	5 700 250,41 €	6 813 943,93 €	6 747 006,54 €	6 397 278,23 €	5 969 978,30 €	5 714 943,48 €	5 626 370,82 €	5 940 119,40 €	5 983 051,56 €
Equipamento Básico	6 268 409,25 €	5 553 374,46 €	6 738 310,07 €	7 148 460,28 €	9 168 196,07 €	8 934 060,61 €	7 402 662,43 €	5 846 830,43 €	4 593 437,63 €	3 532 020,67 €	3 010 090,44 €	2 711 240,95 €
Equipamento de Transporte	34 977,55 €	16 296,61 €	21 125,00 €	61 735,59 €	40 297,82 €	37 094,47 €	19 506,25 €	2 309,32 €	101,86 €	3 385,83 €	2 306,69 €	44 960,86 €
Ferramentas e Utensílios	2 108,66 €	2 493,60 €	7 075,39 €	7 454,88 €	5 913,98 €	5 900,80 €	4 567,64 €	3 269,14 €	3 660,21 €	2 868,75 €	2 012,11 €	2 947,52 €
Equipamento Administrativo e Informático	3 833 372,31 €	1 408 189,36 €	1 374 020,40 €	1 235 294,27 €	1 535 235,45 €	1 439 683,24 €	1 068 311,31 €	605 800,03 €	375 894,27 €	340 886,31 €	323 891,04 €	691 717,86 €
Taras e Vasilhame	5 142,97 €	1 839,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Outras Imobilizações Corpóreas	275 545,94 €	234 991,68 €	351 666,81 €	320 960,25 €	311 850,23 €	305 053,34 €	258 978,15 €	210 341,62 €	153 613,81 €	103 144,59 €	60 430,01 €	28 581,91 €
Imobilizações em Curso de Imobilizações Corpóreas	0,00 €	59 351,98 €	59 351,98 €	59 351,98 €	59 351,98 €	59 351,98 €	59 351,98 €	59 351,98 €	59 351,98 €	59 351,98 €	41 807,92 €	41 807,92 €
Adiantamentos por Conta de Imobilizações Corpóreas	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total Imobilizações Corpóreas	15 920 740,28 €	12 325 008,85 €	13 320 447,67 €	14 533 507,66 €	17 934 789,46 €	17 528 150,98 €	15 210 655,99 €	12 697 880,82 €	10 901 003,24 €	9 668 028,95 €	9 380 657,61 €	9 504 308,58 €
Investimentos Financeiros												
Partes de Capital	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	6,38 €
Outras Aplicações Financeiras	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1 878,97 €	48 678,82 €	77 191,20 €	116 207,42 €
Total Investimentos Financeiros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	37 654,83 €	84 454,68 €	112 967,06 €	116 213,80 €					
Total Imobilizado	16 121 445,37 €	12 450 494,54 €	13 363 907,84 €	14 533 509,00 €	17 934 789,46 €	17 528 150,98 €	15 210 655,99 €	12 697 880,82 €	10 938 658,07 €	9 752 483,63 €	9 493 624,67 €	9 620 522,38 €

Fonte: Balanços do CHBV

Tabela 6 - Balanço - Ativo (Parte 2)

Ativo	2007	2008	2009	2010	2011	Até 23 de fevereiro de 2012	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV					
Circulante												
Existências												
Materias Primas, Subsidiárias e Consumo	1 227 410,47 €	1 287 415,62 €	1 258 516,99 €	1 397 908,53 €	1 188 008,02 €	1 273 252,80 €	1 128 599,71 €	971 855,20 €	914 977,83 €	2 379 031,94 €	2 613 280,95 €	2 453 939,06 €
Total Existências	1 227 410,47 €	1 287 415,62 €	1 258 516,99 €	1 397 908,53 €	1 188 008,02 €	1 273 252,80 €	1 128 599,71 €	971 855,20 €	914 977,83 €	2 379 031,94 €	2 613 280,95 €	2 453 939,06 €
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo												
Clientes - Conta Correntes	4 271 614,55 €	4 345 787,96 €	6 111 872,22 €	4 345 935,72 €	2 505 854,44 €	2 216 541,18 €	1 963 609,86 €	1 001 304,71 €	1 008 690,28 €	1 023 838,25 €	1 072 509,82 €	714 654,63 €
Utentes - Conta Correntes	27 526,27 €	24 511,67 €	26 507,72 €	18 998,57 €	18 558,32 €	18 568,52 €	18 473,52 €	12 904,04 €	12 904,04 €	15 773,97 €	15 773,97 €	10 704,24 €
Instituições do Ministério da Saúde	9 388 579,77 €	8 331 303,99 €	7 654 300,80 €	9 309 415,64 €	6 275 549,46 €	17 854 560,10 €	16 840 793,74 €	16 995 922,73 €	75 448 939,62 €	15 250 235,29 €	17 773 648,14 €	15 966 172,78 €
Clientes e Utentes de Cobrança Duvidosa	52 133,43 €	77 067,88 €	19 050,39 €	97 337,60 €	86 004,19 €	76 408,75 €	108 900,65 €	327 437,98 €	253 018,01 €	167 473,87 €	53 997,70 €	0,00 €
Adiantamentos a Fornecedores	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Estado e Outros Entes Públicos	280 584,63 €	325 280,72 €	384 286,50 €	448 800,41 €	504 026,83 €	504 247,83 €	504 601,32 €	210 466,18 €	280 466,18 €	350 615,60 €	211 154,18 €	272 316,68 €
Outros Devedores	5 704 655,11 €	3 212 991,48 €	3 701 937,43 €	3 925 921,63 €	3 628 447,76 €	3 633 191,35 €	3 528 202,00 €	2 935 875,47 €	4 935 050,70 €	3 010 205,09 €	2 829 275,78 €	11 862 285,05 €
Total Dívidas de Terceiros - Curto Prazo	19 725 093,76 €	16 316 943,70 €	17 897 955,06 €	18 146 409,57 €	13 018 441,00 €	24 303 517,73 €	22 964 581,09 €	21 483 911,11 €	81 939 068,83 €	19 818 142,07 €	21 956 359,59 €	28 826 133,38 €
Títulos Negociáveis												
Outros Títulos	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Outras Aplicações de Tesouraria	0,00 €	1 000 000,00 €	1 000 000,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total Títulos Negociáveis	35 775,86 €	1 035 775,86 €	1 035 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	35 775,86 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa												
Depósitos em Instituições Financeiras/Tesouro	5 012 082,33 €	4 983 797,89 €	6 145 787,01 €	5 059 419,34 €	2 342 550,93 €	2 841 866,11 €	2 111 796,75 €	1 824 172,95 €	35 337 893,63 €	13 100,44 €	79 051,58 €	189 918,88 €
Caixa	57 430,58 €	8 246,41 €	6 499,03 €	6 530,24 €	4 672,64 €	6 604,91 €	6 162,11 €	3 969,87 €	2 611,45 €	2 291,50 €	3 655,50 €	3 820,00 €
Total Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa	5 069 512,91 €	4 992 044,30 €	6 152 286,04 €	5 065 949,58 €	2 347 223,57 €	2 848 471,02 €	2 117 958,86 €	1 828 142,82 €	35 340 505,08 €	15 391,94 €	82 707,08 €	193 738,88 €
Acréscimos e Diferimentos												
Acréscimos de Proveitos	1 878 577,11 €	699 540,18 €	2 900 771,53 €	3 758 836,73 €	52 991 122,98 €	49 127 564,73 €	97 092 677,58 €	156 171 171,95 €	158 582 354,41 €	119 299 663,44 €	69 424 871,09 €	74 946 841,38 €
Custos Diferidos	0,00 €	0,00 €	0,00 €	29 324,88 €	14 662,44 €	14 662,44 €	14 662,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total Acréscimos e Diferimentos	1 878 577,11 €	699 540,18 €	2 900 771,53 €	3 788 161,61 €	53 005 785,42 €	49 142 227,17 €	97 107 340,02 €	156 171 171,95 €	158 582 354,41 €	119 299 663,44 €	69 424 871,09 €	74 946 841,38 €
Total Circulante	27 936 370,11 €	24 331 719,66 €	29 245 305,48 €	28 434 205,15 €	69 595 233,87 €	77 603 244,58 €	123 354 255,54 €	180 490 856,94 €	276 776 906,15 €	141 512 229,39 €	94 077 218,71 €	106 420 652,70 €
Total Ativo	44 057 815,48 €	36 782 214,20 €	42 609 213,32 €	42 967 714,15 €	87 530 023,33 €	95 131 395,56 €	138 564 911,53 €	193 188 737,76 €	287 715 564,22 €	151 264 713,02 €	103 570 843,38 €	116 041 175,08 €

Fonte: Balanços do CHBV

Tabela 7 - Balanço - Capital Próprio e Passivo

	2007	2008	2009	2010	2011	Até 23 de fevereiro de 2012	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV
Capital Próprio												
Capital Estatutário	30 433 970,72 €	30 433 970,72 €	40 788 621,72 €	40 788 621,72 €	40 788 621,72 €	40 788 621,72 €	40 284 651,00 €	40 284 651,00 €	97 184 651,00 €	97 184 651,00 €	97 184 651,00 €	106 000 000,00 €
Reservas												
Reservas de Reavaliação	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €	1 026 749,46 €
Reservas Livres	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €	7 922 848,10 €
Subsídios	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €	620 950,88 €
Doações	935 204,36 €	1 030 691,34 €	1 082 712,64 €	1 171 083,63 €	1 247 539,93 €	1 247 688,43 €	1 252 303,43 €	1 253 519,39 €	1 311 188,89 €	1 330 632,79 €	1 412 194,83 €	1 421 912,81 €
Reservas Decorrentes da Transferência de Ativos	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	503 970,72 €	503 970,72 €	503 970,72 €	503 970,72 €	503 970,72 €	503 970,72 €
Total Reservas	10 505 752,80 €	10 601 239,78 €	10 653 261,08 €	10 741 632,07 €	10 818 088,37 €	10 818 236,87 €	11 326 822,59 €	11 328 038,55 €	11 385 708,05 €	11 405 151,95 €	11 486 713,99 €	11 496 431,97 €
Resultados Transitados	-18 553 193,73 €	-37 023 976,86 €	-44 464 774,98 €	-56 154 418,26 €	-69 729 005,71 €	-83 735 146,10 €	-86 764 757,74 €	-99 419 416,95 €	-102 271 820,29 €	-109 573 851,82 €	-122 684 685,55 €	-129 017 298,62 €
Resultado Líquido do Exercício	-8 565 964,05 €	-10 317 911,65 €	-11 896 316,36 €	-13 574 587,45 €	-14 006 140,39 €	-3 029 611,64 €	-12 364 659,21 €	-2 762 415,77 €	-7 302 031,53 €	-13 110 833,73 €	-4 773 115,42 €	-9 237 450,21 €
Total Capital Próprio	13 820 565,74 €	-6 306 678,01 €	-4 919 208,54 €	-18 198 751,92 €	-32 128 436,01 €	-35 157 899,15 €	-47 517 943,36 €	-50 569 143,17 €	-1 003 492,77 €	-14 094 882,60 €	-18 786 435,98 €	-20 758 316,86 €
Passivo												
Provisões												
Provisões para Riscos e Encargos	1 280 167,00 €	774 437,78 €	799 919,71 €	366 130,63 €	350 085,92 €	350 085,92 €	342 377,56 €	500 223,50 €	526 056,66 €	526 056,66 €	526 056,66 €	526 056,66 €
Total Provisões	1 280 167,00 €	774 437,78 €	799 919,71 €	366 130,63 €	350 085,92 €	350 085,92 €	342 377,56 €	500 223,50 €	526 056,66 €	526 056,66 €	526 056,66 €	526 056,66 €
Dívidas a Terceiros - Curto Prazo								45 777 949,42 €	11 994 612,58 €			
Adiantamento de Clientes, Utentes e Instituições do Minis	7 328,23 €	31 075,43 €	34 374,37 €	2 548 260,35 €	46 749 889,57 €	53 873 811,97 €	114 043 217,21 €	173 111 769,04 €	234 243 817,48 €	130 822 803,50 €	80 332 314,30 €	83 030 600,39 €
Fornecedores - Conta Corrente	9 761 815,73 €	5 411 009,94 €	17 494 002,35 €	29 040 431,63 €	40 390 848,60 €	43 156 262,96 €	40 183 578,81 €	38 841 668,59 €	34 916 871,81 €	17 328 292,52 €	21 395 652,45 €	30 626 817,65 €
Fornecedores - Faturas em Receção e Conferência	174,58 €	19 985,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Empréstimos Obtidos	0,00 €	17 782 771,24 €	11 122 050,58 €	11 122 050,58 €	11 122 050,58 €	11 122 050,58 €	11 122 050,58 €	11 122 050,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Fornecedores de Imobilizado - Conta Correntes	1 238 371,98 €	818 264,70 €	2 507 723,06 €	2 268 866,76 €	3 723 303,00 €	3 208 887,76 €	1 850 368,42 €	1 529 648,79 €	1 061 428,82 €	426 931,02 €	935 811,51 €	1 689 223,26 €
Estado e Outros Entes Públicos	1 020 963,38 €	1 229 367,45 €	1 202 790,66 €	1 193 647,09 €	1 169 012,82 €	1 218 660,87 €	1 323 169,84 €	1 114 377,31 €	594 723,05 €	22 651,13 €	1 111 694,14 €	948 149,67 €
Outros Credores	5 872 770,24 €	5 427 896,83 €	6 032 348,52 €	6 697 068,85 €	7 619 477,11 €	8 140 631,47 €	7 169 150,94 €	7 714 252,52 €	8 855 520,21 €	6 509 849,60 €	8 145 176,97 €	10 188 330,06 €
Total Dívidas a Terceiros - Curto Prazo	17 901 424,14 €	30 720 370,73 €	38 393 289,54 €	52 870 325,26 €	110 774 581,68 €	120 720 305,61 €	175 691 535,80 €	233 433 766,83 €	279 672 361,37 €	155 110 527,77 €	111 920 649,37 €	126 483 121,03 €
Acréscimos e Diferimentos												
Acréscimos de Custos	5 999 753,93 €	6 963 602,75 €	6 777 584,95 €	6 512 645,80 €	4 051 652,26 €	4 740 430,36 €	6 283 451,86 €	6 728 955,09 €	6 067 465,98 €	6 723 060,11 €	7 240 678,89 €	7 745 255,36 €
Proveitos Diferidos	5 055 904,67 €	4 630 480,95 €	1 557 627,66 €	1 417 364,38 €	4 482 139,48 €	4 478 472,82 €	3 765 489,67 €	3 094 935,51 €	2 453 172,98 €	2 999 951,08 €	2 669 894,44 €	2 045 058,89 €
Total Acréscimos e Diferimentos	11 055 658,60 €	11 594 083,70 €	8 335 212,61 €	7 930 010,18 €	8 533 791,74 €	9 218 903,18 €	10 048 941,53 €	9 823 890,60 €	8 520 638,96 €	9 723 011,19 €	9 910 573,33 €	9 790 314,25 €
Total do Passivo	30 237 249,74 €	43 088 892,21 €	47 528 421,86 €	61 166 466,07 €	119 658 459,34 €	130 289 294,71 €	186 082 854,89 €	243 757 880,93 €	288 719 056,99 €	165 359 595,62 €	122 357 279,36 €	136 799 491,94 €
Total dos Capital Próprio + Passivo	44 057 815,48 €	36 782 214,20 €	42 609 213,32 €	42 967 714,15 €	87 530 023,33 €	95 131 395,56 €	138 564 911,53 €	193 188 737,76 €	287 715 564,22 €	151 264 713,02 €	103 570 843,38 €	116 041 175,08 €

Fonte: Balanços do CHBV

Apêndice 3 – Colaboradores do CHBV

Tabela 8 - Evolução dos Colaboradores, por Categoria Profissional

Categorias profissionais	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV
Pessoal Dirigente	8	7	8	8	11	11	10	9	10	11	8
Conselho de Administração	10	8	9	7	6	5	5	5	5	5	5
Médicos	260	262	274	278	290	292	314	325	328	347	374
Técnicos Superiores de Saúde	14	19	21	23	23	22	22	21	21	20	18
Enfermeiros	603	623	677	645	662	626	618	610	655	659	698
Técnicos de Diagnóstico e de Terapêutica	96	106	104	107	100	94	92	89	94	109	116
Técnicos Superiores	19	16	22	20	17	16	17	16	18	19	21
Assistentes Técnicos/Administrativo	151	156	167	166	166	162	156	139	138	136	140
Assistentes Operacionais/Auxiliar e Serviços	362	401	447	420	407	362	341	300	358	358	368
Outros Profissionais	33	35	11	11	10	13	12	11	8	7	7
Total	1556	1633	1740	1685	1692	1603	1587	1525	1635	1671	1755

Fonte: Recursos Humanos do CHBV

Apêndice 4 – Doentes-Padrão e Rácios de Custos e Proveitos por Doente-Padrão

Tabela 9 - Relação entre Custos e Proveitos por Doente-Padrão

Rubrica	2007*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV					
Doentes-Padrão	27498	29877	30442	24106	24052	23277	26401	25726	27106	26739	27079
Custos Totais	82.363.708,64 €	88.838.944,14 €	93.617.038,75 €	92.890.538,92 €	87.051.052,64 €	80.623.292,94 €	79.042.431,85 €	75.849.672,10 €	79.545.497,99 €	82.067.359,08 €	86.986.279,35 €
Custos Totais Ajustados	82.363.708,64 €	88.838.944,14 €	93.285.156,84 €	92.655.495,69 €	88.504.371,20 €	82.152.426,67 €	80.522.795,39 €	77.677.585,38 €	79.510.715,87 €	81.879.880,30 €	86.492.405,30 €
Custos por Doente-Padrão	2.995,26 €	2.973,49 €	3.075,26 €	3.853,42 €	3.619,29 €	3.463,65 €	2.993,92 €	2.948,37 €	2.934,61 €	3.069,20 €	3.212,32 €
Custos Ajustados por Doente-Padrão	2.995,26 €	2.973,49 €	3.064,36 €	3.843,67 €	3.679,71 €	3.529,34 €	3.049,99 €	3.019,42 €	2.933,33 €	3.062,19 €	3.194,08 €
Proveitos Totais	73.797.744,59 €	78.521.032,49 €	81.720.722,39 €	79.315.951,47 €	73.044.912,25 €	65.229.022,06 €	76.280.016,08 €	68.547.640,57 €	66.450.664,26 €	77.310.243,66 €	77.763.829,14 €
Proveitos por Doente-Padrão	2.683,75 €	2.628,14 €	2.684,47 €	3.290,30 €	3.036,96 €	2.802,30 €	2.889,29 €	2.664,53 €	2.451,51 €	2.891,29 €	2.871,74 €

Fonte: Elaboração Própria

Apêndice 5 - Investimento

Tabela 10 - Evolução do Investimento

Rubrica	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Consolidado CHBV	Consolidado CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV	CHBV				
Despesas de Investigação e desenvolvimento	133.149,61 €	13.426,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Edifícios e outras construções	569.361,59 €	355.749,21 €	341.574,00 €	1.508.738,22 €	1.837.015,23 €	107.242,01 €	71.398,52 €	139.777,40 €	336.880,44 €	772.714,77 €	495.159,08 €
Equipamento Básico	1.313.324,82 €	1.287.690,12 €	2.849.544,20 €	2.079.095,57 €	3.901.267,66 €	330.371,45 €	375.852,98 €	350.538,92 €	451.391,38 €	821.414,60 €	856.323,17 €
Equipamento de Transporte	0,00 €	0,00 €	20.500,00 €	65.251,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4.258,53 €	0,00 €	44.649,00 €
Ferramentas e Utensílios	0,00 €	1.242,95 €	5.745,35 €	2.154,79 €	129,52 €	237,88 €	129,15 €	1.278,77 €	146,25 €	0,00 €	1.735,53 €
Equipamento Administrativo e Informática	625.966,14 €	229.281,25 €	847.589,87 €	405.206,28 €	869.983,51 €	144.569,80 €	75.147,12 €	91.857,62 €	93.703,64 €	101.572,74 €	540.455,79 €
Outras Imobilizações Corpóreas	153.406,90 €	4.996,10 €	176.772,12 €	26.370,46 €	47.549,51 €	4.450,82 €	10.609,98 €	316,73 €			36,90 €
Imobilizações em curso de imobilizações corpóreas	0,00 €	59.351,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €			0,00 €
Total Investimento	2.795.209,06 €	1.951.737,77 €	4.241.725,54 €	4.086.816,82 €	6.655.945,43 €	586.871,96 €	533.137,75 €	583.769,44 €	886.380,24 €	1.695.702,11 €	1.938.359,47 €
Autofinanciamento	2.795.209,06 €	1.798.092,32 €	3.119.278,25 €	2.613.726,12 €	4.297.934,53 €	586.871,96 €	533.137,75 €	583.769,44 €	886.380,24 €	1.695.702,11 €	1.889.359,47 €

Fonte: Elaboração Própria, através de Documentos Financeiros do CHBV

Apêndice 6 – Indicadores Financeiros

- Solvabilidade Total = $\frac{\text{Capital Próprio}}{\text{Passivo}}$
- Autonomia Financeira = $\frac{\text{Capital Próprio}}{\text{Ativo Total}}$
- Liquidez Geral = $\frac{\text{Ativo Corrente}}{\text{Passivo Corrente}}$
- Liquidez Reduzida = $\frac{\text{Ativo Corrente} - (\text{Inventários} + \text{Ativos Biológicos})}{\text{Passivo Corrente}}$
- Liquidez Imediata = $\frac{\text{Caixa} + \text{Depósitos} + \text{Ativos Financeiros com Liquidez}}{\text{Passivo Corrente}}$

Fonte: Fernandes, *et al* (2016, pp. 112-113; 117-118) e Neves (2012, pp. 249-253)