

Vera Cristina Azevedo Diniz

A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses

O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.

Fevereiro de 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Vera Cristina Azevedo Diniz

**A Influência das Políticas de Financiamento no
Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais
Públicos Portugueses**

O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.

Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Finanças
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Prof. Doutora Susana Jorge e Prof. Doutor Vítor Raposo

Coimbra, fevereiro de 2013

À minha filha Ariana

Agradecimentos

Ao terminar uma etapa tão importante, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização deste estudo de investigação fosse possível.

Em primeiro lugar, gostaria de deixar um agradecimento muito especial à minha orientadora, Professora Doutora Susana Jorge, pela intensa orientação e dedicação que devotou a este trabalho de investigação, muito para além das suas funções, e ao coorientador, Professor Doutor Vítor Raposo pelas análises críticas que desenvolveu e que acrescentaram valor a este estudo. A orientação de alto valor acrescentado traduziu-se numa mais-valia efetiva, sendo por isso merecedores do meu sincero e profundo agradecimento.

Não poderia deixar também de agradecer à coordenação deste mestrado, nas pessoas da Professora Doutora Ana Maria Rodrigues e Professora Doutora Maria Elisabete Ramos, que para além do incentivo ao desenvolvimento, pessoal e profissional, dos mestrandos, têm procurado, numa ótica de melhoria contínua, desenvolver um mestrado de referência com uma equipa de docentes altamente qualificados.

Os meus agradecimentos são também extensivos a todos os meus amigos e colegas de trabalho, que sempre me apoiaram e me fizeram acreditar que era capaz de cumprir mais este desafio. Dirijo-me não apenas aos que me acompanharam nesta caminhada (em especial à Sandra Lopes) mas também a todos aqueles que de cuja companhia me privei.

Por fim, mas naturalmente não por último, estou grata à minha família, nomeadamente aos meus pais e à minha irmã que são os alicerces da minha vida e que diariamente dignificam o conceito de família, nunca tendo deixado de acreditar em mim ou me apoiar.

À minha filha, a maior dádiva da minha vida e que nasceu no decurso deste mestrado, apresento as minhas sinceras desculpas por qualquer ausência, embora tenha tentado retribuir-lhe todo o amor e alegria que dela tenho recebido.

A vida sem reflexão não merece ser vivida.

Sócrates

Viva como se fosse morrer amanhã e aprenda como se fosse viver para sempre.

Gandhi

Os sistemas de saúde, nos nossos dias, cobrem, simultaneamente, vários aspetos porque são: uma fonte de diferenciação institucional na sociedade, assumindo funções que, no passado, eram desempenhadas pelo indivíduo e pela família; um conjunto de organizações complexas em expansão, com diferentes estruturas de poder; a origem de rendimento e de emprego para um conjunto de gestores profissionais e de técnicos que funcionam no interior de uma complexa divisão de trabalho; o canal que mobiliza, troca e redistribui, grandes quantidades de dinheiro, público e privado; um foco de inovação tecnológica e um lugar privilegiado para o cidadão comum, estabelecer um contacto pessoal com a ciência; um vigoroso setor da economia, com efeitos importantes nas variáveis macroeconómicas, como produtividade, inflação, procura agregada, emprego e competitividade; um campo para luta política entre partidos, grupos de interesses e movimentos sociais; um conjunto de sentidos culturais para a interpretação de aspetos fundamentais da experiência humana, como o nascimento e a morte, a dor e o sofrimento, a normalidade e a diferença; um espaço no qual muitas das questões éticas essenciais dos nossos tempos são postas e, algumas vezes, resolvidas.

FRENK (1994, apud CRES, 1998)

RESUMO

O setor da saúde ocupa um espaço muito visível na nossa sociedade e tem assumido uma cada vez maior importância na economia.

Por sua vez, o financiamento da saúde tem constituído um dos principais objetos de análise, no contexto nacional e internacional, face ao crescimento dos gastos com a saúde a um ritmo superior ao do crescimento económico. Sendo certa a inexistência de modelos ideais para o financiamento da saúde, é clara a necessidade de os debater, com o fim último de «diagnosticar» alternativas mais eficientes, quer do ponto de vista do impacto no cidadão, quer no que concerne à própria sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Os últimos vinte anos dos sistemas de saúde dos países ocidentais caracterizaram-se por um movimento generalizado de reformas, na procura de uma maior eficiência, as quais se têm sobretudo caracterizado pela introdução de «mecanismos de mercado» no modelo de funcionamento dos prestadores e na sua relação com os financiadores. A contratualização foi uma das reformas introduzidas durante o processo de «empresarialização» das unidades hospitalares, possibilitando uma afetação dos recursos mais «orientada para o mercado», através da separação dos agentes financiador-prestador e da maior responsabilização das estruturas através da assunção de compromissos explícitos.

Assim sendo, esta investigação estuda o processo de implementação e desenvolvimento da contratualização em Portugal, no contexto de reformas do Serviço Nacional de Saúde e dos modelos de financiamento, analisando-se o impacto da contratualização (em termos de execução do contrato-programa) no desempenho económico-financeiro dos hospitais EPE.

Os principais resultados permitem concluir que, em Portugal: o desempenho económico-financeiro dos hospitais EPE apresentou-se significativamente mais desfavorável após a implementação da contratualização; a evolução do desempenho económico-financeiro não se encontra associada à evolução do grau de execução do contrato-programa; e este último, por sua vez, não apresentou uma tendência de melhoria ao longo do período em análise.

Palavras-chave: sistemas de saúde; financiamento; reformas; contratualização; desempenho económico-financeiro.

ABSTRACT

The Health Sector holds a noticeable space in our society and has increasingly assuming importance in the economy.

In turn, the way health is financed has been one of the main issues under debate, both in the national and the international context, in face of health expenses increases at a rhythm higher than economic growth. Even if there are no ideal models to health financing, it is clear the need to debate these issues, with the purposes of «making a diagnosis» to find more efficient alternatives, both from the perspective of the impact to citizens and in what regards sustainability of health systems themselves.

The last twenty years of the health systems in western countries have been characterised by a general reformative movement searching for greater efficiency, which has mainly been distinguished by introducing «market mechanisms» in the providers functioning model as well as in their relationship with financers. Contracting was one of the reforms introduced with the «entrepreneurisation» of hospitals, allowing for resources allocation in a «more oriented to the market» way, through separation between financer-provider agents and better accountability from structures while assuming explicit commitments.

Therefore this research studies the process of implementation and development of contracting in Portugal, within the context of reforms of the National Health System and of the financing models, analysing the impact of contracting (in terms of accomplishment of the programme-contract) on the economic-financing performance of EPE hospitals.

Main results allow concluding that, in Portugal: hospitals EPE economic-financial performance became significantly less favourable after contracting implementation; the evolution of economic-financial performance is not associated with the programme-contract accomplishment degree; and the latter, in turn, did not present an improvement trend along the analysed period.

Keywords: health systems; financing; reforms; contracting; economic-financial performance.

Sumário

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. SISTEMAS DE SAÚDE E MODELOS DE FINANCIAMENTO	6
2.1.1. SISTEMAS DE SAÚDE	6
2.1.2. MODELOS DE FINANCIAMENTO	8
2.1.3. REFORMAS EM SAÚDE: PORTUGAL NA EUROPA	13
2.1.4. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	24
2.2. CONTRATUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	28
2.2.1. CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE EM PORTUGAL	30
2.2.2. O CONTRATO PROGRAMA: METODOLOGIA, TERMOS, ASPETOS OPERACIONAIS E SUA AVALIAÇÃO	34
2.2.3. CONTRATUALIZAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR: FATORES CRÍTICOS E PERSPETIVAS FUTURAS	42
2.3. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO DOS HOSPITAIS	45
CAPÍTULO III: ESTUDO EMPÍRICO	53
3.1. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	54
3.2. METODOLOGIA	55
3.2.1. DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	55
3.2.2. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	57
3.2.2.1. INDICADOR DE DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO DOS HOSPITAIS (IDEFH)	59
3.2.2.2. GRAU DE EXECUÇÃO DO CONTRATO PROGRAMA (GECP)	65
3.2.3. ANÁLISE DOS DADOS	67
3.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	69
3.3.1. ANÁLISE DESCRITIVA DO IDEFH	70
3.3.2. ANÁLISE BI-VARIADA	81
3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	88
CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

LEGISLAÇÃO.....	105
SÍTIOS WEB.....	105
APÊNDICES	107
APÊNDICE 1: LISTAGEM DE HOSPITAIS TRANSFORMADOS EM EPE.....	109
APÊNDICE 2: EVOLUÇÃO DOS SUB-INDICADORES DO IDEFH (VARIÁVEIS NÃO HOMOGENEIZADAS).....	113

Capítulo I: Introdução

A saúde continua a ser um direito garantido a todos os portugueses pela Constituição da República Portuguesa (CRP). Nos termos da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços (alínea b) da Base II).

O setor da saúde ocupa por isso, um espaço muito visível na nossa sociedade, quer em termos económicos, quer sociais. O acelerado ritmo de crescimento das despesas com a saúde, que tem assumido uma cada vez maior importância¹, e a procura de equidade no acesso aos cuidados de saúde, sem prejuízo da qualidade como condição primária, criaram a necessidade aos governos de repensarem as suas políticas de saúde, tendo levado, naturalmente, a reformas dos sistemas ou, pelo menos, ao debate, quer na vertente da eficiência dos serviços, quer em termos de efetividade dos resultados.

Os decisores políticos têm sido confrontados, neste setor, com objetivos contraditórios, em que por um lado, a evolução demográfica exige cada vez mais dos sistemas de saúde, e por outro, a inovação tecnológica ocorre a um ritmo tão acelerado e em áreas tão diversificadas que se torna difícil garantir que as respostas dadas à população são as mais adequadas às suas necessidades (Valente, 2010). Para além da finalidade nobre dos sistemas de saúde, que é a de contribuir decisivamente para os ganhos em saúde, espera-se, também, que a ação pública na saúde contribua para a diminuição das desigualdades dos resultados em saúde e para a redução das desigualdades no acesso a tratamentos (Campos, 2007).

A perceção geral de que o setor da saúde é diferente dos outros tem levado, porém, à presunção de que o raciocínio económico não se aplica neste setor, sendo vulgar ouvir dizer-se que «a saúde não tem preço» (Barros, 2005), o que por si só tem conduzido a constrangimentos acrescidos à implementação de reformas, relativamente a outros setores da Administração Pública. No entanto, apesar das especificidades deste setor, nomeadamente a ausência de fins lucrativos, as entidades prestadoras de cuidados de saúde

¹ Os gastos em saúde, em Portugal, tal como nos países da União Europeia e da OCDE, têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao PIB.

são agentes económicos racionais, que poderão ter um comportamento em tudo semelhante a outros, procurando obter excedentes para aplicação noutros fins coincidentes com o interesse geral da sociedade (Barros, 2005).

É consensual a constatação de alguma ineficiência associada não apenas ao desperdício dos recursos afetados à saúde, mas também ao subaproveitamento dos recursos e da capacidade instalada nas unidades de saúde (Rego, 2011). Segundo o Tribunal de Contas, existem importantes ineficiências que a nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS) determinam desperdícios em meios financeiros que corresponderão a cerca de 25% dos meios disponíveis (OPSS, 2006), sendo, portanto, questionável a sua sustentabilidade económica e financeira e a viabilidade dos modelos aplicados.

Além disso, a oferta hospitalar portuguesa é um dos mais significativos ativos e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um Serviço Nacional de Saúde de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente por parte dos cidadãos (preâmbulo do Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro, referente à metodologia do contrato-programa para 2013).

Num espaço económico e social relativamente homogéneo como é o caso da União Europeia, identificam-se três objetivos centrais nas políticas de saúde: a) equidade, em que os cidadãos devem ter acesso a um conjunto mínimo de cuidados de saúde e a um nível qualidade em função das necessidades efetivas e não mediante o rendimento; b) eficiência técnica, procurando maximizar os resultados e o nível de satisfação dos seus consumidores ao custo mínimo; e c) eficiência económica ou distributiva, a qual se prende com o dever dos sistemas de saúde consumirem a parte adequada ou estritamente necessária do PIB, pelo que deverão ser utilizados os mecanismos apropriados para limitar a despesa (Campos e Simões, 2011)

Seguindo a tendência europeia, assistimos em Portugal a esforços no sentido de clarificar o papel do Estado prestador e do Estado financiador, promovendo a adoção de boas práticas de gestão e uma maior responsabilização das estruturas regionais de administração através da realização de compromissos explícitos entre todos os *stakeholders* (OPSS, 2009).

A emergência da contratualização, associada ao processo de «empresarialização dos hospitais», tem vindo a ser defendida pelo OPSS como um instrumento fundamental para

atingir uma utilização mais eficiente dos recursos e se alcançarem melhores resultados em saúde. Para além disso, constitui uma ferramenta que, através da separação financiador-prestador, introduzirá maior transparência e rigor ao sistema, com ganhos aos níveis da prestação de contas, e poderá potenciar uma maior responsabilização e promover uma avaliação mais efetiva e rigorosa do sistema (OPSS, 2009; Ferreira *et al.*, 2010).

No entanto, a contratualização num mercado (o da saúde), que por si só é de grande complexidade, apresenta forçosamente múltiplos constrangimentos. O processo de contratualização tem padecido de algumas fragilidades, as quais derivam de aspetos estruturais que não têm permitido uma evolução tão rápida quanto o desejável e que decorrem em grande medida da descontinuidade das políticas, da capacidade de influência dos grupos de pressão, da desvalorização do conhecimento e da evidência como base de tomada de decisão, a que se alia a fragilização do planeamento e do estabelecimento de prioridades (OPSS, 2009).

Em última análise, a questão da eficiência e da eficácia do SNS, mais do que uma questão meramente económica, torna-se uma questão ética, tendo em conta que se o SNS não for eficiente, não contribui para ganhos em saúde e jamais poderá ser justo (Campos, 2007). "A ineficiência tem custos sociais elevados e irreversíveis" (Campos, 2007:11).

A relevância de medir o desempenho e a eficiência das unidades prestadoras de cuidados de saúde, no atual contexto de escassez de recursos, tem conseqüentemente gerado novos desenvolvimentos no âmbito da investigação científica. Em particular, o aparecimento de vários estudos empíricos cujo fim último é avaliar o nível de desempenho hospitalar e analisar em que medida determinado tipo de variáveis, endógenas e exógenas, influenciam esse nível de desempenho (Rego, 2011).

Este estudo tem como objetivo central determinar se a implementação da contratualização no contexto hospitalar promoveu um melhor desempenho económico-financeiro dos hospitais públicos portugueses, particularmente dos hospitais EPE, recorrendo para isso a uma análise profunda de todo o processo e em especial dos contratos-programa e seu cumprimento. Dos seus contributos, há a realçar a construção de indicadores compósitos para análise do desempenho económico-financeiro dos hospitais e do grau de execução dos contratos-programa, para além da análise profunda realizada sobre esta temática, revestindo o estudo de significativa relevância e inovação.

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos, além da introdução. O segundo, intitulado de enquadramento teórico, encontra-se subdividido em três partes: numa primeira são abordados os sistemas de saúde e modelos de financiamento presentes nos países europeus e as reformas do sistema de saúde português, no geral, e do SNS em particular, para além da sua breve caracterização; na segunda parte é apresentado o processo de contratualização em saúde em Portugal e a evolução da metodologia dos contratos-programa, para além de uma abordagem sucinta a fatores críticos e perspetivas futuras relativas a este processo; por fim, a terceira e última parte deste capítulo aborda o tema do desempenho económico-financeiro em contexto hospitalar, apresentando alguns dos indicadores comumente utilizados por organismos em Portugal.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia adotada mostrando alguns fundamentos teóricos para a formulação de um modelo consistente, para além dos objetivos e questões de investigação subjacentes a este estudo. Especifica ainda a amostra e as variáveis construídas, bem como os testes estatísticos desenvolvidos para responder às questões apresentadas, e efetua uma apresentação e discussão dos resultados obtidos.

O documento termina com uma secção onde se efetua uma síntese conclusiva, apresentando ainda algumas limitações do estudo e deixando algumas recomendações para estudos futuros.

Capítulo II: Enquadramento Teórico

O financiamento da saúde constitui um dos problemas mais relevantes que se colocam nos países da OCDE, seja qual for o seu modelo de sistema de saúde.

Sendo certo que não existem modelos ideais para o financiamento da saúde, é clara a necessidade de debater e aprofundar o conhecimento nesta área e rever alguns aspetos do financiamento da saúde com o fim último de «diagnosticar» alternativas mais eficientes, quer do ponto de vista do impacto no cidadão (nomeadamente no acesso e qualidade dos serviços), quer no que concerne à própria sustentabilidade do SNS.

Fatores como as alterações demográficas, o *empowerment* dos cidadãos, o fenómeno da escassez de recursos, a procura de maior eficiência e o próprio desenvolvimento tecnológico, determinam que o setor da saúde seja um palco de constantes desafios que implicam mudanças e ações com consequências no seu desenvolvimento futuro, respeitantes à cobertura, universalidade, saúde e sustentabilidade económica e financeira (OPSS, 2009).

Os modelos de financiamento da saúde têm sido, por isso, objeto de análise por parte das organizações internacionais que têm estudado os sistemas de saúde, as quais têm manifestado uma séria preocupação com o crescimento dos gastos em saúde e tentam identificar os fatores que estão na origem dessa situação (Campos e Simões, 2011).

Devido à progressiva desproporção entre o crescimento de gastos e de recursos, os governos viram-se obrigados a conduzir políticas de contenção de custos, através da limitação de recursos públicos e formas de controlo. Campos e Simões (2011) apresentam-nos algumas destas medidas:

- A limitação de recursos públicos pode ocorrer através do crescimento dos copagamentos ou redução do número de exceção aos mesmos, do racionamento, do incremento do papel dos seguros voluntários de saúde e do desenvolvimento de formas alternativas à hospitalização;
- Em termos de formas de controlo, os autores realçam - controlo sobre os honorários, controlo dos *inputs* (nomeadamente salários, pessoal e despesas de capital), controlo das camas hospitalares, introdução de *guidelines* nas terapêuticas, introdução do sistema de preços de referência (que delimita um nível máximo de participação da

entidade pagadora, acima do qual será pago pelo consumidor) e controlo do tempo de internamento, promovendo-se alternativas à hospitalização.

Neste capítulo procuraremos percorrer os temas que estão na linha de condução deste estudo - sistemas de saúde, financiamento, contratualização e desempenho económico financeiro-, de forma a promover um enquadramento dos mesmos no contexto português e estimular a análise crítica do desenho metodológico adotado e dos resultados obtidos neste estudo de investigação.

2.1. Sistemas de Saúde e Modelos de Financiamento

Os modelos de sistemas de saúde que hoje existem nos países da OCDE decorrem, em larga medida, das respostas que os governos e a sociedade foram encontrando para alcançar objetivos sociais, em particular a melhoria dos ganhos em saúde. A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e as reformas implementadas em muitos países são hoje o resultado de alterações significativas nas políticas para responder às expectativas de cidadãos, cada vez mais exigentes nos níveis de qualidade e conscientes dos seus direitos (enquanto cidadãos, contribuintes e utentes), e às dificuldades dos governos confrontados com o ritmo crescente e preocupante dos gastos em saúde, num contexto de severas restrições orçamentais.

2.1.1. Sistemas de Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza uma definição de sistema de saúde muito ampla que compreende "todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção de saúde" (WHO, 2000 *apud* Simões, 2004a: 40).

Os atuais sistemas de saúde desenvolveram-se a partir de dois grandes modelos - o *bismarckiano* e o *beveridgeano* -, obrigando empregadores e empregados a descontar para seguros de doença, numa combinação de prestadores públicos e privados.

O Modelo de *Bismarck* foi desenvolvido pelo Chanceler Bismarck na Alemanha, fundado no seguro social em que o acesso é universal mas sustentado no esforço contributivo dos salários e dos empregadores (acesso condicionado pela situação de emprego). A Alemanha adotou assim, em 1883, uma lei inovadora em todo o mundo,

instituindo o primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado, que obrigou os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença em favor dos trabalhadores mais pobres, alargada num segundo momento a trabalhadores com rendimentos mais elevados (Simões, 2004a). Este modelo foi adotado e adaptado por outros países, nomeadamente Áustria, Holanda e Suíça (Escoval, 2003). Segundo Harfouche (2008), no modelo de Bismarck a contratualização tem feito parte dos sistemas de saúde desde o início.

O Modelo de *Beveridge* foi apresentado pela primeira vez em 1942 em Inglaterra e apresenta quatro princípios básicos: o acesso universal, a inclusão de todos os tratamentos, a gratuitidade e o financiamento pelo orçamento geral do Estado. Além disso, assenta num sistema público, financiado pelos impostos e em que o direito à saúde é independente do trabalho e do emprego o que corresponde aos conhecidos serviços nacionais de saúde (Escoval, 2003).

Alguns países da OCDE (*e.g.* França, Bélgica e Japão) apresentam um modelo misto, que, embora inspirado no sistema *bismarckiano*, associa o princípio do seguro obrigatório à proteção social, abrindo-se em numerosas prestações, não contributivas aos mais desfavorecidos (Escoval, 2003).

De acordo com Escoval (2003), as características predominantes dos sistemas de saúde europeus na década de 1980 eram: a universalidade de acesso, a existência de fundo público de financiamento, através de recursos fiscais ou ampliação do seguro social, a gratuitidade no ponto de utilização e a inexistência de mecanismos de copagamento. Este padrão organizacional viu contudo "a sua legitimidade enfraquecida durante a década em análise pelo impacto negativo que gerou sobre as contas nacionais ao «medicalizar» os orçamentos públicos" (Escoval, 2003:32). "Fruto da pressão social sentida e da necessidade de dar resposta aos crescentes problemas de eficiência [...] houve que recorrer a novas combinações das características dos modelos de Bismarck e de Beveridge, adotando para o tradicional sistema de saúde mecanismos típicos do sistema de mercado" (Harfouche, 2008:61).

O modelo de mercado está, por sua vez, organizado a partir da capacidade de compra do seguro de saúde pelos indivíduos e empresas, cujo acesso depende da capacidade de consumo do cidadão/utilizador. Os EUA, são o país que mais longe foi neste tipo de organização, pois apresenta um sistema misto de seguros sociais e privados, em que

se justapõem sistemas concorrentes que exprimem as escolhas sociais do Estado (Escoval, 2003).

Perante a diversidade e complexidade de resultados e fatores, torna-se muito complexa a avaliação de um sistema de saúde, pelo que de acordo com o *World Health Repport 2000*, é necessário ter em consideração o nível geral de saúde; a distribuição da saúde na população, o nível geral de resposta, a distribuição da resposta e a repartição da contribuição financeira (Simões, 2004a).

2.1.2. Modelos de Financiamento

O debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde assenta em duas grandes questões- a sustentabilidade, por um lado, e a equidade, por outro. Não se pode ignorar a importância de outros atributos como a efetividade, a eficiência e a qualidade, mas sem sustentabilidade os sistemas não podem funcionar e sem equidade perdem a sua razão de ser (Campos e Simões, 2011:44).

Podem identificar-se, nos países da OCDE, três modelos de financiamento, ou de pagamento, dos cuidados de saúde:

1) O **sistema de seguro privado voluntário**, que cobre indivíduos ou grupos, sendo os prémios fixados em função das características do risco. Somente em dois países - EUA e Suíça - os seguros privados cobrem os mais importantes riscos de saúde para a maioria da população, embora na Suíça as seguradoras estejam sujeitas a um apertado controlo para que a avaliação do risco seja coletiva e não individual. Na maior parte dos outros países da OCDE, os dispositivos privados podem ainda desenvolver a função de complemento das respostas públicas: a população pode subscrever um seguro privado complementar para cobrir o copagamento exigido pelo sistema público, para beneficiar de tratamento privado, ou para encontrar resposta para riscos não cobertos pelo seguro público (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a).

2) O **sistema de seguro social**, obrigatório e «universal», que funciona no âmbito de caixas de seguro-doença, em regra geridas por entidades sociais, mas submetida à supervisão de organismos públicos. Estas seguradoras sociais realizam uma «mutualização» dos riscos e os prémios são normalmente fixados em função dos rendimentos, sendo a disparidade de cobertura dos riscos por vezes compensada com a intervenção dos governos. A inscrição é obrigatória em certos casos, em regra por baixos rendimentos, e o sistema cobre, em muitos países, praticamente toda a população. Em

regra, estas seguradoras organizam-se em volta de uma profissão, de um setor de atividade, de uma confissão religiosa, ou numa base geográfica (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a).

3) O **financiamento por imposto**, que se pode organizar de dois modos: integrado - em que o financiamento e a prestação são assegurados por um único organismo público que recebe do orçamento do Estado as verbas de que necessita; e contratualizado- em que a prestação de cuidados é realizada por serviços estatais ou por entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autónomo (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a; Simões, 2004b). Quando o financiamento é feito através de impostos gerais, a contribuição para a saúde tende a ser progressiva, refletindo o desenho do sistema fiscal, tendo em conta que indivíduos com elevados rendimentos pagam proporcionalmente mais, existindo uma preocupação explícita em assegurar a equidade na distribuição dos esforços da população (Campos e Simões, 2011).

Relativamente à prestação de cuidados, podem também, identificar-se, nos países da OCDE, três sistemas distintos: 1) o sistema de reembolso, no qual os prestadores são pagos pelos serviços fornecidos aos consumidores; 2) o sistema de contrato, ou convenção, que implica um acordo entre os terceiros pagadores e os prestadores de cuidados, e no qual são fixadas as condições de pagamento dos serviços; 3) e o sistema integrado, no qual o mesmo organismo exerce as suas competências, quer no financiamento, quer na prestação de cuidados.

No que respeita ao sistema de reembolso, o pagamento pode ser efetuado diretamente pelo doente, que é reembolsado parcial ou totalmente por um seguro, ou por uma entidade seguradora que se responsabiliza pelo pagamento (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a).

No sistema de contrato, por sua vez, em contraste com o sistema anterior, o pagador pode exercer um largo poder de controlo do nível total da despesa, o que tem representado, em regra, a fórmula encontrada pelos sistemas de seguro social para o controlo do crescimento da despesa no setor. O financiamento dos hospitais, através de uma diária ou de um sistema de classificação de doentes, realiza-se, normalmente no quadro de um orçamento prospetivo ou de teto global. Quando os serviços contemplam pré-pagamento, o consumidor só poderá escolher os prestadores com os quais o financiador tem uma prévia

relação contratual, obedecendo aos princípios de economia de gastos fixados pelo sistema (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a).

O sistema integrado, no qual o mesmo organismo exerce simultaneamente as competências de financiador e prestador, o pessoal é, em regra, assalariado e o financiamento dos hospitais é assegurado por dotação global (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a).

Segundo Campos e Simões (2011) alguns dos países com sistemas de saúde financiados por impostos estão, desde 1990, não só a utilizar mecanismos típicos de mercado no funcionamento das unidades públicas, como a promover a competição entre elas e com unidades privadas, num ambiente de separação das entidades pagadoras e prestadoras de cuidados. Esta tendência tem-se traduzido no abandono progressivo do modelo integrado a favor de um modelo de contrato (Campos e Simões, 2011).

No que concerne às formas de financiamento de hospitais, podem considerar-se quatro formas principais nos Estados membros da União Europeia (Barros e Gomes, 2002; Simões, 2004b; Campos e Simões, 2011):

- Orçamentos prospetivos baseados fundamentalmente na despesa histórica (Dinamarca, Grécia e França);
- Orçamentos prospetivos baseados nas atividades ou nas funções dos hospitais (Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Holanda e Portugal);
- Orçamentos prospetivos combinados com pagamentos de atividades; neste caso, a despesa do hospital é parcialmente fixa e parcialmente não é orçamentada (Bélgica, Espanha e Áustria);
- Pagamentos associados às atividades, que podem ser baseados no *case-mix*² (Suécia e Itália) ou em pacotes de serviços hospitalares (Reino Unido e Finlândia).

Relativamente a sistemas de pagamento aos prestadores, Sousa (2010) defende que um sistema de pagamento ideal deve induzir os prestadores a entregar serviços de alta

² O índice de *case-mix* (ICM) é um coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos de complexidade da sua casuística. O ICM define-se como o rácio entre o número de equivalentes de cada GDH, ponderados pelos respetivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital. O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, um peso relativo de 1. O ICM nacional é por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada unidade de saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional (Ver Circular Normativa n.º 3 de 08/04/2008- disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/CN3_2008.pdf).

qualidade, respondendo às necessidades dos utentes com um elevado grau de eficiência técnica.

Os sistemas de pagamento subdividem-se em retrospectivos, prospetivos e ainda sistemas associados ao desempenho.

Nos sistemas de pagamento retrospectivos os modelos de pagamento correntemente praticados são o pagamento baseado no ato (o número de atos determina o nível de recursos disponibilizados ao hospital), o pagamento por diária (em dias por doente/utente) e o pagamento por caso clínico. Neste último, a variabilidade de problemas ou patologias tratadas por hospital leva habitualmente a que o pagamento inclua uma componente de ajustamento para o *case-mix*. No entanto, estes modelos configuram um potencial (e desnecessário) incentivo à multiplicação dos atos, ao prolongamento de internamentos, e para Barros e Gomes (2002) apresentam a desvantagem de ser um sistema «aberto no fim» que oferece aos prestadores um «cheque em branco» para encorajar a procura se estes o quiserem.

Segundo Barros (2005), os hospitais têm sido tradicionalmente pagos com base em orçamentos baseados nos seus custos históricos, o que essencialmente configura um sistema de reembolso de custos.

Contudo, existe uma clara (e progressiva) tendência, nos países da União Europeia, para a substituição do sistema de pagamento retrospectivo das atividades pelo estabelecimento de orçamentos prospetivos (Campos e Simões, 2011) em grande parte devido à espiral crescente dos custos hospitalares e a necessidade imperativa do seu controlo. Estes procuram acima de tudo oferecer incentivos aos hospitais para uma maior poupança de recursos na relação custo-eficácia, através da conceção de orçamentos globais para um determinado período de tempo (Harfouche, 2008).

Por outro lado, os sistemas de pagamento prospetivo podem induzir a seleção adversa, conduzindo à preferência pelo tratamento de utentes que se configurem mais rentáveis em detrimento dos restantes. Além disso, podem conduzir a menor motivação por parte dos profissionais e reduzir a qualidade do atendimento (Harfouche, 2008; Barros e Gomes, 2002).

Para Barros (2005), o pagamento por reembolso tem como propriedades dar baixo incentivo à procura de eficiência na afetação dos recursos e isolar o hospital de incerteza

financeira, enquanto o pagamento prospetivo incentiva a procura de eficiência mas introduz incerteza financeira no hospital.

Um dos princípios básicos da discussão de sistemas contratuais de pagamento a hospitais prende-se com o conflito que existe entre obtenção de elevados níveis de qualidade e incremento no esforço exigido em termos de redução de custos por parte da gestão hospitalar. É a este nível que se centram também as discussões em torno dos sistemas de pagamento. Por um lado, o sistema de reembolso incentiva implicitamente o incremento dos custos, através do aumento da qualidade ou por meio de desperdícios ou ineficiência, entre outros, como forma de obter maior remuneração. Por outro, um sistema de pagamento de preço fixo (sistema prospetivo), fornece incentivos a manter os custos baixos, mesmo que tal seja obtido com a redução da qualidade (Barros, 2005).

Se por um lado, o modelo de pagamento por orçamento global permite limitar o crescimento das despesas hospitalares, incentivando fortemente a eficiência, por outro o desafio associado ao mesmo decorre da capacidade do pagador em fazer cumprir o orçamento global (Harfouche, 2008). Na procura pela eficiência, os países com sistemas de pagamento prospetivo incluem incentivos positivos sob a forma de prémios financeiros diretos, os quais são utilizados para além dos sistemas de pagamento existentes (capitação ou salário) para encorajar uma linha de ação particular (Sousa, 2010).

Não obstante, é, em geral, difícil prever o resultado de incentivos económicos. Por exemplo, o estudo de Hughes e Yule (1992 *apud* Sousa, 2010) sobre o efeito das alterações nas taxas pagas os médicos de clínica geral britânicos (nos serviços de maternidade e de citologia cervical) ao longo de 22 anos, mostra que as alterações anuais nas taxas não influenciaram a quantidade de serviços prestados. Barros (2002) defende inclusive que a análise das várias reformas dos sistemas de pagamento parece apresentar um diagnóstico comum: a necessidade em reduzir os incentivos perversos encontrados nos modelos de pagamento retrospectivo e prospetivo.

No que respeita aos sistemas de pagamento associados ao desempenho, em geral os problemas de contenção de custos dos pagamentos retrospectivos e a baixa motivação dos profissionais com sistemas de pagamento prospetivos têm dado origem a uma tendência, por parte dos países da União Europeia, na adoção de sistemas de pagamentos mistos, combinando incentivos para o desempenho e controlo dos custos (Barros e Gomes, 2002).

No caso de Portugal, os aspetos cruciais a considerar na definição do sistema de pagamento aos hospitais, de acordo com Barros (2005), são:

a) **Incerteza da procura**, acrescida no caso do hospital se encontrar inserido numa área geográfica onde existam opções concorrentes, públicas ou privadas. Esse elemento leva à inclusão de uma componente de partilha de risco, por via de reembolso de parte dos custos, ou por via de um pagamento mínimo realizado pelo pagador.

b) Num sistema misto de pagamento, há ainda que considerar: **a inclusão ou não de montante fixo independente do nível de atividade**, para além da componente prospetiva por doente/utente ou episódio de tratamento; e **o tipo de provisões contratuais a incluir** para garantir à entidade pagadora que os custos reportados correspondem aos efetivamente suportados.

c) Com o desenvolvimento dos GDH's (Grupos de Diagnóstico Homogéneos)³, o pagamento por episódio tornou-se relativamente fácil, sendo a grande questão o **valor definido para os GDH's**, tendo em conta que há riscos de preços politicamente determinados, não correspondendo aos custos subjacentes.

d) O pagamento por GDH's levanta a questão do pagamento dos custos de manutenção e reparação das infra-estruturas, sendo útil **a separação**, no sistema de pagamento, **entre a componente destinada a financiar aspetos de infra-estrutura e para custear a atividade hospitalar corrente**.

Os mecanismos de pagamento mistos porventura têm muito para ser recomendados mas a experiência dos anos recentes sugerem que o problema não pode ser resolvido recorrendo apenas a mecanismos de pagamento (Sousa, 2010).

2.1.3. Reformas em Saúde: Portugal na Europa

A inexistência de um modelo de sistema de saúde que seja claramente melhor e para o qual todos os países devem evoluir, parece consensual. Contudo, é comum, designadamente aos Estados membros da UE a preocupação com o aumento dos custos globais (e suas implicações) comparativamente à riqueza produzida por cada país, seja qual

³ Os *Diagnosis Related Groups*, sistema que atualmente vigora em Portugal, ficaram conhecidos por Grupos de Diagnóstico Homogéneos e podem definir-se como «um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos no hospital» (Bentes *et al.*, 1996 *apud* Santana, 2005).

for o modelo adotado. Paralelamente, as outras vertentes do sistema, tão ou mais importantes que os custos, tais como a qualidade dos serviços prestados e a cobertura total da população, têm sido tidas em conta aquando da definição e implementação de novas políticas de saúde.

Com início nos anos oitenta do século passado desenvolveram-se em muitos países da Europa processos de reforma dos sistemas de saúde, tendo esta expressão sido utilizada para designar "as iniciativas de inovação organizacional dos sistemas de saúde de quase todos os países nos últimos trinta anos" (Escoval, 2003:29).

De acordo com Campos e Simões (2011), os sistemas de saúde são influenciados pelos valores da sociedade e por dois tipos de fatores: um vasto conjunto de aspetos políticos, económicos e sociais, que lhes são exteriores mas que funcionam como seu contexto; e um segundo fator decorre do próprio funcionamento do sistema de saúde, dos seus recursos, da forma ou do processo como se combinam e dos resultados na saúde das populações. Relativamente ao segundo fator, "as desigualdades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, o crescimento dos gastos globais e a eficiência microeconómica constituem algumas das principais preocupações" (Campos e Simões, 2011:70).

Para Escoval (2003) as primeiras reformas da saúde foram estimuladas pelo imperativo macroeconómico de controlo das despesas públicas no setor da saúde, embora a partir do início dos anos noventa, as reformas tenham tido subjacentes os incentivos à criação de um ambiente institucional promotor de melhoria de eficiência dos prestadores, públicos ou privados, ao menor custo.

A matriz ideológica não deixa, naturalmente, de estar presente nas reformas: no modelo Bismarck, uma aproximação mais efetiva aos valores do mercado, com a utilização de mecanismos de quasi-mercado e de um diversificado leque de atores privados; no modelo Beveridge, a manutenção do Estado como entidade central do sistema, com diferentes graus de modernização da administração da saúde num sentido mais empresarial (Campos e Simões, 2011:70).

Para Raposo (2007), nos países onde imperava o modelo de Beveridge iniciou-se o processo de separação entre o financiamento e a prestação de cuidados, com conseqüente diminuição do envolvimento direto do Estado; por seu turno, nos países onde imperava o modelo de Bismarck, a reforma centrou-se na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo da qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros.

De acordo com Campos e Simões (2011), embora a linha que separa atualmente ambos os modelos seja menos nítida em relação às funções do Estado, podem existir diferenças consideráveis na sua aplicação: nos países de modelo Beveridge, com sistemas integrados de financiamento e de prestação de cuidados, os poderes públicos estão diretamente envolvidos no planeamento e na gestão dos serviços, pelo que a afetação de recursos constitui um instrumento fundamental nas políticas de saúde. Por outro lado, nos países de modelo Bismarck, as funções do Estado realizam-se na afirmação dos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e do sistema de prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo de qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os excluídos do sistema de seguros (Campos e Simões, 2011).

Em diversos países, a estratégia desenvolvida recorreu à combinação de elementos dos dois modelos - procurou-se uma utilização plural de incentivos típicos do mercado, mantendo a propriedade pelo setor público. "Esta solução híbrida teve diversas designações: mercado interno, competição pública, competição gerida, mercado de prestadores e *quasi*-mercado" (Campos e Simões, 2011:71).

Saltman (1994, *apud* Campos e Simões, 2011) identificou como padrão comum às reformas dos sistemas de saúde na Europa ocidental o afastamento dos governos do planeamento direto e da gestão, e a manutenção ou reforço do papel de reguladores.

A utilização de mecanismos de tipo mercado nos sistemas públicos e sociais produziu uma reconfiguração da organização dos sistemas de saúde e, em particular, uma crescente empresarialização da atividade.

Campos (2002, *apud* Campos e Simões, 2011) sintetiza as medidas organizativas verificadas, nos últimos anos, nos sistemas de saúde de países similares a Portugal, como se segue:

- Medidas que delegam responsabilidade de execução para níveis mais próximos do utilizador, como a municipalização contratualizada de serviços de cuidados primários, a criação de subsistemas de base ocupacional ou geográfica e a contratualização de serviços de gestão ou de prestação com instituições sem fins lucrativos, entidades privadas ou grupos de prestadores;

- Medidas que responsabilizam os prestadores pelo desempenho, negociadas com metas de produção e de gastos, por via contratual, através de agências públicas independentes que separem o regulador-financiador do prestador;
- Medidas de flexibilização de gestão dentro do setor público, como a gestão previsional de efetivos, com vista à sua redução a prazo, a recompensa (positiva ou negativa) de desempenho, a criação de orçamentos clínicos para todos os que contratualizem com o Estado, a prescrição de serviços e bens pagos pelo SNS;
- Medidas de competição gerida dentro do setor público e deste com o setor privado.

No que a Portugal diz respeito, historicamente, o sistema de saúde português foi sofrendo diversas alterações, desenvolvendo-se e acompanhando, mesmo que com algum atraso, as reformas implementadas na Europa.

O Ministério da Saúde português é uma criação recente que surge em 1958 (por via do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto) e para o qual é transferida a tutela dos serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública, até à data dependentes do Ministério do Interior. Por sua vez, o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde emerge através dos diplomas de 1971⁴ (Decretos-Lei n.ºs 413/71 e 414/71, de 27 de setembro)⁵ e materializa-se com a criação do Serviço Nacional de Saúde através da CRP de 1976⁶ e da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (mais conhecida por Lei Arnaut). Segundo Barros e Gomes (2002), a adoção e implementação do SNS em 1979, está associada à democratização do nosso país e não constituiu um acontecimento isolado. Pelo contrário, integrou-se num movimento mais amplo que contemplou outros países do sul da Europa, designadamente Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983) e Espanha (1986).

A CRP de 1976, nos termos do artigo 64.º, estabeleceu que o direito à proteção da saúde é realizado através de um SNS universal, geral e gratuito. Mais tarde, a Lei Constitucional n.º 1/81, na primeira revisão constitucional, veio acrescentar ao artigo 64.º a determinação da gestão do SNS ser descentralizada e participada, e em 1989 (pela Lei Constitucional n.º 1/89) afastou o princípio da gratuitidade, considerando o SNS tendencialmente gratuito, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.

⁴ "A legislação de 1971 visou a modernização do Ministério da Saúde e a sua utilização como órgão central de execução de uma moderna política de saúde global, que inseria a saúde individual na saúde coletiva, nas suas fases de intervenção, desde a prevenção primária, à reabilitação, passando pela prevenção secundária e pelo tratamento na fase aguda" (Campos e Simões, 2011:26).

⁵ A partir desta data, inicia-se a criação de centros de saúde em quase todos os conselhos.

⁶ A saúde enquanto entidade autónoma surge pela primeira vez consagrada nesta constituição.

A revisão constitucional de 1989 foi a que maior transformação introduziu no domínio económico, consagrando um modelo de economia mista, através da abolição do princípio da proibição das privatizações, "preconizando um equilíbrio entre o interesse público e os princípios básicos de uma economia de mercado" (Harfouche, 2008:44). A partir daqui assistiu-se à proliferação de instituições privadas de saúde, embora, na verdade, apesar da universalidade do SNS, o sistema de saúde em Portugal nunca se esgotou no SNS.

Para Campos (2001), o SNS nunca foi um sistema exclusivamente público ou sequer alcançou o atributo de gratuitidade, tendo em conta que o financiamento público dos cuidados de saúde era fortemente complementado por encargos suportados pelas famílias ou empresas e serviços, e pela forte presença do setor privado que vendia cuidados aos cidadãos, empresas e ao próprio SNS.

Nos anos oitenta verifica-se ainda o fenómeno da descentralização/desconcentração da saúde, através da criação de dezoito Administrações Regionais (Escoval, 2003).

A revisão constitucional de 1989 e a publicação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto)⁷, vieram permitir que a prestação de cuidados de saúde pudesse ser assegurada, por outras entidades públicas ou privadas (com ou sem fins lucrativos), para além do Estado, garantindo a celebração de acordos ou convenções entre o Estado e entidades privadas para esse fim (Escoval, 2003). Embora reservando para o SNS um papel de protagonista na política da saúde, a Lei de Bases da Saúde passou a reconhecer os subsistemas, aos quais foi atribuída a função de financiadores do SNS, mediante o pagamento, aos utentes desses subsistemas, das despesas incorridas pelos cuidados prestados através da rede do SNS.

O próprio sistema de financiamento dos hospitais também passou por fases distintas. Até 1981, o sistema de financiamento baseava-se em subsídios de exploração (dotações) que eram atribuídos pelo Orçamento Geral do Estado ao SNS atendendo às contas de balanço e demonstração dos resultados do ano anterior (com base na despesa histórica), sistema que não promovia o controlo dos níveis de consumo de recursos, nem penalizava a utilização desnecessária de atos ou de serviços.

⁷ A Lei de Bases da Saúde, na Base XXI, estabelece que o sistema de saúde é um "sistema constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira prestação de todas ou algumas daquelas atividades".

Em 1984 iniciou-se o processo de adaptação a Portugal dos *Diagnostic Related Groups* (DRG), modelo desenvolvido na Universidade de Yale, nos EUA, com o objetivo primordial de desenvolver um mecanismo que permitisse mensurar e avaliar a performance dos hospitais, de modo a controlar os custos com a saúde. Segundo Rego (2011), a problemática do financiamento dos cuidados de saúde e as preocupações com o incremento das despesas neste setor conduziram, entre outras medidas, à introdução dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) como base da distribuição de recursos financeiros nos hospitais. Portugal foi um dos países da Europa que mais cedo introduziu os GDH como critério de afetação para os orçamentos hospitalares (Rego, 2011).

Este novo sistema de classificação dos doentes, aplicado apenas aos doentes internados, permite que o pagamento se faça por preços que refletem os custos médios reais dos hospitais, ao integrarem-se os doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Os doentes são agrupados de acordo com o diagnóstico numa das (então) 477 categorias de GDH, com base em várias características: a parte do sistema orgânico afetada, a existência ou não de intervenção cirúrgica, o diagnóstico principal, a idade do doente, as patologias secundárias e o estado no momento da alta (Simões, 2004).

O subsídio à exploração de cada hospital passou a ser o resultado da combinação de uma componente histórica e de uma componente de produção, e os preços passaram a ser corrigidos por um "indicador de intensidade de meios" - o índice de *case-mix* - que ao mensurar o impacto de determinadas variáveis no custo médio do doente tratado, ajustariam o orçamento de cada hospital à sua capacidade técnica assistencial (Rego, 2011).

Desde 1997 tem-se assistido a uma substituição progressiva do modelo de financiamento retrospectivo (histórico), com base na despesa, pelo modelo prospetivo que tem em consideração os GDH (Rego, 2011).

Assistiu-se portanto em Portugal à substituição do "modelo público integrado, com base em financiamento de base retrospectiva, por um modelo público contratual" que privilegia os «mecanismos de pagamento prospetivo» (IGIF⁸, 1999 *apud* Rego, 2011:189).

O Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, consagrou a separação entre serviço e sistema, através de um sistema de saúde constituído

⁸ O Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) corresponde à atual Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

por agentes públicos e privados, não recorrendo exclusivamente ao SNS para assegurar o direito à saúde em Portugal.

Segundo Campos (2001) desde 2000, resultado de uma iniciativa do Presidente da República que procedeu à auscultação de pareceres de especialistas sobre o sistema de saúde (daí resultando uma forte orientação para a introdução de reformas do SNS que o tornassem mais equitativo, controlado, eficiente e eficaz), que não têm cessado as chamadas de atenção pública para a inevitabilidade de urgentes reformas no sistema de saúde.

O processo de reforma da Administração Pública portuguesa teve como paradigma inspirador o conceito de *New Public Management*⁹.

"A adoção de novas modalidades de governação resultou da incapacidade de resposta das organizações públicas tradicionais aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais e respetivos problemas emergentes" (Rego, 2011:25).

Hood (1991, *apud* Harfouche, 2008), apresenta sete componentes doutrinárias da NPM: gestão profissional ativa no setor público; normas e medidas explícitas de performance; maior ênfase nos controlos dos outputs; mudança para a desagregação de unidades no setor público; mudanças para maior competitividade no setor público; aposta nos estilos do setor privado para práticas de gestão e aposta em maior disciplina e parcimónia no uso de recursos.

Harfouche (2008) apresenta-nos ainda uma teoria alternativa, segundo a qual o Governo não deve ser gerido como um negócio, mas como uma democracia - a *New Public Service*- e que no futuro poderá ter impacto nos sistemas públicos de saúde.

Neste contexto inicia-se, em Portugal, em finais de 2002, a reforma do setor da saúde, com a transformação dos hospitais em hospitais-empresa. A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, alterou a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprovando o novo regime jurídico da gestão hospitalar (revogando o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro). De acordo com o referido regime (art.º 2.º), os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

⁹ A origem da NPM remonta ao início dos anos oitenta e que procurou substituir a gestão pública tradicional (um modelo fundamentalmente burocrático) por processos e técnicas de gestão empresarial (Harfouche, 2008). A preocupação centrada nos resultados e não no desempenho, a ausência de uma prestação pública de contas (*accountability*) traduzida pela falta de responsabilização e a falta de incentivos à criatividade, entre outros, promoveram conjuntamente com outros fatores (nomeadamente as pressões de reforma da Administração Pública), o desenvolvimento desta nova corrente ideológica (Rego, 2011).

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial (hospitais SPA);
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (hospitais EPE);
- c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (hospitais SA);
- d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos (hospitais convencionados).

Em dezembro de 2002, através da publicação de trinta e um decretos-lei¹⁰, em consequência do novo regime, trinta e quatro hospitais SPA (Setor Público Administrativo) foram transformados em trinta e um hospitais SA (Sociedades Anónimas) de capitais exclusivamente públicos. Com a transformação da sua natureza jurídica de SPA em SA, pretendeu-se implementar uma crescente autonomia da gestão dos hospitais, modernizando-a e «empresarializando-a»¹¹. Nesta data, os trinta e um hospitais públicos SA representavam 50% da produção de todos os hospitais (Harfouche, 2008; Ribeiro, 2004).

O ponto de partida para este processo de «empresarialização» assentava num diagnóstico exaustivamente repetido pelos especialistas do setor, o qual evidenciava problemas de eficiência na afetação de recursos, falta de produtividade sistémica, despesa pública com ritmos de crescimento inoportáveis para o país e uma crescente insatisfação dos utentes pelos níveis do serviço prestado, carecendo de um aumento de eficiência no setor cuja reposta reclamada era a «gestão empresarial» (Ribeiro, 2004).

Os primeiros passos no sentido da empresarialização foram, no entanto, dados através de alguns modelos de gestão inovadores nos hospitais do SNS, experiências que constituíram uma forte base de influência neste processo:

- **Hospital Fernando da Fonseca (Amadora)** - Foi criado pelo Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, como pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia

¹⁰ Decretos-Lei n.ºs 272/2002, 273/2002, 274/2002, 275/2002, 276/2002, 277/2002, 278/2002, 279/2002, 280/2002 e 281/2002, de 9 de dezembro; Decretos-Lei n.ºs 282/2002, 283/2002, 284/2002, 285/2002, 286/2002, 287/2002, 288/2002, 289/2002, 290/2002, 291/2002 e 292/2002, de 10 de dezembro; e Decretos-Lei n.ºs 293/2002, 294/2002, 295/2002, 296/2002, 297/2002, 298/2002, 299/2002, 300/2002, 301/2001 e 302/2003, de 11 de dezembro.

¹¹ Até final de 2002, os hospitais sob tutela do Ministério da Saúde regiam-se pelo Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, e pelo Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro. Os hospitais gozavam de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e a organização interna de cada hospital devia constar de regulamento, aprovado por portaria do Ministro da Saúde e deviam ser administrados em termos de gestão empresarial, conforme o artigo 7.º do referido Decreto-Lei .

administrativa e financeira integrada no SNS e objeto de contrato de gestão-, figura já prevista no art.º 29.º do Estatuto do SNS¹²- celebrado em 10 de outubro de 1995. Entre as diferenças mais patentes relativamente ao modelo anterior, ressalta a utilização de regras de direito privado, quer na contratação de pessoas¹³, quer na aquisição de bens e serviços.

- **Hospital São Sebastião (Santa Maria da Feira)** - Foi criado pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de novembro, e dotado de um modelo jurídico inovador através do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho, dada a preconização da aplicação de instrumentos técnicos e métodos próprios de uma gestão do tipo empresarial para otimização da atividade. A sua gestão foi assumida por uma sociedade gestora, «Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A.», representando uma concessão de gestão de um hospital público a uma entidade privada, através da qual se pretendeu estabelecer uma clara separação entre pagador/financiador e prestador, respeitando os princípios previstos num hospital público. As regras de gestão privada preconizadas permitiram essencialmente duas diferenças face aos restantes hospitais do SNS: contratos individuais de trabalho e maior flexibilidade nas relações de aprovisionamento, em que a contratação de bens e serviços passa a reger-se pelas normas do direito privado (Barros, 2005).

- **Unidade Local de Saúde de Matosinhos**- Criada pelo Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho através da integração do Hospital de Pedro Hispano e dos Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira. O preâmbulo do referido diploma é perentório ao afirmar a intensão de se instituir no município de Matosinhos uma experiência inovadora que se consubstanciasse, por um lado, na possibilidade de utilização dos meios próprios de uma gestão pública de tipo empresarial tal como definida no Hospital de São Sebastião, e, por outro, na integração numa única entidade pública dos vários serviços e instituições do SNS que, naquele município, prestam cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis.

- **Hospital do Barlavento Algarvio (Portimão)** - Criado pelo Decreto-Lei n.º 370/98, de 23 de novembro, adquiriu a natureza empresarial¹⁴ com o Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro, no sentido de imprimir modernidade às várias vertentes da

¹² Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

¹³ A este nível, importa realçar que até à publicação do Decreto-Lei n.º 64/99, de 4 de março, a maioria dos funcionários apresentava vínculo a outros hospitais, sendo a base de recrutamento os próprios quadros da Administração Pública (Harfouche, 2008).

¹⁴ Foi introduzido o modelo aplicado no Hospital de São Sebastião.

gestão hospitalar, através da utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, contrariando a obsolescência das normas convencionais da Administração Pública. A atribuição do novo estatuto foi antecedida de um estudo prévio, que concluiu pela utilização de novos meios de gestão, a fim de incrementar a eficiência com redução dos custos unitários das prestações de cuidados de saúde.

Ainda em contexto de experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial, não podem deixar de ser mencionadas as parcerias público-privadas, cujo regime se encontra definido ao abrigo dos Decretos-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, e n.º 86/2003, de 26 de abril. As parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, visaram fundamentalmente (segundo o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 185/2002), obter melhores serviços com partilha de riscos e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se lhe associam com carácter duradouro. As parcerias público-privadas no setor da saúde têm subjacentes três aspetos importantes no âmbito do direito financeiro: "consubstanciam um contrato que envolve a realização de desembolsos públicos; as respetivas despesas realizam-se em vários anos económicos, e a contratação de uma parceria pressupõe uma orçamentação plurianual dos respetivos encargos" (Harfouche, 2008:91). Como novo mecanismo de provisão e prestação de cuidados públicos de saúde, as parcerias assentam na seguinte tríplice de vetores: planeamento e financiamento públicos; investimento e gestão privados; e controlo e titularidade públicos (Simões, 2004c).

De acordo com Simões (2004c), o desenho e implementação do novo modelo de financiamento nos hospitais SA ocorreram simultaneamente ao lançamento da operação de empresarialização dos hospitais e assentaram em quatro grandes princípios: 1) a criação de uma relação contratual entre o Estado e o respetivo hospital, titulada por um contrato-programa; 2) cuidados e serviços agrupados por linhas de atividade - internamentos, consultas, episódios de urgência e hospital de dia - com um preço ajustado pelo índice de *case-mix* (severidade média das patologias) e por um ponderador de *cluster* (diferenciação e matriz tecnológica do hospital); 3) volume de produção contratada tendo em atenção a capacidade instalada, permitindo cobrir os custos fixos dos hospitais; e 4) produção marginal paga até um certo limite médio. Este novo modelo passaria a permitir a prática de benchmarking a nível hospitalar.

Para Barros (2004), esta pode ser considerada como uma reforma *mixed bang*, na medida em que nem é gradualista (no sentido de transformação de dois ou três hospitais de cada vez) nem é uma reforma *big bang*, dado que nem todos os hospitais foram transformados.

Todos os outros hospitais do SNS permaneceram no SPA (mantendo-se inalterada a sua estrutura, do ponto de vista jurídico), embora o Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, tenha estabelecido para eles uma nova estrutura organizacional. No prefácio deste diploma torna-se bem evidente a procura da eficiência e produtividade e de adequação dos serviços às necessidades das populações, num cenário em que o peso do setor no Orçamento do Estado e na despesa pública "justifica a necessidade de repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento".

Neste contexto foi criada, em dezembro de 2003, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), através do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, compreendendo as suas atribuições a "regulação e a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes" (prefácio do Decreto-Lei n.º 309/2003). A criação desta entidade surge como resposta à nova heterogeneidade de prestadores de saúde e às próprias parcerias público-privadas.

Apesar de se poder afirmar que o processo de «empresarialização» da gestão hospitalar registou o seu início em 1998 pelo XIII Governo Constitucional (1995-1999), com a criação do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, tendo em vista a melhoria do desempenho, da eficiência e da qualidade do SNS, foi pelo Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009), que se procedeu à transformação dos trinta e um hospitais públicos SA supracitados em entidades públicas empresariais, através do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho¹⁵, cujo regime jurídico foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

A transformação para entidades típicas do Setor Empresarial do Estado, isto é, a criação de empresas públicas a nível hospitalar (correntemente designadas de «hospitais empresa») reuniu as condições necessárias através da aprovação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março. No referido diploma é reconhecido que a

¹⁵ Nos termos deste diploma, a respetiva denominação deve integrar a expressão «Entidade pública empresarial» ou as iniciais «E. P. E.».

«empresarialização» de hospitais constitui um vetor essencial da reforma da gestão hospitalar em curso e um fator indispensável para melhorar o nível de desempenho global do SNS, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as condições de base da sua sustentabilidade, em termos duradouros. Importa salientar que, no âmbito do Programa de Estabilidade e Crescimento (2002-2005) apresentado à UE, Portugal se tinha comprometido expressamente a "converter em empresas públicas hospitais de média dimensão e com capacidade estrutural e experiência positiva de desempenho que lhes permita, com dotação extraordinária de capital, melhorar as condições de qualidade e eficiência de desempenho e resolver o passivo acumulado" (preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002).

Finalmente, refira-se que um Hospital EPE rege-se ainda pela Resolução de Conselho de Ministros, n.º 49/2007, de 28 de março, que mais não pretende que instituir um conjunto de normas de Bom Governo das empresas ao Setor Empresarial do Estado, de forma a estimular os diversos agentes económicos a dar um contributo para que as empresas sejam governadas com eficiência e atuem com equidade perante os diferentes interesses que gravitam na sua órbita.

"A gestão empresarial é vista, assim, como o elemento facilitador e potenciador da maior eficiência dos hospitais públicos" (Harfouche, 2008:84).

As várias transformações decorridas neste âmbito (alteração da natureza jurídica de hospitais para EPE) encontram-se descritas no quadro apresentado em apêndice (n.º 1).

Nos termos do Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro, a empresarialização dos hospitais teve como propósito a modernização dos hospitais, a agilização da sua capacidade de resposta à população e a gestão mais eficiente da aplicação dos recursos públicos, na prossecução do seu objetivo primordial: servir o doente de forma mais qualificada, mais célere, mais eficaz e mais humana.

2.1.4. Breve Caracterização do Sistema de Saúde Português

O sistema de saúde português, influenciado pelo modelo beveridgeano, caracteriza-se pela coexistência de três sistemas sobreponíveis: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), esquemas especiais de seguros públicos e privados para determinadas profissões e obrigatórios para os seus beneficiários (subsistemas de saúde) e seguro voluntário de saúde privado (Simões

e Barros, 2007), constituindo portanto uma realidade muito complexa dos pontos de vista político, social e económico.

O sistema de saúde é coordenado pelo Ministério da Saúde, o qual fornece e financia os cuidados de saúde públicos e, tal como na maioria dos sistemas de saúde europeus, o português é uma combinação de financiamento público e privado, em que os seguros privados tendem a ser complementares face ao seguro público, como se pode observar na Tabela 1¹⁶.

Tabela 1. Financiamento misto do sistema de saúde português (%).

	2000	2005	2006	2007	2008
Financiamento Público	68,8	68,9	66,9	66,6	65,6
Financiamento Privado	31,2	31,1	33,1	33,4	34,4
Do qual					
Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Seguros sociais privados	11,3	14,2	14,4	14,0	15,0
Despesa privada familiar	86,4	84,1	83,9	83,9	83,4
Outro Financiamento Privado	1,8	1,4	1,3	1,3	1,4

Fonte: Barros *et al.* (2011).

Embora o seguro público constitua a fonte de financiamento dominante, os pagamentos diretos das famílias apresentam um peso significativo nas despesas com saúde. Para além disso, verificou-se entre 2000 e 2008 uma diminuição do financiamento público em cerca de três pontos percentuais, em detrimento do financiamento privado.

No que se refere à componente pública de financiamento, esta desdobra-se nas seguintes categorias: SNS, subsistemas de saúde públicos, outras unidades administrativas públicas, e fundos da Segurança Social. Por sua vez, a componente privada agrega, essencialmente, quatro categorias: despesa privada das famílias, outros seguros privados, subsistemas de saúde privados e instituições sem fins lucrativos. De acordo com os dados publicados na Conta Satélite 2010P-2011Pe (INE, 2012), o SNS é aquela que maior contributo dá para o financiamento da despesa em saúde, respondendo por mais de metade de tal financiamento (53% em 2009). No entanto, a despesa privada das famílias responde por uma fatia ainda bastante significativa da despesa, tendo obtido em 2009, um impacto de mais de um quinto do total da despesa de saúde (27,3%). Por sua vez, os subsistemas de saúde pública têm a seu cargo uma parcela da despesa de 7,4%, sendo, em todo o caso, expressamente superior à componente dos sistemas privados.

¹⁶ Referimo-nos ao seguro social ou a um SNS, sendo este último o caso português.

Um orçamento para o total das despesas do SNS é estabelecido dentro do orçamento nacional anual. Este tem sido tradicionalmente um orçamento flexível, tendo em conta que as despesas com a saúde têm geralmente excedido os limites do orçamento em larga margem, necessitando de aprovação de orçamentos suplementares.

Para além da cobertura do seguro universal de saúde prestado pelo SNS, cerca de 20 a 25% da população está coberta pelos subsistemas de saúde (INSA 2007, *apud* Simões e Barros, 2007), sendo o acesso aos mesmos geralmente limitado a membros de uma profissão específica e suas famílias. De acordo com os dados de janeiro de 2013, revelados pela própria ADSE (Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes Públicos), entre titulares ativos, aposentados, e familiares, totaliza-se cerca de 10% da população¹⁷.

A ADSE corresponde ao maior subsistema de saúde e constitui um serviço integrado do Ministério das Finanças e Administração Pública. As atribuições e normas de funcionamento encontram-se consignadas no Decreto Regulamentar n.º 44/2012, de 20 de junho e na Portaria n.º 351/2007, de 30 de março.

Os restantes subsistemas públicos (SAD/PSP - Serviços de Assistência à Doença da Polícia de Segurança Pública, SAD/GNR - Serviços de Assistência à Doença à GNR e ADM - Assistência à Doença dos Militares da Armada) asseguram o acesso dos seus beneficiários aos cuidados de saúde, em igual medida ao da ADSE, quer enquanto responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados àqueles pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, quer garantindo aos beneficiários um acesso a um conjunto de serviços ou cuidados, regra geral mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores privados de cuidados de saúde (regime convencionado), ou ainda mediante um mecanismo de reembolso de despesas com a aquisição de serviços médicos em entidades privadas não convencionadas (regime livre).

A ADM foi recentemente extinta através da publicação do Decreto-Lei n.º 11/2011, de 21 de janeiro, que extinguiu o subsistema de saúde da justiça, integrando os seus beneficiários na ADSE, por um lado, pela coincidência dos níveis de proteção de ambos os subsistemas e, por outro, por claras vantagens de gestão com a organização conjunta dos subsistemas públicos de saúde (ERS, 2011).

¹⁷ Dados disponíveis em <http://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=352&IdMasterCat=351&MenuLevel=2> [12 de janeiro de 2013].

Os subsistemas privados de saúde consistem em entidades de natureza privada que, por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos (ERS, 2011). Segundo a Entidade Reguladora da Saúde, estes subsistemas são de natureza obrigatória, constituindo um mecanismo de solidariedade intragrupal (de matriz profissional ou de empresa), contrapondo-se, desde logo, aos seguros privados cuja adesão não se encontra, por definição, restrita a determinado grupo (ERS, 2011).

No setor privado, os principais subsistemas de saúde são Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS), para os funcionários do operador Telecom e para os funcionários dos correios, e SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social), para os funcionários bancários e de seguros associados. Existem ainda alguns fundos mais pequenos, a maioria membros da Associação Nacional dos Subsistemas de Saúde (Simões e Barros, 2007). Para a ERS (2011) estes subsistemas de saúde que apresentam complementaridade (em termos de financiamento) com o SNS, funcionam quase que numa lógica de seguros de saúde, através dos quais os cidadãos, que a eles aderem, de forma compulsiva ou voluntária, beneficiam de uma mais ampla cobertura de cuidados de saúde.

Os subsistemas de saúde públicos têm contribuições compulsórias de beneficiários (1,5% do salário em 2007), no entanto, estas contribuições representam uma pequena fração do seu financiamento, uma vez que o Governo, através do Orçamento de Estado, contribui com cerca de 90% do financiamento total (Simões e Barros, 2007).

Já relativamente aos seguros de saúde, refira-se que a Lei de Bases da Saúde, na sua Base XXIII, considera o estabelecimento e exploração de seguros de saúde como uma atividade complementar à própria prestação de cuidados de saúde, colocando-a sob a disciplina e inspeção do Ministério da Saúde. O seguro de saúde constitui o exemplo paradigmático dos denominados contratos de seguro voluntários, por a sua celebração se encontrar na livre disposição das partes.

Por último, importa ainda referir o direito que assiste aos utentes de recorrer aos prestadores de cuidados de saúde numa perspetiva «puramente privada», custeando totalmente o valor do serviço.

Os pagamentos diretos incluem a partilha de custos e pagamentos diretos para os serviços do setor privado. A forma mais utilizada de partilha de custos no SNS consiste em copagamentos ou taxas moderadoras, traduzidos numa quantia fixa para um serviço, e que

existem na maioria dos serviços públicos em saúde (Simões e Barros, 2007). As taxas moderadoras têm como objetivo (explícito) conter e regular a procura dos serviços públicos (o argumento convencional de controlo do risco moral), enquanto os copagamentos nos produtos farmacêuticos não só têm o papel de influenciar a procura, como também desviar a carga financeira para os utentes (Simões e Barros, 2007).

As taxas moderadoras foram instituídas no acesso aos cuidados de saúde ambulatoriais, pelos Despachos Ministeriais n.º 57/80 e n.º 58/80, de 29 de dezembro e posteriormente nos serviços hospitalares, por Despacho do Ministro dos Assuntos Sociais, de 18 de janeiro de 1982. Em termos de especificidade das referidas taxas, a Lei n.º 54/92, de 11 de abril, estabeleceu e a Portaria n.º 338/92, de 11 de abril, aprovou o pagamento no acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime ambulatorio, bem como as suas isenções.

2.2. Contratualização de Cuidados de Saúde

Contracting is increasingly used as a tool to manage the relationships between the different types of actors in the health sector. It uses the logic of the marketplace to improve performance but still respects the facts that health has many characteristics of a public good and the government must be the overall steward of the health sector (Evans, 2006:842).

Os últimos vinte anos dos sistemas de saúde dos países ocidentais caracterizaram-se, como ficou patente da secção 2.1.3., por um movimento generalizado de reformas, as quais têm visado, sobretudo, a flexibilização e uma maior eficiência dos sistemas de saúde, o que assentou, em grande medida, na introdução de «mecanismos de mercado» no modelo de funcionamento dos prestadores e na sua relação com os financiadores (Ferreira, *et al.*, 2010).

No contexto da reforma da saúde assume especial relevância a separação institucional entre entidades financiadoras e prestadores de cuidados de saúde, o que é uma condição necessária para a introdução de mecanismos de contratualização de serviços e cuidados de saúde. A tónica do *empowerment* do utente também caracteriza o movimento de reforma, surgindo até formas de financiamento em parte dependentes da escolha e satisfação do utente (*money follows the patient*) (Ferreira *et al.*, 2010).

Como referido anteriormente, as reformas da saúde têm sido amplamente influenciadas pela NPM, a qual também contribuiu para a reinvenção dos serviços públicos, com enfoque acrescido no cidadão-utente (*responsiveness*) e nos resultados, através do incentivo a uma maior «empresarialização» em detrimento de modelos (intensiva e extensivamente) burocráticos, combinando as vantagens de maior flexibilidade do sistema com a universalidade e a responsabilidade social do Estado no setor da saúde (Ferreira *et al.*, 2010).

De acordo com Escoval (2003), esteve também subjacente o modelo de desenvolvimento e à opção por este instrumento de mudança (a contratualização), a teoria do agente principal, que quando aplicada no setor público, constitui a ideia básica de que a delegação de funções pelo Estado (principal) a agentes institucionais privados ou públicos autónomos, faz com que as regras de mercado sejam mais respeitadas do que o seriam numa burocracia clássica (Escoval, 2003). No entanto, a autora alerta para o risco de não ocorrerem ganhos de eficiência ou se verificar perda de qualidade dos serviços, (sobretudo) quando o processo de regulação não está organizado da forma mais adequada.

Em diversos países da UE, a contratualização é vista como um instrumento para a implementação dos objetivos de política da saúde, constituindo um mecanismo coordenador que permite uma alternativa aos modelos tradicionais de comando e controlo de gestão dos serviços de saúde.

Ham (1998, *apud* Escoval, 2003) assinala que a mudança para um modelo contratual foi um estímulo complementar às políticas de controlo de despesas de nível microeconómico, as quais apresentaram como principais instrumentos: a) a introdução de mecanismos similares aos de mercado em muitos sistemas de saúde, o que levou à separação de responsabilidades entre financiadores e prestadores tendo por base um modelo contratual; b) o fortalecimento da gestão dos serviços de saúde, para reduzir as variações de desempenho e introduzir uma forte orientação para o cliente e c) o uso de incentivos orçamentais como um meio de melhoria dos níveis de desempenho.

Um elemento essencial da contratualização é o facto de possibilitar uma afetação institucional dos recursos mais «orientada para o mercado», com mecanismos que obrigam os terceiros pagadores e os prestadores a comprometerem-se explicitamente e geram a motivação económica para o seu cumprimento (Barros e Gomes, 2002).

Para Barros e Gomes (2002) são possíveis duas abordagens à contratualização: primeiro, a contratualização pode ser vista como a formalização dos processos de planeamento e de gestão, em que as partes contratantes assumem compromissos explícitos em relação aos objetivos e metas acordados; numa segunda abordagem, a contratualização é vista como um instrumento para fazer uma escolha não informada de prestadores, constituindo um tipo de contratualização implementado em ambientes competitivos e desenhado para encorajar a disputa competitiva por pacotes de serviços e benefícios médicos.

2.2.1. Contratualização em saúde em Portugal

Seguindo a tendência europeia, também em Portugal assistimos a esforços no sentido de clarificar o papel do Estado prestador e do Estado financiador, promovendo a adoção de boas práticas de gestão e uma maior responsabilização das estruturas regionais de administração através da realização de compromissos explícitos entre todos os *stakeholders* (OPSS, 2009).

Este processo teve os seus primeiros desenvolvimentos na segunda metade da década de 1990, mais dirigida para a adoção de uma relação de base (quase) contratual entre os diferentes agentes, com uma maior flexibilidade e recorrendo a mecanismos «empresariais» com centralização dos serviços públicos no cidadão utilizador (OPSS, 2009). A ideia fundamental consistiu, na passagem de uma lógica de gestão de recursos para uma gestão baseada em resultados, com responsabilização crescente, por forma a garantir o acesso com qualidade das populações aos cuidados de saúde que deles necessitam e, simultaneamente, combater o desempenho deficitário (não restrito ao nível económico).

Na segunda metade dos anos 90 do século passado foram criadas as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (inicialmente designadas por «Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde»¹⁸), as quais procuraram adequar os recursos públicos para os hospitais à efetiva prestação de cuidados, através de negociações e de compromissos com os hospitais.

¹⁸ Nos termos do Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de novembro, é alterada a sua designação para «Agências de Contratualização» e criada uma coordenação nacional, designado de Conselho Nacional das Agências.

A função das agências é intermediária (por forma a garantir a qualidade e adequação dos serviços prestados) entre o cidadão e as entidades prestadoras de cuidados de saúde, pressupondo uma distinção clara entre o financiamento (na vertente da captação de recursos) e o pagamento (distribuição dos mesmos) dos cuidados de saúde e sua prestação (Escoval, 2003).

Mediante o disposto no Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de agosto, a missão de cada agência visa integrar o cidadão no centro do sistema de saúde, através da identificação das suas necessidades e da defesa dos interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a aplicação judiciosa dos recursos públicos disponíveis para o setor e a máxima eficiência e equidade na prestação de cuidados de saúde, num contexto de melhoria efetiva da comunicação entre comprador e prestador e de maior transparência. De acordo com o n.º3 do referido Despacho, as funções desenvolvidas pelas Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde envolvem: a previsão de necessidades em cuidados de saúde e respetiva adequação das respostas; produção e divulgação de informação relativa aos serviços de saúde; acompanhamento do desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde; participação gradual no processo de distribuição de recursos financeiros; e avaliação dos ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos.

A primeira agência de contratualização foi criada em 1996, implementada na Região de Lisboa e Vale do Tejo e, ao longo dos anos de 1997 e 1998, o processo de contratualização foi sendo consolidado com a criação das restantes agências (uma em cada região do país) (OPSS, 2009).

O Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS, 2009) destaca cinco fatores que motivaram a adoção do processo de contratualização em Portugal:

- Aumento sustentado da despesa em saúde e a conseqüente necessidade de imprimir um maior rigor na gestão dos recursos públicos;
- Ambição de melhorar o nível de prestação de contas;
- Intenção de incutir uma maior transparência no âmbito dos processos de decisão, em particular, no que se refere à afetação dos recursos financeiros;
- Necessidade de tornar a distribuição de recursos mais equitativa, relacionando-se esta, de algum modo, com a produção e os resultados atingidos (i.e. contratual);
- Existência de experiências-piloto de gestão hospitalar.

A emergência do processo de contratualização está associada ao «experimentalismo» desenvolvido na segunda metade da década de noventa, nomeadamente, com a concessão da gestão do Hospital Fernando Fonseca ao setor privado (1995), e a empresarialização do Hospital de São Sebastião em Santa Maria (1996), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (1999) e do (atual) Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2001) anteriormente referidos, o que constituiu o motor da consolidação do modelo (Ferreira *et al.*, 2010).

Uma das ideias chave era a de modificar o pagamento aos hospitais em geral e aos cuidados de saúde primários, passando de orçamentos retrospectivos para orçamentos prospetivos e introduzir uma relação direta com os custos de produção, ou seja, orçamentos baseados na previsão dos custos reais em vez de orçamentos baseados no histórico e em que mais tarde se evoluiria para um modelo que levasse em consideração as necessidades em saúde (Escoval, 2003:88).

Com a introdução da contratualização pretendeu-se dar início a uma mudança de paradigma, passando a distribuir os recursos na base de contratos rigorosos que traduzam o pagamento adequado dos serviços prestados em função das necessidades em saúde de uma comunidade tipo, em detrimento de uma distribuição em função das necessidades apresentadas pelos próprios serviços (Escoval, 2003).

No Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de novembro, é reconhecida a falta de coordenação efetiva a nível central e a necessidade de criar condições entre os serviços e organismos com implicações no funcionamento das agências, pelo que veio prever a constituição do Conselho Nacional das Agências. Este é apresentado como o órgão coordenador das Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, com vista à articulação permanente e ativa ao mais alto nível entre a Direção-Geral da Saúde, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde¹⁹ e as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Em 1999, as negociações baseadas em contratos e orçamentos prospetivos envolveram, pela primeira vez, quase todos os hospitais (99%) e ARS, assim como uma parte significativa dos Centros de Saúde (62%) (Escoval, 2003).

Após este período de dinamização, verificou-se, a partir do ano de 2000/2001, um enfraquecimento significativo do processo em consequência de alterações da equipa governamental (OPSS, 2009), da resistência à mudança das tradicionais estruturas da

¹⁹ Atualmente designada de Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Administração Pública, dos incipientes sistemas de informação e do tímido apoio político na transferência do financiamento para as ARS (Ferreira *et al.*, 2010).

Os hospitais constituem um setor estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde em geral, destacando-se em todos os países e sistemas de saúde pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto clínico-assistencial na comunidade e pelo contributo relevante que têm dado à educação e investigação na saúde. O seu peso no Orçamento do Estado e na despesa pública portuguesa, quer no plano logístico e tecnológico quer em recursos humanos, justifica a necessidade de repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto).

Nesse sentido, o Decreto-Lei n.º 188/2003 prevê a substituição do modelo tradicional de financiamento dos hospitais, baseado em orçamentos históricos, bem como a contratação de serviços adequados às necessidades das populações e às capacidades das instituições, premiando o mérito e o desempenho dos profissionais. Para além disso, prevê a monitorização de acordo com um sistema de avaliação regular, incluindo um conjunto ponderado de fatores, em estreita ligação com a produção realizada, a eficiência demonstrada e a qualidade dos resultados obtidos, e objeto de divulgação pública os indicadores da atividade dos hospitais.

Paralelamente à transformação em «Entidades Públicas Empresariais» (EPE), por via do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, assiste-se ao retomar do processo de contratualização, através da publicação do Despacho n.º 22250/2005, de 25 de outubro, o qual prevê a reconstituição das Agências de Contratualização enquanto órgãos das ARS. Este retomar teve por base o reconhecimento explícito da importância da gestão participada e descentralização do SNS, e o imperativo controlo do ritmo de crescimento da despesa para a garantia de sustentabilidade financeira do SNS, eliminando desperdícios e minimizando ineficiências (nos termos do preâmbulo do referido Despacho).

Desde então a realidade hospitalar sofreu mudanças relevantes ao nível da transparência do processo de contratualização através da divulgação pública dos contratos-programa celebrados com os hospitais SPA e EPE no portal da ACSS. No entanto, de acordo com o OPSS (2009), persistiam algumas fragilidades associadas a uma cultura incipiente de avaliação, à quase inexistência de processos de contratualização interna e à proliferação de sistemas de informação sem garantias efetivas de interoperabilidade.

Posteriormente, o Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro, veio definir as cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre as unidades de saúde integradas no setor empresarial do estado e o Ministério da Saúde, também aplicáveis aos hospitais SPA mediante o disposto no Despacho n.º 722/2006, de 11 de janeiro.

No que respeita à sua monitorização, o Despacho n.º 10193/2006, de 9 de maio, veio dar execução ao n.º 10 do já referido Despacho n.º 22250/2005, e determinar um acompanhamento mensal e trimestral dos contratos-programa. Para além disso, nos termos desse diploma os instrumentos são definidos conjuntamente pela agência, pela respetiva ARS e pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), sendo da responsabilidade da agência e do então IGIF a recolha de informação relativa à produção e à componente económico-financeira.

A nova lei orgânica das ARS — Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, no seu artigo 3.º, é mais explícita relativamente à função das ARS nesta matéria.

Em 2007, as Agências passaram a denominar-se Departamentos de contratualização com competências para participarem na definição dos critérios de financiamento, apresentarem propostas de afetação de recursos financeiros e procederem ao acompanhamento da execução dos contratos-programa.

2.2.2. O contrato programa: metodologia, termos, aspetos operacionais e sua avaliação

A contratualização pode ser definida como o relacionamento que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, no qual se explicitam os resultados de saúde que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam (ACSS, 2011a:6).

A regulação é endógena à contratualização tendo em conta que os contratos, para além dos níveis de produção que satisfazem as necessidades previstas, e os preços/modalidades de pagamento, determinam exigências no que toca à qualidade, ao desempenho e ao acesso, estabelecendo mesmo os mecanismos de acompanhamento dos próprios contratos, que são formas de regulação do setor (Ferreira *et al.*, 2010).

Para o efeito, o processo de contratualização envolve a participação da ACSS, as ARS, o próprio Ministério da Saúde, e as Entidades Prestadores, *i.e.* os Hospitais, Centros Hospitalares e as Unidades Locais de Saúde.

De acordo com o disposto no Manual do Processo de Contratualização (ACSS, 2011a), este processo envolve três fases explícitas: a fase de planeamento, onde são

definidas as necessidades em saúde e as prioridades de investimento; a fase de contratualização propriamente dita, onde se prevê a negociação e a celebração do contrato-programa; e a fase de acompanhamento da execução do contrato-programa na qual se verifica uma recolha sistemática de informação e conseqüente análise comparativa dos desempenhos reais das instituições face ao contratualizado. Segundo a ACSS (2011a), a celebração do contrato-programa prevê o ajustamento das propostas de produção às necessidades em saúde da população, assegurando os princípios de equidade, efetividade e eficiência do sistema de saúde, bem como da sua sustentabilidade económico-financeira e a sua monitorização, por sua vez, pretende promover medidas corretivas e/ou potenciar bons resultados.

O plano de desempenho, cujo preenchimento é feito pelas instituições através da plataforma SICA (Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento) constitui um documento de suporte ao processo de negociação. Segundo a ACSS (2011a), este documento reforça o poder negocial das partes envolvidas e tem como objetivos: a identificação dos objetivos gerais e específicos para o ano seguinte; a apresentação do orçamento económico e atividade assistencial; a identificação dos recursos humanos disponíveis e a capacidade instalada; e a recolha de informação de suporte ao contrato-programa.

Os mapas de negociação, por sua vez, têm como objetivo recolher informação relativa às principais linhas de produção, à dimensão de acesso, ao desempenho económico e abrangem um conjunto de indicadores para avaliação de *case-mix* (para o universo de episódios e para a totalidade de instituições agregadas por grupo de financiamento) (ACSS, 2011a).

Anualmente é definida a metodologia para definição de preços e fixação de objetivos, documento que estabelece os objetivos, pressupostos e condicionalismos que sustentam o processo de contratualização. Para além disso, é tipificado neste documento as diferentes linhas de produção contratadas e a sua valorização (preço), sendo para cada uma delas estabelecidas as condições de pagamento da produção marginal e as penalizações perante incumprimento dos limiares mínimos estabelecidos.

Após a fase de negociação, inicia-se a fase de monitorização e acompanhamento, a qual constitui um processo em si mesma. A fase de monitorização contempla a recolha sistemática de dados necessários à construção de indicadores que traduzam aspetos

específicos do desempenho, enquanto a fase de acompanhamento apresenta um conjunto de ações necessárias à correção de desvios e/ou replicação de bons resultados obtidos (ACSS, 2011a).

O contrato-programa é o documento que formaliza o acordo estabelecido em sede de contratualização e tem por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos (Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro). Apresenta uma vigência de três anos pelo que os anexos e apêndices são revistos através do documento «Acordo Modificativo» no 2.º e 3.º anos de vigência. Por outro lado, sempre que se verificarem circunstâncias supervenientes procede-se à sua revisão através de «Aditamento», e em caso de necessidade de contratualizar linhas de produção previstas em programas específicos, procede-se à elaboração de uma «Adenda».

Anualmente, as entidades devem rever o seu plano estratégico a três anos de acordo com a execução corrente e previsão futura, o que permitirá um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração e melhoria dos mecanismos de controlo de gestão (Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro).

O conceito de contrato-programa em saúde tem, para Escoval (2010), várias dimensões que importa realçar: a) é um instrumento de monitorização; b) é celebrado a partir de um processo negocial, que compatibiliza interesses de utilizadores (ou seus representantes) e prestadores, quanto à prestação de serviços em saúde; c) engloba a avaliação das necessidades dos utilizadores, dos recursos disponíveis, de afetações alternativas e dos resultados esperados; d) onde se define que recursos afetar, a que necessidades, a que utilizadores, a que preço, com que objetivos e em que período de tempo.

Os termos do contrato-programa tipo, ajustados em função das características de cada unidade prestadora, são:

i) **Produção contratada e remuneração:** As unidades de saúde obrigam-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde (linhas de produção) discriminadas²⁰, mediante contrapartida financeira acordada, competindo-lhes assegurar a

²⁰ A produção contratada respeita apenas aos beneficiários do SNS, não considerando os cuidados prestados a utentes dos serviços de saúde das Regiões Autónomas, de subsistemas públicos e privados e de quaisquer outros terceiros legal ou contratualmente responsáveis (Cláusula 6.º do Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro).

disponibilização de recursos e a definição dos processos e políticas adequadas, no respeito das melhores práticas de gestão e dos princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde (cláusulas 3.^a e 18.^a do Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro). As linhas de produção são designadamente: a) internamento; b) cirurgia de ambulatório; c) consulta externa; d) urgência; e) hospital de dia; f) radioterapia; g) serviços domiciliários, acrescidas de programas específicos previstos no Plano Nacional de Saúde em vigor. Para a produção codificada em GDH é ainda considerado o índice de *case-mix* (ICM) e a informação respeitante ao cálculo de doente equivalente (ACSS, 2011a). No que respeita à produção marginal, encontra-se disposto no Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro, (cláusula 19.^a) o pagamento em todas as linhas de produção até 10% da atividade contratada, com exceção para a produção cirúrgica programada (que não deverá ser objeto de qualquer limitação), ausência de pagamento em caso do volume realizado ser 50% inferior ao contratado, e partilha de 50% dos custos fixos das unidades contratadas não produzidas (27,5% do preço contratado) na urgência²¹. Para Valente (2010), tornou-se indispensável a criação de regras de remuneração da produção marginal, as quais foram definidas em função de um compromisso assumido entre pagador e prestadores a propósito da potencial procura na área de influência dos hospitais, das necessidades que o pagador representa e do grau pretendido de partilha de risco associado à estrutura de custos.

ii) **Preços:** São fixados em contrato-programa montantes para remunerar a atividade contratada (por linha de produção). Este é calculado (preço unitário de referência) com base no custo médio do ano anterior de todos os Hospitais (e em cada grupo), para cada uma das categorias de tratamento, sendo o mesmo «revisto» para respeitar a restrição orçamental, apresentando uma intenção explícita de aproximação às tabelas do SNS.

iii) **Convergência:** Os objetivos de convergência fixados anualmente destinam-se a aproximar as unidades de saúde do SNS entre si na utilização de recursos e a promover níveis de eficiência mais elevados (cláusula 5.^a do Despacho n.º 721/2006). De acordo com Valente (2010), as diferenças significativas de eficiência existentes entre os hospitais requeriam um ajustamento progressivo dos custos até aos valores fixados como «preços de mercado», o que levou à definição de planos de convergência que resultassem de um

²¹ De acordo com o n.º 3 da cláusula 19.^a do referido Despacho, se o volume da produção realizada pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, o SNS assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, ao preço marginal correspondente a: 44% do preço contratado para o internamento de GDH médicos e de GDH cirúrgicos urgentes; 58% do preço contratado para a consulta; 45% do preço contratado para a urgência, e 75% do preço contratado para o hospital de dia.

compromisso entre o prestador e o Estado. Genericamente, o valor de convergência corresponde à diferença entre os proveitos previstos pela atividade a realizar e os custos operacionais, dividida em duas parcelas: uma fixa, numa percentagem que varia anualmente, e outra que se encontra indexada ao cumprimento de determinados objetivos.

A verba de convergência é formalmente um mecanismo adicional que permite assegurar a convergência progressiva dos hospitais mais ineficientes, mantendo a utilização de uma tabela de preços única para todos. Os hospitais mais eficientes de cada grupo viram reduzida a sua possível margem para, temporariamente, libertarem alguns recursos necessários para financiar parte da ineficiência dos outros. A teoria económica sugere que as verbas de convergência correm o risco de funcionar de forma perversa, já que ao pagar mais aos ineficientes os incentivamos a não corrigir a situação. Por outro lado, há sempre a possibilidade de estes subsídios facilitarem correções estruturais (Gouveia et al., 2006, *apud* Pêcego, 2010:38).

iv) **Indicadores de acompanhamento:** São selecionados e incluídos no contrato indicadores de aferição da qualidade e eficiência (os quais devem refletir os diferentes tipos de desempenho das unidades hospitalares) e fixadas metas para os mesmos. Estes indicadores, em termos nacionais, são relativos às áreas de qualidade e serviço, acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro. De acordo com o OPSS (2009) estas alterações constituíram um passo decisivo na alteração da lógica meramente quantitativa da negociação da produção até então praticada, com a introdução de indicadores que contemplam as áreas de qualidade e serviço, produção e eficiência operacional e eficiência económico-financeira.

Os condicionalismos são abordados em sede de metodologia do contrato-programa e prendem-se com as restrições orçamentais que se têm verificado, apresentando a verba inscrita no orçamento do SNS e fixadas as metas de crescimento dos custos para o ano em causa.

"O conceito de orçamentos-programa tem origem na necessidade de ligar a atividade prevista ao volume de recursos financeiros atribuídos a uma organização" (Escoval, 2003:120), correspondendo basicamente a orçamentos económicos em sede de contrato-programa.

Segundo Pêcego (2010), a metodologia para cada ano não tem sofrido alterações significativas quer nas linhas de produção a serem contratualizadas, quer nos preços a praticar e nos valores de convergência, quer, ainda, nos objetivos propostos para as diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Analisadas as metodologias do contrato-programa de 2006 a 2009²², verifica-se que, no que concerne ao preço²³, se procedeu em 2006 à atualização em 15% para consultas externas, 2,5% na urgência e 10% em hematologia e imuno-hemoterapia; em 2008 e 2009 observou-se um crescimento para os preços de consultas equivalente ao valor global da inflação de 2005 (2,3% e 2.1%, respetivamente), verificando-se em ambos os anos diferenciação de preços para primeiras consultas e consultas subsequentes. As alterações desta índole não têm portanto sido significativas, devido sobretudo pelas fortes restrições orçamentais que se têm verificado.

No que se refere ao plano da convergência, tem-se assistido a um aumento da parte variável por contrapartida da diminuição da parte fixa. Registe-se que a parte fixa passou de 70% no ano de 2006 para 60% no ano de 2007 enquanto que a parte variável, condicionada ao cumprimento dos objetivos, passou de 30% para 40%, respetivamente.

De acordo com a redação da metodologia do contrato-programa, a contratualização das metas de desempenho tem inerente a criação de um aumento dos níveis de exigência e de responsabilização dos prestadores que, para ser efetiva, tem que ter obrigatoriamente mecanismos que discriminem e introduzam consequências derivadas de todo o processo.

Assim sendo, as consequências estarão associadas ao cumprimento das metas estabelecidas para cada um dos objetivos definidos e segundo o esquema de atribuição de incentivos. O valor dos incentivos institucionais corresponde a uma percentagem do valor financeiro total disponível para os hospitais, distribuído proporcionalmente ao peso da atividade e distribuído de acordo com o cumprimento das metas contratadas, para os indicadores estabelecidos. Este mecanismo foi introduzido em 2008, tendo sido fixada uma percentagem de 2% em 2008 e de 5% em 2009.

Para além disso, o apuramento dos valores para avaliação do desempenho e submissão ao regime de incentivos, apresenta a seguinte metodologia para 2008 e 2009: 45% e 30%, respetivamente, do valor dependente do cumprimento dos objetivos institucionais comuns, 20%, em ambos os anos, dos objetivos regionais e os restantes 35% e 50% (respetivamente) do cumprimento dos objetivos institucionais de cada região.

²² Período de relevo para este trabalho de investigação.

²³ O Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS encontra-se previsto na Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, que revogou a Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de janeiro, e o Despacho n.º 7376/2000, de 5 de abril).

Verifica-se portanto, que passou a privilegiar-se o cumprimento dos objetivos institucionais de cada região, em detrimento de objetivos globais.

O Quadro 1 apresenta a evolução dos objetivos para a convergência de melhores desempenhos entre 2006 e 2009.

Da leitura do Quadro 1 podemos verificar que as alterações mais evidentes ocorreram em 2007 com a introdução de objetivos regionais (com a mesma ponderação que os nacionais no apuramento do nível de cumprimento dos objetivos definidos) e em 2008 com a consideração do cumprimento das metas de crescimento definidas para os custos com compras, consumos, fornecimentos e serviços externos e custos com pessoal.

No entanto, os indicadores mantiveram-se sensivelmente os mesmos neste período, com alterações discretas ao nível da sua ponderação. Os indicadores de desempenho económico-financeiro diminuíram a sua taxa de ponderação em 2008, mas, tal parece ter sido compensado, percentualmente, com a análise do controlo dos custos pré-definido. Apesar da transparência se encontrar ideologicamente no centro deste processo, não se encontram descritos os motivos que estão na base da seleção destes indicadores e desconhece-se *à posteriori* as entidades que receberam incentivos e mediante que níveis de desempenho.

A par destas medidas, as modificações no Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março) obrigam à celebração de um contrato de gestão com qualquer empresa pública. Observe-se ainda neste plano, a demissão prevista do gestor público no caso na respetiva avaliação de desempenho ser negativa, tal como a inobservância do plano estratégico definido para cada instituição (art.º 25.º). De acordo com o art.º 24.º do referido Decreto-Lei (nas suas alíneas b), c) e d)), o Conselho de Administração, a Comissão Executiva ou o Conselho de Administração Executivo podem ser dissolvidos em caso de: não observância, nos orçamentos de exploração, e investimento, dos objetivos fixados pelo acionista de controlo ou pela própria tutela; desvio substancial entre os orçamentos e a respetiva execução; ou grave deterioração dos resultados do exercício ou da situação patrimonial, quando não provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores.

Quadro 1. Evolução dos Objetivos para a Convergência de Melhores Desempenhos (construção própria).

Áreas	Indicadores	2006	2007	2008	2009
Qualidade e serviço	Taxa de readmissões no internamento nos 1.ºs 5 dias	15%	15%	15%	15%
	N.º de profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo de infeção	-	-	15% (Meta:10% do pessoal)	10% (Meta:10% do pessoal)
Acesso	Peso das primeiras consultas no total das consultas médicas	-	15%	15%	10%
	N.º de doentes referenciados para RNCC/N.º de doentes saídos nas especialidades medicina interna, cirurgia e ortopedia	-	-	15%	15%
Desempenho assistencial	Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	20%	15%	-	15%
	Demora média (dias)	15%	15%	-	10%
Desempenho Económico-Financeiro	Resultado líquido	30%	10%	-	-
	Peso da remuneração extraordinária no total dos custos com pessoal	20%	-	-	-
	Resultado operacional	-	15%	10%	15%
	Custo unitário por doente padrão tratado	-	15%	10%	10%
Objetivos Regionais	Doente padrão/Médico ETC	-	40% Norte	√	√
	Taxa de infeção hospitalar	-	60% Norte	√	√
	Taxas de crescimento das listas de espera para cirúrgica	-	45% Centro	√	√
	Taxa de crescimento da lista de espera para 1.ª consulta	-	55% Centro	√	√
	Variação das 1.ªs consultas 2007/2006 (4 especialidades)	-	40 %LVT	√	√
	Variação cirúrgica programada 2007/2006 (3 especialidades)	-	45% LVT	√	√
	Peso das cesarianas no total de partos	-	15% LVT	√	√
	Custos Unitários- C. Externa	-	25% Alentejo	√	√
	Custos Unitários- H. dia	-	25% Alentejo	√	√
	Custos Unitários- Urgência	-	25% Alentejo	√	√
	Custos Unitários- Internamento	-	25% Alentejo	√	√
	Qualidade da Codificação dos GDH's	-	40% Algarve	√	√
	% primeiras consultas no total de consultas	-	60% Algarve	√	√

Nota: A partir de 2008, o cumprimento das metas de crescimento dos custos com compras, consumos, fse e custos com pessoal, também integram o apuramento do valor de cumprimento.

Os casos suscetíveis de dissolução ou demissão, previstos nos artigos 24.º e 25.º do Decreto-Lei supracitado, não estão contudo explícita e objetivamente definidos, tendo em conta que o «desvio substancial» e a «grave deterioração dos resultados» não configuram «mensurabilidade», i.e., não se encontram expressamente definidos. Surgem de imediato questões tais como: que níveis de desempenho - qualidade, acesso, assistencial ou económico-financeiro - são considerados?; que desvio (absoluto ou percentual) é considerado objetivamente como substancial?; objetivamente, que deterioração dos resultados é considerada gravosa e que resultados serão analisados? Observa-se, assim que muitas questões ficam por responder o que afeta significativamente a aplicabilidade do diploma legal referente ao Estatuto do Gestor Público.

Por fim, importa realçar que nos termos do Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro, o plano estratégico deve permitir às instituições em desequilíbrio financeiro atingir um EBIDTA²⁴ positivo no período de três anos, o que evidencia uma preocupação da tutela de equilibrar as contas dos hospitais do SNS e um avanço na definição de metas explícitas de foro económico-financeiro.

2.2.3. Contratualização em contexto hospitalar: fatores críticos e perspetivas futuras

O OPSS tem vindo a defender o processo de contratualização como um instrumento fundamental para atingir uma utilização mais eficiente dos recursos e se alcançarem melhores resultados em saúde. Para além disso, constitui uma ferramenta que, através da separação financiador-prestador, introduzirá maior transparência e rigor ao sistema, com ganhos aos níveis da prestação de contas, e poderá potenciar uma maior responsabilização e promover uma avaliação mais efetiva e rigorosa do sistema (OPSS, 2009; Ferreira *et al.*, 2010).

No entanto, a contratualização num mercado, que por si só é de grande complexidade, apresenta forçosamente múltiplos constrangimentos. Desde logo, um dos grandes obstáculos à contratualização é a insuficiência de conhecimentos dos órgãos responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização na preparação e acompanhamento deste processo (Escoval, 2010).

²⁴ Corresponde ao resultado antes de juros, impostos, depreciações e amortizações.

Ferreira *et al.* (2010), apresentam alguns fatores, inerentes ao setor da saúde, que potencialmente dificultam a implementação e efetividade da contratualização:

- Assimetrias de informação na relação prestador-utente, na relação prestador-entidade gestora e na relação entre gestores da prestação de cuidados e decisores de nível político;
- Presença de vários tipos de relações de agência, que dificultam a monitorização de comportamentos e de resultados, porque tendem a gerar seleção adversa e risco moral;
- Em saúde, a produção desenvolve-se num contexto de incerteza, em que o *output* (produção, com várias dimensões) não define linearmente o *outcome* (ganhos em saúde) e a avaliação da qualidade e do desempenho são muito exigentes.
- Trata-se de um «mercado» (o da saúde) com fraco grau de contestabilidade interna, pela tendência para existirem monopólios naturais (regionais e/ou locais) na oferta, com rendimentos crescentes à escala e por economias de diversidade que favorecem algum grau de concentração de serviços.
- A oferta tende a ser descontínua, apesar de todas as tentativas de articulação entre serviços prestadores, e em torno do percurso do utente no sistema, para além de existir um poder intenso dos grupos profissionais, ao mesmo tempo que, em termos de financiamento, os prestadores enfrentam um comprador público monopsonista.

Segundo Escoval (2003) vários autores defendem que as principais dificuldades associadas ao processo de contratualização nos organismos públicos na maior parte dos países parecem ser: a falta de orientações claras e adequadas por parte dos governos; dificuldade em associar objetivos e metas pré-definidas (e devidamente quantificadas) ao orçamento da saúde; desarticulação entre orçamento e execução financeira; carência de um programa de reestruturação organizacional; capacitação insuficiente dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde; e a falta de envolvimento, desde o início, de todos os atores interessados, nomeadamente dos órgãos do Estado responsáveis pela área das finanças.

Por tudo o acima referido, o processo de contratualização tem padecido de algumas fragilidades, as quais derivam de aspetos estruturais que não têm permitido uma evolução tão rápida quanto o desejável e que decorrem em grande medida da descontinuidade das políticas, da capacidade de influência dos grupos de pressão, da desvalorização do

conhecimento e da evidência como base de tomada de decisão, a que se alia a fragilização do planejamento e do estabelecimento de prioridades (OPSS, 2009).

Em síntese, para ser viável e sustentável, o processo de contratualização deve progredir para modelos baseados numa lógica de resultados em saúde (*outcomes*) e de criação de valor para os cidadãos, decorrendo de um planejamento que contemple as necessidades em saúde e um alinhamento estratégico entre as metas contratualizadas externamente com a missão e objetivos da instituição, sempre sustentado por incentivos financeiros e instrumentos de monitorização contínua da qualidade, num quadro de sustentabilidade financeira (OPSS, 2009).

Não obstante, aparentemente, a inexistência de mecanismos explícitos de contratualização ao nível interno perpetuou a continuidade de uma cultura centrada nas tradicionais metodologias burocráticas associadas ao setor público (e à sua ineficiência). Além disso, a ausência de responsabilização pelos resultados e preocupação efetiva pela obtenção de excelência no desempenho, associadas a uma comunicação deficiente entre as estruturas, têm oferecido entraves à efetividade de um processo já por si extremamente exigente (Campos e Simões, 2011).

Parte da atividade da prestação de cuidados não é totalmente antecipável à priori e a supervisão é difícil, conduzindo a um elevado risco de ausência de produção dos *outcomes* desejáveis ou não com os custos previstos. Estes fatores explicam os elevados custos de transação típicos da conceção, negociação, implementação, monitorização e *enforcement* dos contratos na área da saúde (Ferreira *et al.*, 2010).

Segundo Ferreira *et al.* (2010), se considerarmos crucial a utilização do processo de contratualização nos diferentes níveis de prestação de cuidados e em todas as instituições de saúde, para além da sua generalização para o setor privado e social e o aperfeiçoamento dos modelos atualmente em curso no SNS e respetivos mecanismos de monitorização e acompanhamento, revela-se fundamental o estudo e aprofundamento de novos modelos de contratualização.

Os fatores críticos e as perspectivas futuras apresentadas por diferentes autores, apresentam aparentemente transversalidade no tempo, o que sugere a necessidade de introduzir mudanças no processo de contratualização, de forma a promover a sua efetividade.

2.3. Avaliação do Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais

There is no understanding of change in performance without quantification. Measurement, as a global concept, is the initiation of quantification but in the case of health care quality, measurement also includes evaluation, expectation management, and strategies for change (Kazandijan, 2010:120).

"A avaliação dos serviços da Administração Pública constitui uma exigência decorrente da responsabilização pela utilização de fundos estatais destinados a responder a necessidades públicas" (Simões, 2004a:271). A importância dos serviços prestados pelas respetivas entidades e os elevados gastos que envolvem a sua prestação impõem e justificam as reformas que têm vindo a ser desenvolvidas no setor da saúde, no sentido da otimização da utilização de recursos públicos e da eficiência dos próprios serviços.

De acordo com o OPSS (2012) a situação económica e financeira dos hospitais portugueses tem vindo a deteriorar-se, com um visível agravamento dos défices e do nível de endividamento, com prejuízo da estabilidade e da segurança financeira necessárias a um bom desempenho. A elevada incerteza quanto à evolução das receitas e despesas públicas, associada à dívida crescente a fornecedores, nomeadamente à indústria farmacêutica, o crescente agravamento dos prazos médios de pagamento que acarreta um elevado risco de cortes de fornecimento aos hospitais, está a criar evidentes constrangimentos (OPSS, 2012). Para além disso, "a dimensão da dívida a curto prazo é superior a 80% do somatório dos contratos-programa negociados com os hospitais, consubstanciando uma inegável debilidade financeira" (OPSS, 2012:93).

A situação deficitária do setor, apontada como consequência de uma gestão ineficiente, tem conduzido à realização de comparações de níveis de desempenho, quer a nível nacional perante diferentes métodos de gestão, quer internacionalmente, abrangendo os vários sistemas de saúde como forma de aferir fatores determinantes para a performance do setor e das suas organizações.

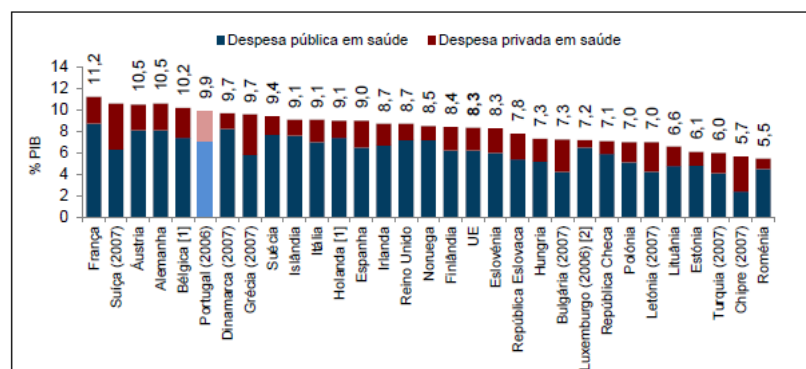
Nunes e Rego (2002, *apud* Jesus, 2009) referem que o sistema de saúde português tem qualidade deficitária: é ineficaz porque não se atinge a totalidade dos objetivos propostos, e ineficiente por não garantir uma utilização adequada dos recursos disponíveis.

De acordo com a Conta Satélite da Saúde 2000-2008 (INE, 2010), a despesa total em saúde aumentou neste período, em termos nominais, 4,9% por ano²⁵, correspondendo em 2008 a cerca de 10% do Produto Interno Bruto (PIB). Para além disso, de acordo com a mesma fonte, o crescimento médio anual do PIB em valor foi de 3,9%. o que significa que a despesa em saúde tem aumentado mais que a riqueza produzida.

Neste contexto, tem sido usual a realização de comparações internacionais das despesas no setor da saúde como forma de aferir o desempenho de diferentes sistemas e de diferentes países, permitindo a relativização dos níveis de desempenho apresentados (bem como da sua evolução). Essas comparações procuram detetar os fatores determinantes das diferenças nas despesas de saúde entre países de níveis de desenvolvimento relativamente similares, bem como perceber se existem diferenças substanciais nos custos incorridos mediante diferentes sistemas de saúde (ou em sistemas similares com políticas de saúde distintas).

Para uma abordagem integrada, relativamente à dimensão económica do sector da saúde português, comparativamente com outros países da OCDE, apresentamos nos Gráfico 1 e Gráfico 2 um breve sumário de agregados macroeconómicos relativos ao setor, disponibilizados por esta organização para o continente europeu.

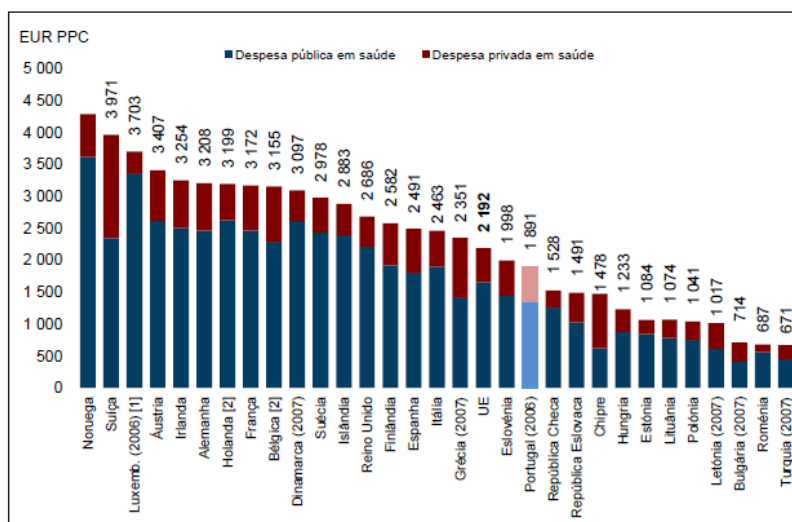
Gráfico 1. Peso (%) da Despesa Total em Saúde no PIB (2008)



Fonte: ACSS (2010).

²⁵ De acordo com este relatório, o aumento da despesa total foi basicamente determinado pela despesa corrente em saúde que aumentou em média anual, no mesmo período, 5,2%.

Gráfico 2. Despesa Total *per capita* (componente de despesa pública e componente de despesa privada), 2008



Fonte: ACSS (2010)

A análise dos gráficos permite-nos verificar que Portugal apresenta-se como o país com o sexto maior rácio de despesa total em saúde sobre o PIB (9,9%, bastante superior à média de 8,3% apresentada na UE) mas com a vigésima «posição» no que respeita à despesa *per capita* (inferior à média europeia), revelando um significativo desequilíbrio entre a porção despendida para o setor no seu todo e despendida e por cidadão.

A regulação mais apertada da atividade dos hospitais e da prestação de cuidados de saúde, a par do contexto europeu e internacional, com a livre circulação de utentes, impõem um permanente desafio à sua gestão, agora ampliado com a necessidade de responder também à complexa situação económico-financeira e orçamental que Portugal atravessa (Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro²⁶).

Simões (2009:279) descreve algumas das razões que levam a considerar necessária ou até inevitável a avaliação dos serviços de saúde:

- Razões determinadas pelo contexto político e económico: o ritmo crescente das despesas públicas com a saúde e a determinação dos governos perante o seu controlo e a promoção da eficiência, determinam a necessidade de um acompanhamento exigente do desempenho das unidades de saúde;
- As unidades prestadoras vão-se, progressivamente, libertando da lógica corporativa dos profissionais, desencadeando processos de controlo da atividade e promovendo a inevitabilidade de uma cultura de prestação de contas (*accountability*);

²⁶ Relativo à introdução de alterações na metodologia do contrato-programa para 2013.

- As entidades financiadoras, públicas ou privadas, tendem a aumentar o seu poder de controlo da quantidade e da qualidade dos cuidados de saúde;
- A justiça torna-se cada vez mais exigente na responsabilização dos profissionais e das instituições pela adequação dos cuidados prestados, quer em relação à responsabilidade civil, à responsabilidade criminal, quer à responsabilidade disciplinar;
- Os gestores, mais qualificados e com mais poder delegado, tornam-se mais exigentes em relação ao funcionamento eficiente das organizações.
- Aumento do *empowerment* dos cidadãos em relação à saúde, que têm vindo a assumir um papel cada vez mais ativo e exigente- tal reflete-se em: exigências de aumento progressivo da informação [e sua qualidade]; do papel crescente de reclamações; de uma redobrada atenção da comunicação social que dá eco a deficiências (reais ou aparentes) no desempenho dos serviços; da pressão exercida pelos partidos políticos e por outras organizações de representação dos cidadãos.

As mudanças verificadas na cultura do setor público a nível internacional, estendidas também ao setor da saúde, têm colocado o enfoque na avaliação dos resultados (*outcome evaluation*), atenuando o peso da avaliação dos processos (*process evaluation*) (Simões, 2004a).

A avaliação do desempenho dos hospitais tem por isso sido objeto de reflexões de vários investigadores, incluindo portugueses, à procura de novas ferramentas que sejam capazes de medir e promover melhorias no desempenho hospitalar.

A análise da literatura sobre o tema permite verificar que todas essas ferramentas recorrem à construção de indicadores, com o intuito de avaliar as diferentes atividades desenvolvidas por uma organização e comparar os resultados obtidos com os objetivos previamente definidos, detetando a existência de possíveis desvios e orientando a definição das medidas corretivas a aplicar.

A literatura mostra particularmente que a utilização de «indicadores quantitativos» tem sido cada vez mais valorizada, postulando-se que este tipo de indicadores produz «evidências da qualidade», crescentemente requeridas na *prestação de contas* (*accountability*) às distintas partes interessadas na *performance* dos sistemas e serviços de saúde (Czarnecki 1994; Audit Commission, 2000; Fowler, 2001 e Escrivão, 2007 *apud* Silva, 2011).

Campos (2007, *apud* Jesus, 2009), numa Conferência na Ordem dos Economistas em Lisboa, referia que o sistema de saúde português tem-se defrontado com problemas de sustentabilidade financeira no médio prazo, e conseqüentemente poderá no futuro tornar-se financeiramente não suportável, a menos que sejam introduzidas medidas enérgicas que conduzam ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, ou ao aumento da receita.

Assim sendo, a avaliação do desempenho económico-financeiro das instituições de saúde, em geral, e o impacto sobre o mesmo de medidas introduzidas no sistema de saúde, em particular, são cruciais para a prossecução efetiva da sustentabilidade financeira do SNS.

Medir o desempenho de um hospital não é no entanto fácil, tendo em conta que os objetivos nem sempre são claros, o sistema hospitalar é particularmente complexo e alguma informação é intangível ou não mensurável, dificultando a comparação (Simões, 2004b).

A avaliação do desempenho das organizações de saúde é um assunto que tem merecido crescente interesse e importância e os indicadores podem, por isso, ser utilizados para analisar o desempenho dos diferentes hospitais no tempo e nas suas áreas centrais, constituindo um instrumento fulcral para a eficiência na gestão e qualidade dos serviços prestados.

Segundo Souza *et al.* (2010) a busca pela excelência é um dos grandes desafios das organizações hospitalares do mundo inteiro. Para os autores, a escassez de recursos dos governos, bem como a competitividade e a pressão exercida pelos planos de saúde fazem com que os administradores hospitalares procurem ferramentas para auxiliar a sua gestão, de modo a reduzir os custos e aumentar a eficiência das organizações por eles geridas.

Tendo em atenção o acima referido, procura-se, de seguida, apresentar alguns dos indicadores, com especial enfoque nos de foro económico-financeiro, que têm sido comumente utilizados por organismos públicos na análise do desempenho e execução financeira das unidades de saúde e do próprio Serviço Nacional de Saúde.

Nos termos do Despacho n.º 11374/2011, de 7 de setembro, o Programa do XIX Governo Constitucional tem como um dos seus princípios e objetivos a melhoria da informação e conhecimento do sistema de saúde português, constituindo uma das prioridades a disponibilização de informação pública mensal relativa à produção e situação

económico-financeira das instituições (hospitais, unidades locais de saúde, ARS e respetivos agrupamentos de saúde, e outros serviços). No atual contexto económico-financeiro, em que são exigidas medidas de racionalização da despesa, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização, dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde, o referido Despacho pretende que a informação disponibilizada permita um maior conhecimento do desempenho do SNS, por parte dos cidadãos e das comunidades em geral, reforçando os mecanismos de transparência e de responsabilização, da gestão, da prestação, da assistência e do consumo de cuidados de saúde, preventivos e curativos, que com maior acuidade se impõem.

No anexo II do referido diploma é apresentado um quadro de monitorização hospitalar que contempla indicadores económico-financeiros, de utilização da capacidade instalada, de produtividade e rácios de produção e eficiência.

Por constituírem o enfoque do estudo empírico desenvolvido nesta dissertação, assumem especial relevância os indicadores económico-financeiros, que assim se sintetizam nos Quadro 2 e Quadro 3 a seguir apresentados.

Quadro 2. Dados/Indicadores Económico-Financeiros utilizados pela ACSS para monitorização do desempenho.

Dados/Indicadores	Fonte
Proveitos Operacionais % proveitos com taxas moderadoras Custos Operacionais; Resultados Operacionais CMVMC Material de consumo clínico Produtos farmacêuticos FSE Custos ajustados com Pessoal Custo com horas extraordinárias e suplementos % do custo com HE e suplementos no total de custos com pessoal % dos custos com prestações de serviços médicos no total de custos com pessoal Custo com pessoal médico por ETC Custos com pessoal de enfermagem por ETC Custos Operacionais por residente (Unidades Locais de Saúde)	Anexo II do Despacho n.º 11374/2011, de 7 de setembro
Autonomia Financeira Solvabilidade Total Endividamento	Relatório e Contas do SNS de 2008 (2010) ²⁷

²⁷ Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20e%20Contas%20do%20SNS%202010.pdf> [10 de Outubro de 2011].

Dados/Indicadores	Fonte
Liquidez Geral Prazo Médio de Pagamento (em dias) Prazo Médio de Recebimento (em dias)	
Solvabilidade Total Financiamento Próprio das Imobilizações Fundo de Maneio Bruto Liquidez Geral Liquidez Reduzida Liquidez Imediata Rotação dos Capitais Próprios Rotação de Stocks Rendimento das Imobilizações Prazo Médio de Pagamento Prazo Médio de Recebimentos Rentabilidade das Vendas Rentabilidade dos Capitais Próprios Rentabilidade do Ativo Total	Elementos Económico-Financeiros e de Atividade dos Hospitais EPE 2005/2006 ²⁸
Autonomia Financeira Solvabilidade Peso dos Custos com Pessoal ajustados no Total de Proveitos Operacionais Prazo Médio de Pagamento Variação do Resultado Operacional Custos com Fornecimentos e Serviços Externos Custos com Consumos Custos com o Pessoal Custos Operacionais per capita	Monitorização mensal de objetivos nacionais e regionais de Hospitais Centrais e IPO ²⁹
Consumos por doente padrão FSE por doente padrão Custos com pessoal por doente padrão Peso de horas extraordinárias e suplementos no total de custos com pessoal Custo (operacional) unitário por doente padrão tratado do exercício Resultado Operacional Resultado Líquido	Indicadores de Acompanhamento de Hospitais nas áreas de produtividade e eficiência ³⁰

O Tribunal de Contas constitui também uma autoridade com responsabilidade na avaliação do desempenho das unidades prestadoras de saúde em Portugal, pelo que no Quadro 3 apresentam-se alguns dos indicadores económico-financeiros analisados por esse organismo.

²⁸ Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais_EPE_SPA/Hospitais_EPE/AcompanhamentoHospitaisEPE/HospitaisEPE2006.pdf [20 de outubro de 2011].

²⁹ Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Anexo%20VIII%20Quadros%20repor%20Acompanhamento.pdf> [1 de novembro de 2011].

³⁰ Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Indicadores/Fichas-Ind-Acomp%20Hosp%20-%20Produtividade%20e%20Efici%C3%Aancia.pdf [1 de novembro de 2011].

Quadro 3. Dados/Indicadores Económico-Financeiros utilizados pelo Tribunal de Contas para monitorização do desempenho.

Dados/Indicadores	Fonte
Rendibilidade dos Capitais Autonomia Financeira Solvabilidade Endividamento Resultados Operacionais Resultados Financeiros Resultados Extraordinários Resultados Líquidos Custos Totais Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas Fornecimentos e Serviços Externos Custos com Pessoal Proveitos Totais Prestações de Serviços Subsídios à Exploração Proveitos e Ganhos Extraordinários	Relatório do Tribunal de Contas <i>"O Modelo de Financiamento e a Situação Económico- Financeira Global dos Hospitais do SEE"</i> (2006)
Passivo Exigível Autonomia Financeira Endividamento Líquido Resultados Económicos Custos com Pessoal	<i>Anuário do Setor Empresarial do Estado</i> (2010)

A crescente incidência de estudos de análise económico-financeira de entidades prestadoras de cuidados de saúde, por parte de autoridades, revelam a importância e a pertinência de estudos de avaliação de desempenho nesta área e sobretudo a avaliação do impacto de políticas/medidas que pretendam aferir resultados a este nível.

Capítulo III: Estudo Empírico

A investigação é o palco da reflexão, onde se debatem cenários reais numa busca incessante pelas respostas às questões que aí emergem. Burns e Grove (2001, *apud* Fortin, *et al.*, 2009) definem a investigação como "um processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática".

Apesar do incremento verificado na investigação sobre a eficiência dos serviços de saúde, em resposta à grande ênfase colocada na necessidade de controlo de custos no setor, os estudos desenvolvidos têm-se debruçado essencialmente em análises comparativas de desempenho em hospitais de diferentes naturezas jurídicas. Nos últimos anos registou-se uma considerável incidência de estudos de análise comparativa de eficiência entre hospitais SA e SPA³¹ (e EPE, em alguns casos), mas poucos foram os que procuraram analisar o impacto de medidas ou políticas de saúde ou os fatores que estiveram na base do sucesso/insucesso das mesmas, e escassos os que analisaram a implementação da contratualização numa abordagem não teórica. Por isso, a opção do tema foi determinada, pelo interesse pessoal sobre as reformas no setor da saúde em geral, bem como pela temática da contratualização em particular mas, acima de tudo, por pretender contribuir para a análise dos resultados (económico-financeiros) de uma medida defendida pela *New Public Management* como importante no contexto de reformas na administração pública da saúde.

Selecionou-se a contratualização dos cuidados de saúde hospitalares por ser aquela que, em Portugal, apresenta um histórico de informação mais consolidado e um capital de experiência acumulado que contribuirão para o alcance de conclusões mais fidedignas. E, dentro deste tema, procurou-se avaliar o «impacto» económico-financeira da contratualização, operacionalizada através do contrato-programa, nos hospitais do setor empresarial do estado.

³¹ Nomeadamente Afonso e Fernandes (2008), Harfouche (2008) e Rego (2011).

3.1. Objetivos e Questões de Investigação

Este estudo tem como objetivo central determinar se a implementação da contratualização no contexto hospitalar promoveu um melhor desempenho económico-financeiro dos hospitais públicos portugueses, particularmente dos hospitais EPE.

Importa realçar que não constitui um objetivo a análise comparativa do desempenho verificado pelos diferentes hospitais da amostra, pretendendo-se avaliar (do ponto de vista global) o impacto da contratualização no desempenho económico-financeiro, não sendo tidos em conta os resultados ao nível do acesso, qualidade e desempenho assistencial.

Considerando este objetivo geral, iremos orientar a nossa investigação tendo por base as seguintes questões, no contexto dos hospitais EPE portugueses:

- 1) Verifica-se uma melhoria no desempenho económico-financeiro dos hospitais após a implementação da contratualização, em relação ao período anterior?
- 2) Existe uma tendência de melhoria do grau de execução dos respetivos contratos-programa?
- 3) Existem evidências de uma relação explícita entre a evolução dos indicadores económico-financeiros e a evolução do grau de execução dos contratos-programa?
- 4) Existem indícios de transição de uma cultura orçamental baseada em custos históricos («incrementalismo») para uma cultura orçamental com enfoque nos resultados?

Tendo em linha de conta o objetivo global preconizado neste estudo, a estratégia metodológica adotada caracterizou-se pelo recurso a uma abordagem predominantemente quantitativa, complementada com uma abordagem qualitativa.

Numa fase preliminar deste estudo procedeu-se a uma análise de informação documental, nomeadamente de contratos-programa e das metodologias adotadas ao longo do período em análise, que constituíram as bases para o desenho metodológico em causa.

Estamos perante um estudo de investigação que procura explorar possíveis relações (estudo exploratório) entre conceitos e variáveis, tendo por base uma metodologia quantitativa (ou objetivista), assente no paradigma positivista (Vieira, 2009).

Segundo Vieira (2009), enquanto a vertente normativa pretende explicar e prever, construindo modelos e ferramentas para ajudar o mundo empresarial a alcançar os

resultados e as condições ótimas, a vertente positivista tenta desenvolver teorias e modelos que descrevam e expliquem como e porquê os agentes económicos e sistemas alcançam as condições de equilíbrio ou se afastam delas.

Este tipo de metodologia interessa-se pelas causas objetivas dos fenómenos e apela à dedução, às regras da lógica e da medida, baseando-se na observação de factos, acontecimentos e fenómenos objetivos e comportando um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis (Fortin, *et al.*, 2009). Caracteriza-se portanto "pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos" (Fortin, *et al.*, 2009:27).

A investigação quantitativa comporta o desenvolvimento de uma estrutura conceptual e hipóteses suscetíveis de serem demonstradas. Por outro lado, especialmente ao nível de estudos exploratórios, pode ter por objeto a descrição quantitativa da realidade.

Estes processos incluem a definição do problema, os objetivos da investigação, o desenvolvimento do plano de investigação, a recolha de informações, a análise dessas informações e, por último, a apresentação dos resultados (Fortin, *et al.*, 2009).

3.2. Metodologia

O enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois é através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que vão ser processadas. Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as linhas orientadoras de uma investigação (Fortin *et al.*, 2009).

3.2.1. Definição da Amostra

Apesar da contratualização ter sido também implementada nos hospitais com figura jurídica de "sociedade anónima" (SA), selecionaram-se os hospitais EPE pelo facto dos dados, apresentados nos contratos-programa e nos relatórios de gestão e contas dos mesmos, se encontrarem publicamente disponíveis no site da ACSS, IP.³²

³² Os relatórios de gestão e contas encontram-se disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPEeSPA/Relat%C3%B3rioseContas/tabid/230/language/pt-PT/Default.aspx> e os contratos-programa em <http://www.acss.min-saude.pt/DirecçãoseUnidades/FinanciamentoeContratualização/ContratualizaçãoHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>.

Para avaliar os efeitos económico-financeiros produzidos pela contratualização, selecionou-se, para a primeira questão de investigação, o período 2003-2009 (para integrar na análise o período anterior à introdução da contratualização) e para as duas restantes o período 2006-2009, para os quais dispomos de dados publicados no sítio web oficial da ACSS supracitado. Registou-se o intervalo 2005/2006 como marco de transição no que respeita à implementação da contratualização no sistema de saúde português, tendo em conta que os primeiros contratos-programa foram celebrados para o exercício económico de 2006, mediante o Despacho n.º 22250/2005 de 25 de outubro, o que fundamenta o espaço temporal selecionado.

A fonte de dados privilegiada no nosso estudo é o Ministério da Saúde, em particular a informação produzida e publicada, como referido, na ACSS. A informação relativa às transformações verificadas nos hospitais EPE, cruciais para a seleção da amostra, foi extraída da Direção Geral do Tesouro e Finanças (do Ministério das Finanças)³³.

Para garantir a fiabilidade do estudo, e isolar o efeito da contratualização, foi necessário analisar as várias transformações que ocorreram no período em estudo (*e.g.* agregação de hospitais e/ou centros de saúde em centros hospitalares ou unidades locais de saúde), excluindo todos os hospitais EPE que sofreram agregações no mesmo período e cujos relatórios de gestão e contas passaram a apresentar dados consolidados³⁴. Para além disso, foram também excluídos da amostra os hospitais transformados em EPE após o ano de 2005 e que por consequência não apresentam dados publicados relativos aos exercícios de 2003 a 2005. Trata-se portanto de uma amostra por conveniência, com recurso a uma técnica de amostragem intencional pelo facto das unidades amostrais terem sido estratégica e intencionalmente selecionadas pelo investigador (Vieira, 2009). Integra-se numa amostragem não probabilística ou não-aleatória, tendo em conta que a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes (Maroco, 2007).

Tudo isto considerado, a amostra usada no presente estudo compreende um total de 14 hospitais EPE, de um universo de 33 hospitais EPE (em 2006³⁵) agrupados no Quadro 4.

³³ <http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/relatorios-see/anuais>

³⁴ Estas e outras alterações podem ser consultadas no Apêndice 1 onde consta uma listagem dos hospitais EPE e as alterações associadas, bem como a legislação que lhes está subjacente.

³⁵ A título exemplificativo, em 2009 o universo de hospitais EPE é de 41, devido às alterações supracitadas que se encontram no quadro do apêndice 1.

Quadro 4. Amostra

Descrição da Amostra		
Hospitais EPE ³⁶	ARS	Tipo de Hospital ³⁷
Hospital Infante D. Pedro, EPE	ARS Centro	Hospital Distrital, Grupo 4
IPOFG- Centro Regional de Oncologia de Coimbra, EPE	ARS Centro	Hospital Especializado/Instituto de Oncologia, Grupo 1
IPOFG- Centro Regional de Oncologia do Porto, EPE	ARS Norte	Hospital Especializado/Instituto de Oncologia, Grupo 1
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	ARS Norte	Hospital Distrital, Grupo 4
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	ARS Centro	Hospital Distrital, Grupo 4
Hospital de São Teotónio, EPE	ARS Centro	Hospital Central, Grupo 2
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	ARS Centro	Hospital Distrital, Grupo 4
IPOFG- Centro Regional de Oncologia de Lisboa, EPE	ARS LVT	Hospital Especializado/Instituto de Oncologia, Grupo 1
Hospital de Santa Maria Maior, EPE	ARS Norte	Hospital Distrital, Grupo 4
Hospital de Santo André, EPE	ARS Centro	Hospital Distrital, Grupo 4
Hospital Garcia da Orta, EPE	ARS LVT	Hospital Central, Grupo 2
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	ARS LVT	Hospital Distrital, Grupo 4
Hospital Distrital de Santarém, EPE	ARS LVT	Hospital Distrital, Grupo 4
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	ARS Algarve	Hospital Distrital, Grupo 4

Em resumo, a amostra integra, como se observa no Quadro 4, seis hospitais da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro), três da ARS Norte, quatro da ARS LVT (Lisboa e Vale do Tejo) e um da ARS Algarve, abrangendo portanto entidades que cobrem todo o território de Portugal Continental, à exceção da região do Alentejo.

3.2.2. Definição das Variáveis

"A composite indicator is above all the sum of its parts" (OECD, 2008:23)

Para a prossecução do objetivo central deste estudo, isto é, a avaliação dos efeitos produzidos pela implementação da contratualização no desempenho dos hospitais numa

³⁶ A amostra é composta por hospitais, IPO, centros hospitalares e uma Unidade Local de Saúde (ULS), no entanto, por simplificação será utilizado o termo "hospital" para os demais casos.

³⁷ De acordo com as informações disponíveis no Portal da Codificação Clínica e dos GDH.

perspetiva económico-financeira, considerou-se oportuno a utilização de indicadores compósitos (ou agregados) com a finalidade de serem obtidos e analisados resultados globais de desempenho³⁸. Para o efeito, construiu-se um *Indicador de Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais* (adiante IDEFH) e um indicador de *Grau de Execução dos Contratos-Programa* (adiante GECP), os quais se pretende constituírem um contributo importante deste trabalho de investigação³⁹. Estamos perante variáveis quantitativas cuja escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas (Maroco, 2007).

"The composite indicator should ideally measure multidimensional concepts which cannot be captured by a single indicator, e.g. competitiveness, industrialization, sustainability, single market integration, knowledge-based society, etc." (OECD, 2008:13). Tendo em conta a necessidade de avaliar o desempenho económico-financeiro dos hospitais da amostra no período definido, e o facto de serem vários os indicadores que estão na base dessa avaliação, considerou-se que a utilização de um indicador compósito seria uma mais-valia para a prossecução do objetivo central deste estudo.

O Manual da OECD (2008), apresenta um quadro onde reúne alguns prós e contras do recurso a indicadores compósitos, cuja informação se encontra descrita no Quadro 5. Na obra que tem vindo a ser citada da OECD (2008), são apresentadas alternativas para a agregação, num único indicador, de variáveis cujos dados são apresentados em diferentes unidades de medida, nomeadamente: o ranking (avalia o desempenho ao longo do tempo em termos de posicionamento relativo); o Min-Max (agrega indicadores num intervalo idêntico de [0,1]); a distância a uma referência (mede a posição relativa do valor de um indicador em relação a um valor de referência); e a homogeneização de variáveis (converte indicadores numa escala comum com média nula) e a categorização de escalas (assume um score para cada indicador permitindo premiar os melhores desempenhos e penalizando os piores).

³⁸ Têm já sido desenvolvidos em Portugal estudos no setor da saúde que recorrem a indicadores compósitos (e.g. Afonso *et al.* (2005) e Giraldes (2007)).

³⁹ Cf. Afonso e Fernandes (2005). *Assessing and Explaining the Relative Efficiency of Local Government: Evidence for Portuguese Municipalities*. Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~depeco/wp/wp192005.pdf>. Para avaliar a eficiência dos municípios portugueses, os autores recorreram à construção do *Local Government Output Indicator (LGOI)*, um indicador compósito que integrou indicadores de serviços sociais, educação, serviços culturais, saneamento, ordenamento territorial e de infraestruturas rodoviárias. A sua construção teve por base o método de homogeneização de variáveis, o qual será igualmente adotado neste estudo.

Quadro 5. Prós e Contras dos Indicadores Compósitos

Prós	Contras
<ul style="list-style-type: none">• Permitem resumir realidades complexas e multidimensionais para apoiar a tomada de decisões.• São mais fáceis de interpretar do que uma bateria de indicadores distintos.• Reduzem o tamanho visível de um conjunto de indicadores sem perder informação base subjacente.• São palco de questões relativas ao desempenho e progresso de países no contexto político.• Facilitam a comunicação com o público em geral (<i>e.g.</i> cidadãos, <i>media</i>, etc.).• Ajudam a construir/ consolidar informação para leigos e alfabetizados.• Permitem a comparação eficiente de dimensões complexas.	<ul style="list-style-type: none">• Podem enviar mensagens políticas enganosas caso sejam mal construídos ou mal interpretados.• Podem gerar conclusões simplistas.• A seleção de indicadores a incluir e respetivas ponderações podem ser objeto de controvérsias.• Podem disfarçar falhas graves em algumas dimensões e aumentar a dificuldade em identificar medidas corretivas adequadas, caso o processo de construção não seja transparente.• Podem gerar políticas inadequadas se as medidas de desempenho de mais difícil medição forem ignoradas.

Fonte: Adaptado de OECD (2008). Tradução livre da autora.

No presente estudo utilizámos a homogeneização de variáveis para o IDEFH e a categorização de escalas para o GECP, os quais serão detalhadamente apresentados nos próximos pontos desta secção.

Procuraremos também descrever os conceitos e objetivos que estiveram na base da construção dos referidos indicadores, tendo em conta que:

A sound theoretical framework is the starting point in constructing composite indicators. The framework should clearly define the phenomenon to be measured and its sub-components, selecting individual indicators and weights that reflect their relative importance and the dimensions of the overall composite (OECD, 2008:23).

3.2.2.1. Indicador de Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais (IDEFH)

Conscientes de que as forças e fraquezas de um indicador compósito definem-se desde logo, na seleção dos sub-indicadores (e sua ponderação), procuraremos de seguida descrever o mais detalhadamente possível todo o processo de seriação e construção.

Na análise financeira encontramos três grandes vertentes de estudo (Fernandes *et al.*, 2012): o equilíbrio financeiro, que se prende com a capacidade da organização solver os seus compromissos, de curto prazo e de médio e longo prazos; a rendibilidade dos capitais, que permite aferir da capacidade de gerar resultados, com determinados recursos utilizados (tais como os ativos, o capital próprio e o volume de negócios); e o risco, que

envolve a análise da incerteza relativamente a acontecimentos futuros e o seu possível impacto em variáveis críticas para a organização. A análise financeira revela-se portanto um instrumento de informação crucial para a tomada de decisões e para a análise do percurso das organizações numa perspetiva temporal.

Segundo Fernandes *et al.* (2012), o estudo da situação económico-financeira interessa a todos os *stakeholders* das organizações. Este interesse adquire dimensões de maior grandeza quando estamos perante organizações públicas, cujo desempenho na gestão apresenta repercussões de domínio público.

A construção e interpretação dos rácios e indicadores é a técnica de análise financeira mais comum, na medida em que permite a obtenção de informação relevante e complementar àquela que resulta da simples leitura dos valores constantes das demonstrações financeiras das empresas (Fernandes *et al.*, 2012: 63).

Este estudo procurou por isso avaliar o impacto económico-financeiro da contratualização no setor da saúde através de um indicador global de desempenho que permita aferir a evolução global do mesmo na amostra e no período temporal em análise. A definição e seleção dos sub-indicadores do IDEFH (reunidos no Quadro 6) tiveram por base o conjunto de indicadores económico-financeiros correntemente utilizados pela ACSS, Tribunal de Contas e pelos próprios hospitais nos relatórios publicados, assim como a revisão bibliográfica efetuada sobre o tema. Adicionalmente considerámos como critério principal o estabelecimento de um padrão de comparação: neste caso, «quanto maior o valor do indicador, melhor é o desempenho económico-financeiro do hospital».

Quadro 6. Variáveis que integram o IDEFH e respetiva ponderação

Indicador		Fórmula	Ponderação
Indicadores Financeiros de Curto Prazo	Liquidez Geral	$LG = \frac{\text{Ativo realizável a curto prazo}^{40}}{\text{Passivo exigível a curto prazo}}$	1
	Liquidez Imediata	$LI = \frac{\text{Disponibilidades}}{\text{Passivo exigível a curto prazo}}$	1

⁴⁰ Para o cálculo do ativo realizável, subtraímos ao ativo circulante as dívidas de terceiros de médio e longo prazos e os custos diferidos; e para o cálculo do passivo exigível a curto prazo, subtraímos ao passivo as dívidas a terceiros a médio e longo prazos e os proveitos diferidos, tendo em conta a literatura corrente de análise financeira.

Indicador		Fórmula	Ponderação	
	Evolução das Dívidas a Terceiros ⁴¹	$EDT = \frac{Dívidas (ano N - 1) - Dívidas (ano N)}{Dívidas (ano N - 1)}$	1	
Indicadores Financeiros de Longo Prazo	Autonomia Financeira	$AF = \frac{Capital Próprio}{Ativo}$	1	
	Solvabilidade	$S = \frac{Capital Próprio}{Passivo}$	1	
Indicadores Económicos	Diferença entre Prazos Médios de pagamento (PMP) e de recebimento (PMR)	$DPM = PMP - PMR^{42}$ $PMP = \left(\frac{Saldo Médio de Fornecedores}{Compras + FSE} \times 365 \right)$ $PMR = \left(\frac{Saldo Médio de Clientes}{Vendas + PS} \times 365 \right)$	1	
	Rendibilidade Operacional do Ativo	$ROA = \frac{Resultados Operacionais}{Ativo}$	1	
	Rendibilidade Operacional dos Proveitos ⁴³	$ROp = \frac{Resultados Operacionais}{Proveitos Operacionais}$	1	
	Peso dos CMVMC no total de Proveitos Operacionais	$P_{cmvmc} = \frac{Custos com Mercadorias Vendidas e Mat. C}{Proveitos Operacionais}$	1/3	Sub-Total : 1 ⁴⁴
	Peso dos FSE no total de Proveitos Operacionais	$P_{fse} = \frac{Fornecimentos e Serviços Externos}{Proveitos Operacionais}$	1/3	
	Peso dos Custos com Pessoal no total de Proveitos Operacionais	$P_{cp} = \frac{Custos com Pessoal}{Proveitos Operacionais}$	1/3	

⁴¹ Habitualmente a taxa de variação é calculada considerando a evolução do ano N-1 face a N; no entanto, para que este valor apresente uma interpretação do tipo «quanto maior, melhor» optou-se pelo cálculo apresentado, em que quanto mais positivo for o valor do indicador, maior terá sido a redução do endividamento.

⁴² $Valor\ médio\ da\ rubrica\ no\ ano\ N = \frac{Valor\ da\ rubrica\ no\ final\ do\ ano\ (N-1) + Valor\ da\ rubrica\ no\ final\ do\ ano\ N}{2}$;

$Compras = CMVMC + Existências\ finais - Existências\ iniciais$

⁴³ Ao rácio RO/PO assumiremos a designação de rendibilidade operacional dos proveitos e usaremos a sigla ROp.

⁴⁴ De modo que o indicador compósito compreenda uma interpretação do tipo «quanto maior melhor», i.e. quanto maior o valor do IDEFH, melhor é o desempenho económico-financeiro do hospital, estes sub-indicadores são integrados em base inversa.

Apresentados os sub-indicadores do IDEFH e as respetivas fórmulas e ponderações, importa descrever as informações por eles produzidas e algumas considerações sobre os motivos que levaram à sua seleção.

A análise do equilíbrio financeiro a curto prazo, segundo Martins (2004), é realizada a partir dos designados indicadores de liquidez (geral reduzida e imediata), conceito que está relacionado com a capacidade de um determinado ativo ser transformado em meios líquidos. A liquidez geral analisa o equilíbrio entre recursos e obrigações de curto prazo, avaliando a aptidão da organização para fazer face aos seus compromissos de curto prazo (Fernandes *et al.*, 2012). A liquidez reduzida, por sua vez difere da anterior pelo facto de excluir do numerador a parte do ativo circulante com menor grau de liquidez - as existências; já a liquidez imediata, calcula-se pela relação entre os meios financeiros líquidos (depósitos bancários, caixa e títulos negociáveis) e o passivo a curto prazo e, segundo Neves (2004), permite conhecer o grau de cobertura dos passivos circulantes por disponibilidades. Tendo em conta que, na amostra deste estudo, o peso das disponibilidades no ativo é significativamente superior, em termos médios, ao das existências, optou-se por agregar no IDEFH os rácios de liquidez geral e imediata.

As dívidas a fornecedores (de produtos ou serviços) constituem também um indicador importante no setor público. No Anuário Financeiro dos Municípios Portugueses (Carvalho *et al.*, 2010), dos 15 indicadores selecionados para *ranking* global, seis relacionam-se com o endividamento em diferentes vertentes, o que demonstra a importância da sua análise no setor público local em Portugal. No contexto atual cremos que os indicadores de controlo da dívida são particularmente pertinentes em subsectores da Administração Pública críticos pelo seu volume de despesa, como é o caso do setor da saúde. Nesse sentido, optou-se por integrar no IDEFH um indicador de evolução das dívidas a terceiros cuja fórmula de cálculo permite apresentar resultados com o mesmo sentido de interpretação que os restantes, ou seja, quanto mais positivo, maior a redução da dívida face ao período anterior.

Para analisar o equilíbrio financeiro de médio e longo prazo, o qual averigua a capacidade de solver compromissos em prazos dilatados, é comum o recurso aos rácios de autonomia financeira e solvabilidade. A autonomia financeira representa a percentagem do capital próprio que financia o ativo e, portanto, segundo Fernandes *et al.* (2012) determina a independência da organização face ao capital alheio. Por seu lado, a solvabilidade

determina o grau de cobertura do passivo por capital próprio, permitindo avaliar se a organização detém capital próprio suficiente para assegurar a cobertura da totalidade dos créditos (Fernandes, *et al.*, 2012).

Relativamente a indicadores económicos, os rácios de atividade mais correntemente utilizados no contexto hospitalar são os prazos médios de recebimento e de pagamento. O prazo médio de recebimento (PMR) é o rácio que mede o tempo médio que os clientes demoram a liquidar as suas dívidas (Fernandes *et al.*, 2012), sendo apresentado, neste caso, o cálculo em dias. Um rácio alto é, em termos financeiros, desfavorável, evidenciando prováveis problemas de tesouraria, cobranças ou falta de poder negocial da entidade perante os seus clientes/utentes. O prazo médio de pagamento (PMP), por sua vez, também calculado em dias, é o rácio que mede a celeridade com que a entidade costuma pagar as suas dívidas e, portanto, quanto mais baixo o seu valor, menor o grau de financiamento que os fornecedores fazem à exploração; já um valor muito elevado pode identificar dificuldades da entidade em satisfazer as suas obrigações (Fernandes *et al.*, 2012).

Isoladamente ambos os prazos não proporcionariam, num índice compósito, informações muito relevantes. Contudo, a diferença entre ambos permite-nos analisar a pressão existente sobre a tesouraria. Tendo em conta que quanto maior o valor do IDEFH melhor o desempenho apresentado por cada hospital, selecionou-se o sub-indicador "diferença entre prazos médios de pagamento e recebimento" (DPM), considerando que quando $PMP > PMR$ a DPM é positiva, sendo representativa de uma situação favorável. Segundo Fernandes *et al.* (2012:197)

A rendibilidade consiste na capacidade das empresas para gerarem lucros, ou seja, na sua aptidão para obterem rendimentos superiores aos gastos. Assim, não se limita à ideia da maximização dos resultados analisados de forma isolada, mas sim à lógica da maximização dos resultados obtidos num determinado período, com os meios utilizados para os gerar.

Apesar dos hospitais públicos constituírem entidades sem fins lucrativos, o recurso a indicadores de rentabilidade é frequente no setor. Para agregar ao indicador compósito selecionou-se a rendibilidade operacional do ativo, que avalia o retorno obtido, em termos operacionais, por cada unidade monetária investida pela organização, sendo que, quanto maior o valor do indicador, maior a propensão para o investimento gerar resultados (Fernandes *et al.*, 2012). A rendibilidade operacional do ativo é um rácio de avaliação do desempenho dos capitais totais investidos na entidade, independentemente da sua origem (próprios ou alheios) (Neves, 2004).

A rendibilidade operacional das vendas é um indicador de rendibilidade muito frequente ao nível da "corporate finance". Porém, no setor hospitalar o rácio que nos pareceu mais adequado, adotado pela ACSS (2011b) no *Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa*, é a razão entre os resultados operacionais e os proveitos operacionais (inscritos nesta rúbricas não só as vendas e prestações de serviços, mas também os subsídios à exploração).

Por último, mas não menos importante, a análise da estrutura de custos consiste em estabelecer a evolução do respetivo peso percentual, permitindo dessa forma uma visão da variação temporal do peso relativo das várias categorias de custos e a identificação de eventuais situações problemáticas (Martins, 2004). É prática corrente a avaliação da evolução das principais rúbricas de custos - os custos das mercadorias vendidas e matérias consumidas (cmvmc), os fornecimentos e serviços externos (fse) e os custos com pessoal (cp). Contudo, para que estas rúbricas tenham tradução no indicador global de desempenho, selecionou-se o peso das mesmas no total de proveitos operacionais (integrados no indicador em base inversa⁴⁵). O rácio entre as rúbricas de custos e os proveitos operacionais permite-nos relativizar o crescimento ou decréscimo das despesas em relação às «receitas» aferidas (nomeadamente por aumento contratualizado da atividade).

Como é perceptível pela leitura do Quadro 6, a ponderação dos sub-indicadores é de 1, à exceção dos pesos de cmvmc, fse e custos com pessoal, que apresentam uma ponderação de 1/3 de modo a que a combinação dos três seja igual à unidade.

Os restantes sub-indicadores apresentam igual ponderação no cálculo do IDEFH, pelo facto de considerarmos que os vários indicadores são igualmente importantes na análise do desempenho económico-financeiro dos hospitais e que a atribuição de diferentes ponderações careceria de objetividade e rigor⁴⁶.

Considerando que os vários sub-indicadores não se apresentam na mesma escala de medida, para se obter um indicador único foi necessário recorrer à homogeneização das

⁴⁵ Mais uma vez para que o indicador apresente uma interpretação do tipo «quanto maior, melhor».

⁴⁶ Para além disso, integram o IDEFH cinco indicadores financeiros e quatro indicadores económicos (tendo em conta a ponderação), o que demonstra equilíbrio de ambas as vertentes (económica e financeira) na composição do indicador.

variáveis⁴⁷ que, tal como já foi referido, converte indicadores numa escala de medida comum, com média nula e desvio padrão de um (OECD, 2008), através da Fórmula 1.

Fórmula 1 Homogeneização das variáveis.

$$I_i^t = \frac{(x_i^t - Mx)}{DPx} \quad 48$$

Após homogeneizados os sub-indicadores, calculou-se o IDEFH através da Fórmula 2. a seguir apresentada.

Fórmula 2. IDEFH ⁴⁹

$$IDEFH_i^t = \frac{\ddot{L}G_i^t + \ddot{L}I_i^t + E\ddot{D}T_i^t + \ddot{A}F_i^t + \ddot{S}_i^t + D\ddot{P}M_i^t + R\ddot{O}A_i^t + R\ddot{O}_i^t + \frac{(1/P\ddot{c}m\ddot{v}m\ddot{c}_i^t + 1/P\ddot{f}se_i^t + 1/P\ddot{c}p_i^t)}{3}}{n}$$

Este indicador apresenta uma interpretação do tipo «quando maior o seu valor, melhor o desempenho económico-financeiro do hospital», podendo assumir valores positivos e negativos (*e.g.* sempre que PMP < PMR).

3.2.2.2. Grau de Execução do Contrato Programa (GECP)

Uma das questões centrais aquando do desenho metodológico deste estudo, prendeu-se com a mensurabilidade da contratualização nos hospitais. Neste sentido, considerou-se que medir o seu impacto passaria necessariamente por medir a eficácia do contrato programa - documento onde a mesma se operacionaliza - aferindo essa eficácia em termos económico-financeiros, tendo em conta que essa é a área central deste estudo.

⁴⁷ Os sub-indicadores inscritos nesta fórmula são valores homogeneizados de modo a que os respetivos dados se encontrem na mesma escala de medida e portanto passíveis de integrarem um indicador singular. Este método de cálculo para o indicador compósito foi utilizado por Afonso (2005). Ver também OECD (2008).

⁴⁸ I corresponde ao sub-indicador homogeneizado por ano (t) e por hospital (i); x ao valor observado pelo sub-indicador (*e.g.* LG- liquidez geral) pelo hospital i no ano t; Mx a média dos valores observados nesse sub-indicador pelos hospitais da amostra no período; e o DPx o Desvio padrão dos valores observados nesse sub-indicador pelos catorze hospitais no período (2003-2009).

⁴⁹ t corresponde ao exercício económico e i ao hospital em causa, o que significa que há um valor de IDEFH por hospital por ano, o que perfaz um total de 98 valores de IDEFH em análise (14 hospitais x 7 anos (2003-2009)). Trata-se de uma média simples, pelo que n = 9 (à excepção de algum caso com *missing value*). Os sub-indicadores são apresentados com duplo ponto de modo a indicar que se tratam de valores homogeneizados.

Tendo como referência um estudo de caso realizado por Antunes *et al.* (2011)⁵⁰ e o Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos Programa (ACSS, 2011b), decidiu-se considerar como sub-indicadores do indicador composto de avaliação do GECP, o desvio percentual dos valores reais em relação aos contratualizados (Fórmula 3) dos custos de mercadorias vendidas e matérias consumidas (cmvmc), fornecimentos e serviços externos (fse), custos com pessoal (cp), resultados operacionais (ro) e resultados líquidos (rl).

Fórmula 3. Desvio dos valores reais aos contratualizados

$$\text{Desvio (\%)} = \frac{\text{Valor real} - \text{Valor contratualizado}}{\text{Valor contratualizado}} \times 100$$

Mediante a análise dos resultados obtidos pelo estudo de caso supracitado, e tendo em conta a percentagem significativa de *outliers* encontradas nos cálculos do nosso estudo, optou-se pela *categorical scales* como método de construção do indicador composto, considerando cinco categorias e não apenas duas como fizeram Antunes *et al.* (2011).

Desta forma, o grau de execução (GE)⁵¹, categorizado, para cada um dos sub-indicadores, será:

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Se desvio favorável ou desvio desfavorável} \leq 5\% \Rightarrow \text{GE} = 1 \\ \text{Se } 5\% < \text{desvio desfavorável} \leq 25\% \Rightarrow \text{GE} = 0,75 \\ \text{Se } 25\% < \text{desvio desfavorável} \leq 50\% \Rightarrow \text{GE} = 0,50 \\ \text{Se } 50\% < \text{desvio desfavorável} \leq 75\% \Rightarrow \text{GE} = 0,25 \\ \text{Se desvio desfavorável} \geq 75\% \Rightarrow \text{GE} = 0 \end{array} \right.$$

Não se considerou pertinente premiar os desvios favoráveis, isto é, um melhor desempenho real relativamente ao contratualizado, tendo em conta que neste estudo é apenas analisado o desempenho económico-financeiro, não sendo tidas em conta outras dimensões de desempenho, *e.g.*, a qualidade. No entanto, também não parece fazer sentido

⁵⁰ Este estudo de caso foi realizado no âmbito do sistema de incentivos e monitorização do desempenho, que faz parte do processo de contratualização anual com as unidades hospitalares públicas da Região de Saúde do Centro, através da análise das taxas de aproximação do desempenho dos hospitais aos valores contratualizados no triénio 2007-2009. Para o efeito os autores consideraram três intervalos de aproximação/afastamento às metas: variação entre 0% e 5% de afastamento à meta; variação entre 6% e 25% de afastamento à meta; e por fim, um afastamento superior a 25%. As dimensões avaliadas correspondem às dimensões previstas no processo de monitorização, isto é, qualidade, acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro. Nesta última, consideraram como indicadores económico-financeiros, o resultado operacional, custo operacional do doente-padrão, fornecimentos e serviços externos e despesas em compras, consumos e pessoal.

⁵¹ O valor dos diferentes graus de execução serão posteriormente agregados no indicador composto GECP.

a penalização por estes desvios, tendo em conta que não há evidências de eventual prejuízo das outras dimensões em detrimento da económico-financeira, tendo-lhes por isso sido atribuída a pontuação máxima.

Posto isto, o GECP, para cada hospital e em cada ano, foi calculado, em termos percentuais, através do somatório dos graus de execução (Fórmula 4), perfazendo um mínimo de 0% e um valor máximo de 100%.

Fórmula 4. Indicador de Grau de Execução do Contrato Programa

$$GECP_i^t = \frac{\sum_{i=0}^5 GE(cvmc)_i^t + GE(fse)_i^t + GE(cp)_i^t + GE(ro)_i^t + GE(rl)_i^t}{n} \times 100$$

Quanto maior o valor de GECP, maior o grau de cumprimento dos hospitais relativamente aos valores contratualizados.

3.2.3. Análise dos Dados

Para a prossecução do objetivo central deste trabalho de investigação, procurar-se-á responder às quatro questões definidas neste estudo de carácter exploratório, numa abordagem predominantemente quantitativa, conforme anteriormente referido.⁵³

Para a análise da primeira questão, isto é, se a implementação da contratualização nos hospitais melhorou o desempenho económico-financeiro dos elementos da amostra, aplicaremos o teste *t-Student* para amostras emparelhadas. De acordo com Maroco (2007) este é o teste a utilizar quando se pretende comparar duas amostras emparelhadas⁵⁴ relativamente a uma variável dependente quantitativa, sendo correntemente utilizada quando se pretende comparar duas medições distintas numa mesma amostra. Este teste tem como pressuposto a condição de que a variável dependente apresente distribuição normal⁵⁵, requisito de um dos grupos de metodologias estatísticas designados por métodos

⁵² t corresponde ao ano (exercício económico) e i ao hospital; n corresponde ao número de sub-indicadores em numerador. Optou-se pelo cálculo do indicador em valor percentual em detrimento de absoluto devido à existência de três *missing values* (dois em valores do grau de execução do resultado líquido, e um *missing* num grau de execução de cmvmc, devido à ausência dos valores contratualizados pelo facto do ficheiro publicado se encontrar incompleto).

⁵³ Todas as análises apresentadas neste estudo foram efetuadas tendo como suporte o *Software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0) e o Excel.

⁵⁴ Para Maroco (2007), as amostras dizem-se emparelhadas quando a mesma variável é medida aos mesmos sujeitos em dois momentos distintos.

⁵⁵ Ao contrário do teste *t-Student* para amostras independentes, neste caso não é necessário assegurar a homocedasticidade das variâncias (Maroco, 2007).

paramétricos, cuja potência de um modo geral é superior à dos não-paramétricos (Maroco, 2007)⁵⁶.

O pressuposto da normalidade foi validado com o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) com correção de *Lilliefors* e com o teste de *Shapiro-Wilk* (Tabela 2). Segundo Maroco (2007:136), o teste de *Shapiro-Wilk* "é particularmente apropriado, e preferível ao teste K-S, para amostras de pequena dimensão ($n < 30$)".

Tabela 2. Testes de Normalidade (*Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*)

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
IDEFH 2003-2005	0,125	42,00	0,098	0,960	42,00	0,147
IDEFH 2006-2009	0,127	42,00	0,089	0,962	42,00	0,171

$p > 0,05$ ⁵⁷; p corresponde ao *p-value*; os IDEFH presentes na tabela correspondem a uma *pool* dos valores de IDEFH nos períodos equivalente.

Para responder à segunda questão, no que concerne à evolução do grau de execução dos contratos-programa, foram analisadas medidas de tendência central e de dispersão do indicador GECP, procurando identificar a existência de uma tendência de melhoria ao longo do período 2006-2009.

Relativamente à terceira questão (a existência de uma relação explícita entre o grau de execução dos contratos programa e o desempenho económico-financeiro dos hospitais EPE), recorreremos ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Trata-se de uma medida de associação que quantifica a intensidade e direção da associação entre duas variáveis (neste caso, o IDEFH e o GECP) (Maroco, 2007). Para além disso, como forma de complementar a análise estatística através do coeficiente de correlação de *Pearson*, efetuaremos uma regressão linear entre os mesmos indicadores, de modo a perceber se o grau de execução dos contratos-programa explica (e com que peso) o desempenho económico-financeiro apresentado (i.e. se se verifica uma relação causal). Tendo em conta o modelo de regressão linear ($Y = \alpha + \beta X + \epsilon$), a variável dependente (Y) considerada será o IDEFH e a independente (X) o GECP, recorrendo em ambos os casos a uma *pool* dos valores do período de 2006 a 2009, com α e β como os coeficientes a estimar e ϵ o erro.

⁵⁶ Para Maroco (2007:133) a potência dos testes paramétricos é, de um modo geral, superior à dos não-paramétricos tendo em conta que "a possibilidade de rejeitar, corretamente, H_0 é maior num teste paramétrico do que num teste não-paramétricos". Por este motivo, o autor defende que os testes não paramétricos devem apenas utilizar-se quando não é possível validar as condições de aplicação dos mesmos (e.g. homogeneizar as variâncias ou normalizar a variável dependente).

⁵⁷ A maioria dos *software* estatísticos calcula o *p-value*. A hipótese nula (H_0) informa que a variável estudada segue uma distribuição normal, sendo que a regra é rejeitar H_0 se $p\text{-value} \leq 0,05$ (Maroco, 2007).

Para a regressão foi testado o problema de multicolinearidade, com recurso à análise do VIF (*Variance Inflation Factor*), tendo em conta que de uma forma geral, valores de VIF superiores a 5 (Montgomery e Peck, 1982, *apud* Maroco, 2007) ou mesmo a 10 (Myers, 1986 *apud* Maroco, 2007) revelam problemas de estimação por presença de multicolinearidade nas variáveis independentes. Tendo em conta que o VIF determinado (igual a 1) não ultrapassava os limites referidos, assegura-se que as variáveis independentes não estão correlacionadas entre si.

Não se verificam problemas com a autocorrelação dos erros, tendo sido utilizada a estatística Durbin-Watson.

Por fim, para dar resposta à última questão deste estudo, procederemos ao cálculo dos desvios dos valores contratualizados em relação aos reais⁵⁸ do ano do contrato-programa e aos reais do ano anterior, e procurar, mediante a análise de medidas de tendência e de dispersão, indícios sobre a cultura orçamental presente nos contratos-programa.

3.3. Apresentação e Análise dos Resultados

"Statistics is not really about numbers; it is about understanding our world"

Howell (1999, *apud* Maroco, 2007)

Nesta secção pretendemos apresentar os resultados obtidos, com a aplicação da análise estatística definida, organizados em função das questões e hipóteses definidas neste trabalho de investigação.

No sentido de perceber a evolução dos sub-indicadores que compõem o Indicador de Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais (IDEFH) e detetar potenciais desvios relevantes entre diferentes elementos da amostra e/ou entre indicadores, que de algum modo interfiram nos valores do indicador compósito, procedeu-se a uma análise descritiva das variáveis (não homogeneizadas). Nesse sentido, procuraremos também apresentar algumas medidas de tendência central e de dispersão por hospital e por ano.

⁵⁸ Consideramos valores reais os efetivamente apresentados pelos hospitais, em sede de Demonstrações Financeiras.

3.3.1. Análise Descritiva do IDEFH

3.3.1.1. Sub-Indicadores

Para uma melhor visualização do sentido da evolução dos valores dos indicadores nos vários hospitais, serão realçadas aqueles que assinalam um agravamento relativamente ao ano anterior (ver gráficos no apêndice 2).

Os hospitais não se encontram identificados ao longo da apresentação dos resultados, tendo em conta que o presente estudo não pretende realizar uma análise comparativa entre os mesmos.

Tabela 3. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) de Liquidez Geral no período 2003-2009.

Hospital	Liquidez Geral						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	2,88	2,81	2,55	1,59	1,11	0,61	3,55
2	3,55	3,43	3,22	3,53	3,75	4,77	5,14
3	3,14	3,84	3,89	3,51	3,3	2,86	1,62
4	1,32	1,37	1,19	0,97	0,96	0,94	1,64
5	2,05	1,80	1,96	1,29	1,19	1,05	0,74
6	1,70	2,02	1,75	1,98	2,21	2,01	1,95
7	1,66	1,02	0,68	0,59	0,40	0,38	0,58
8	2,94	3,37	4,14	4,11	3,88	3,71	3,26
9	1,78	1,89	1,51	0,74	0,54	0,36	0,55
10	2,67	2,44	3,10	3,21	3,15	3,31	3,15
11	1,40	1,46	1,37	1,09	0,82	0,62	0,68
12	1,55	1,50	1,57	1,18	0,83	0,59	0,52
13	1,46	1,71	2,05	1,31	1,09	0,86	0,85
14	0,99	0,98	1,02	0,78	0,60	0,44	0,43
M	2,08	2,12	2,14	1,85	1,70	1,61	1,76
DP	0,80	0,92	1,08	1,21	1,28	1,46	1,47
CV	0,38	0,44	0,50	0,65	0,75	0,91	0,83
Min	0,99	0,98	0,68	0,59	0,40	0,36	0,43
Max	3,55	3,84	4,14	4,11	3,88	4,77	5,14

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo.

Da análise da tabela anterior, verificamos que a liquidez geral apresentou um agravamento nos últimos anos do período em análise, apesar de 2009 constituir, para alguns hospitais (e para a média), um ano de potencial melhoria da tendência até então verificada. Além disso, em termos médios, verifica-se uma ligeira melhoria da liquidez

geral entre 2003 e 2005 e um posterior agravamento no período 2006-2008, confirmando a tendência descrita. No entanto, é também perceptível que existe um aumento no período do nível de dispersão dos dados (*e.g.* $CV_{2003}=0,38$ e $CV_{2009}=0,83$), com uma clara tendência de maior distanciamento entre os hospitais com pior, e melhor, liquidez geral, revelando um cenário mais heterogéneo na amostra relativamente à capacidade de solver os compromissos de curto prazo.

Tabela 4. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) de Liquidez Imediata no período 2003-2009.

Hospital	Liquidez Imediata						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	1,76	1,05	0,90	0,40	0,23	0,14	0,15
2	2,43	2,28	1,79	2,13	2,25	3,24	3,22
3	2,13	1,72	1,51	1,76	1,64	0,42	0,04
4	1,05	0,87	0,45	0,64	0,43	0,03	0,65
5	1,60	1,19	0,91	0,66	0,66	0,10	0,01
6	1,06	1,02	0,53	0,14	0,58	0,29	0,52
7	0,54	0,21	0,09	0,10	0,05	0,04	0,04
8	1,53	1,68	2,30	2,24	2,03	0,59	0,26
9	0,83	0,99	0,69	0,22	0,11	0,02	0,15
10	0,14	1,66	0,11	0,04	0,04	0,08	0,06
11	0,70	0,43	0,37	0,25	0,17	0,02	0,06
12	0,71	0,27	0,38	0,31	0,30	0,07	0,03
13	0,87	0,77	1,00	0,62	0,48	0,17	0,09
14	0,07	0,02	0,02	0,11	0,15	0,11	0,06
M	1,10	1,01	0,79	0,69	0,65	0,38	0,38
DP	0,70	0,66	0,68	0,77	0,75	0,84	0,84
CV	0,64	0,65	0,86	1,12	1,15	2,21	2,20
Min	0,07	0,02	0,02	0,04	0,04	0,02	0,01
Max	2,43	2,28	2,30	2,24	2,25	3,24	3,22

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo.

Podemos observar que, tal como sucedeu ao nível da liquidez geral (mas intensidade superior), os hospitais apresentaram uma tendência de agravamento na liquidez imediata no período em análise. Para além disso, o aumento da dispersão dos dados ao longo do período (*e.g.* $CV_{2003}=0,64$ e $CV_{2009}=2,20$) foi muito significativo⁵⁹, evidência de

⁵⁹ Podemos afirmar que, em média, os desvios relativamente à média atingiam 64% em 2003 e 220% em 2009.

uma heterogeneidade explícita na capacidade dos hospitais solverem os seus compromissos de curto prazo recorrendo aos meios financeiros líquidos.

Tabela 5. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) da Evolução das Dívidas a Terceiros no período 2003-2009.

Hospital	Evolução das Dívidas a Terceiros						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	-1,00	-0,35	0,13	-0,18	-0,33	-0,66	-0,22
2	-4,58	-0,47	-0,28	0,28	0,04	0,25	0,09
3	0,40	0,29	-0,11	-0,14	-0,75	-0,54	-2,36
4	-0,66	-0,07	0,04	0,00	0,10	0,29	-0,26
5	-1,79	-0,06	0,03	-0,31	0,13	-0,20	-0,40
6	-0,55	0,33	-0,45	0,23	0,14	-0,29	0,02
7	-0,15	-0,75	0,01	-0,26	0,02	0,03	-0,06
8	-0,57	0,45	0,27	-0,10	-0,45	0,14	-0,21
9	-	0,23	0,08	-0,83	-0,07	-0,27	-0,03
10	-0,73	-0,22	0,43	0,06	-0,01	0,07	0,04
11	-2,15	0,02	0,02	-0,46	-0,07	-0,16	-0,15
12	-1,69	-0,01	0,16	-0,04	-0,32	-0,47	-0,60
13	-0,52	0,34	0,27	-0,38	-0,38	-0,23	-0,18
14	-0,05	-0,82	0,03	-0,14	0,10	-0,40	-0,11
M	-1,08	-0,08	0,05	-0,16	-0,13	-0,17	-0,32
DP	1,28	0,40	0,22	0,28	0,27	0,30	0,62
CV	-1,18	-5,15	4,85	-1,75	-2,08	-1,69	-1,95
Min	-4,58	-0,82	-0,45	-0,83	-0,75	-0,66	-2,36
Max	0,40	0,45	0,43	0,28	0,14	0,29	0,09

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo.

Nota: *Missing value* no hospital 9 no ano de 2003 pelo facto do hospital ter iniciado atividade no final do ano de 2002. Tendo em conta que assumir Dívidas do ano N-1 nulas seria falsear os resultados, optou-se por considerar *missing value*.

Antes de analisar a evolução do indicador "Evolução das Dívidas a Terceiros", importa referir que, mediante a sua fórmula de cálculo (ver Quadro 6, p.60), o indicador apresenta-se em valor negativo sempre que as dívidas a terceiros no final do ano (N) são superiores às dívidas final no ano anterior (N-1), isto é, quando o endividamento aumenta⁶⁰. Assim sendo, desde logo é perceptível pela leitura da Tabela 5 que no cômputo global, existe uma prevalência de aumento de endividamento (a terceiros) em relação aos exercícios transatos. No que respeita à evolução deste indicador, em termos médios verifica-se uma redução do endividamento no período 2003-2005 e o inverso entre 2006 e 2009, num contexto de menor dispersão no desempenho a este nível por parte dos

⁶⁰Para facilitar a leitura, basta multiplicar o valor por 100, para obter um resultado em percentagem.

diferentes hospitais comparativamente com 2003. Analisando o indicador por hospital, esta tendência não se apresenta tão explícita, embora o ano de 2006 tenha sido um ano em que o aumento do endividamento a terceiros decorreu em 11 dos 14 hospitais da amostra.

Tabela 6. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) da Autonomia Financeira no período 2003-2009.

Hospital	Autonomia Financeira						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	0,71	0,67	0,63	0,45	0,24	-0,23	-0,12
2	0,55	0,48	0,51	0,51	0,52	0,64	0,67
3	0,80	0,76	0,75	0,73	0,72	0,69	0,49
4	0,30	0,28	0,22	0,22	0,25	0,28	0,30
5	0,54	0,50	0,53	0,34	0,32	0,24	0,04
6	0,66	0,72	0,66	0,70	0,55	0,53	0,52
7	0,75	0,58	0,48	0,36	0,27	0,24	0,26
8	0,55	0,60	0,63	0,64	0,64	0,66	0,66
9	0,46	0,49	0,41	0,04	0,10	-0,12	-0,06
10	0,65	0,60	0,68	0,69	0,69	0,70	0,73
11	0,42	0,42	0,39	0,23	0,04	-0,21	-0,31
12	0,73	0,70	0,72	0,64	0,57	0,41	0,19
13	0,35	0,45	0,55	0,33	0,18	0,01	0,03
14	0,50	0,36	0,33	0,14	0,00	-0,32	-0,40
M	0,57	0,54	0,54	0,43	0,36	0,25	0,21
DP	0,15	0,14	0,16	0,23	0,25	0,37	0,37
CV	0,27	0,26	0,29	0,53	0,68	1,47	1,71
Min	0,30	0,28	0,22	0,04	0,00	-0,32	-0,40
Max	0,80	0,76	0,75	0,73	0,72	0,70	0,73

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo

A autonomia financeira dos hospitais (rácio de equilíbrio financeiro de médio e longo prazo) apresenta uma evolução similar aos indicadores financeiros de curto-prazo anteriormente analisados. À exceção de quatro hospitais da amostra, os restantes apresentam um agravamento da sua autonomia financeira ao longo do período, apresentando-se 2006, em termos médios, como o ano de início de um período de evolução negativa. Para além disso, é importante realçar a crescente dispersão que se verifica em relação à média, tendo em conta a existência de «comportamentos» díspares na amostra (e.g. $CV_{2003}=0,27$ e $CV_{2009}=1,71$).

Tabela 7. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) da Solvabilidade no período 2003-2009.

Hospital	Solvabilidade						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	2,39	2,00	1,72	0,81	0,32	-0,19	-0,11
2	1,21	0,94	1,06	1,06	1,09	1,77	2,00
3	4,11	3,17	3,00	2,68	2,52	2,18	0,96
4	0,42	0,39	0,28	0,28	0,34	0,39	0,42
5	1,18	1,01	1,13	0,51	0,47	0,32	0,04
6	1,98	2,62	1,93	2,31	1,24	1,12	1,07
7	2,97	1,37	0,92	0,57	0,38	0,32	0,36
8	1,25	1,50	1,69	1,77	1,77	1,92	1,95
9	0,86	0,96	0,69	0,04	0,11	-0,11	-0,06
10	1,83	1,50	2,15	2,22	2,26	2,37	2,66
11	0,72	0,73	0,65	0,31	0,05	-0,17	-0,24
12	2,74	2,32	2,56	1,94	1,30	0,69	0,24
13	0,54	0,81	1,23	0,50	0,23	0,01	0,03
14	1,01	0,55	0,49	0,17	0,00	-0,24	-0,29
M	1,66	1,42	1,39	1,08	0,86	0,74	0,65
DP	1,07	0,83	0,81	0,91	0,84	0,95	0,95
CV	0,65	0,58	0,58	0,84	0,98	1,28	1,47
Min	0,42	0,39	0,28	0,04	0,00	-0,24	-0,29
Max	4,11	3,17	3,00	2,68	2,52	2,37	2,66

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo

Da leitura da tabela é possível perceber que a evolução da solvabilidade é, no seu todo, semelhante ao comportamento verificado em termos de autonomia financeira. Tal verifica-se tanto em termos médios, como individuais, com um aumento global dos valores de desvio padrão e coeficiente de variação que traduzem uma maior dispersão do desempenho dos diferentes hospitais no que concerne à solvabilidade.

Tabela 8. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) da Diferença entre Prazos Médios de Pagamento e Recebimento no período 2003-2009.

Hospital	Diferença entre Prazos Médios						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	2,62	37,15	19,79	-5,15	7,25	3,91	40,00
2	-38,87	51,77	83,13	93,80	97,89	67,45	40,09
3	93,98	-38,56	-101,11	-63,14	-29,74	-17,07	-11,20
4	79,14	50,54	-22,54	17,73	77,82	77,02	72,90
5	133,28	192,93	145,80	167,44	258,70	97,61	44,17
6	95,04	103,73	85,28	42,28	1,30	-41,95	-0,76
7	82,10	114,08	189,36	281,34	311,37	163,43	56,20
8	113,87	30,56	-31,33	-4,01	-1,52	-29,55	-23,54
9	115,85	143,43	122,71	197,70	286,88	168,89	76,88

Hospital	Diferença entre Prazos Médios						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10	1,44	8,76	15,67	21,92	24,13	-7,36	-35,98
11	160,86	235,70	154,89	175,88	239,84	123,86	44,04
12	48,27	195,98	93,84	42,40	103,09	83,35	93,73
13	91,14	66,02	51,04	77,68	149,18	93,36	62,70
14	157,54	409,93	202,75	219,78	236,07	113,13	84,05
M	81,16	114,43	72,09	90,40	125,88	64,01	38,81
DP	59,26	115,60	88,78	101,65	120,14	70,54	41,28
CV	0,73	1,01	1,23	1,12	0,95	1,10	1,06
Min	-38,87	-38,56	-101,11	-63,14	-29,74	-41,95	-35,98
Max	160,86	409,93	202,75	281,34	311,37	168,89	93,73

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo

Da análise da tabela, podemos observar que existe alguma volatilidade no comportamento deste indicador na amostra, embora 2005, 2008 e 2009 tenham sido os anos com maior agravamento verificado ao nível da pressão sobre a tesouraria dos hospitais, e como tal constituem os anos com piores valores médios de *Diferença entre Prazos Médios*. Para além disso, é perceptível a significativa dispersão de dados entre os diferentes elementos da amostra com hospitais, aproximadamente 100% em torno da média (à exceção de 2003), o que significa o que encontramos hospitais bastante heterogéneos no que respeita ao intervalo que apresentam entre o recebimento do valor das dívidas de seus clientes/utentes e o pagamento aos seus fornecedores. No entanto, no ano de 2009 verifica-se que a dispersão é menor (com base na análise do desvio padrão e dos valores mínimo e máximo).

Tabela 9. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) da Rendibilidade Operacional do Ativo no período 2003-2009.

Hospital	Rendibilidade Operacional do Ativo						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	-0,02	-0,06	-0,17	-0,33	-0,27	-0,27	-0,26
2	-0,03	-0,04	0,07	-0,03	-0,03	0,00	0,01
3	-0,12	-0,05	-0,02	-0,01	0,11	0,07	0,05
4	-0,01	-0,14	-0,26	-0,13	-0,06	-0,09	-0,07
5	-0,09	-0,09	-0,02	-0,26	-0,14	-0,17	-0,17
6	-0,07	-0,06	-0,03	0,00	0,04	0,01	0,01
7	-0,08	-0,13	-0,27	-0,15	-0,07	-0,08	-0,04
8	0,02	-0,01	0,02	-0,04	-0,03	-0,04	-0,01
9	0,00	-0,09	-0,25	-0,31	-0,18	-0,28	-0,20
10	-0,01	-0,04	-0,17	-0,13	0,00	0,07	0,08

11	-0,09	-0,03	-0,04	-0,12	-0,17	-0,19	-0,20
12	-0,17	-0,10	-0,08	-0,17	-0,17	-0,17	-0,26
13	0,12	0,01	-0,11	-0,37	0,15	0,19	0,22
14	-0,24	-0,10	-0,80	-0,20	-0,16	-0,20	-0,27
M	-0,06	-0,07	-0,15	-0,16	-0,07	-0,08	-0,08
DP	0,09	0,04	0,22	0,12	0,12	0,14	0,15
CV	-1,56	-0,66	-1,42	-0,75	-1,71	-1,70	-1,89
Min	-0,24	-0,14	-0,80	-0,37	-0,27	-0,28	-0,27
Max	0,12	0,01	0,07	0,00	0,15	0,19	0,22

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo

Quando analisada a rentabilidade operacional do ativo, desde logo se verifica, que a maioria dos hospitais apresenta Resultados Operacionais negativos ao longo dos vários anos. Para além disso, em média, 2005 e 2006 constituem os anos com piores valores de rentabilidade operacional, apesar de em 2008 também se observar o agravamento, embora muito ligeiro, na maioria dos hospitais. A dispersão dos valores também aumentou nos últimos anos, tal como se observou na maioria dos indicadores, indiciando um maior distanciamento nos resultados de desempenho apresentados por diferentes hospitais.

Tabela 10. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) da Rentabilidade Operacional dos Proveitos no período 2003-2009

Hospital	Rentabilidade Operacional dos Proveitos ⁶¹						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	-0,02	-0,07	-0,18	-0,30	-0,19	-0,14	-0,16
2	-0,05	-0,07	0,10	-0,05	-0,04	-0,04	0,01
3	-0,17	-0,06	-0,03	-0,02	0,11	0,09	0,09
4	-0,08	-0,11	-0,22	-0,14	-0,06	-0,08	-0,06
5	-0,11	-0,11	-0,02	-0,30	-0,12	-0,16	-0,15
6	-0,11	-0,07	-0,04	0,00	0,05	0,01	0,02
7	-0,11	-0,18	-0,31	-0,14	-0,06	-0,07	-0,04
8	0,02	-0,01	0,02	-0,04	-0,03	-0,04	-0,01
9	0,00	-0,08	-0,16	-0,20	-0,13	-0,19	-0,13
10	-0,01	-0,04	-0,17	-0,11	0,00	0,05	0,06
11	-0,10	-0,03	-0,03	-0,12	-0,14	-0,14	-0,15
12	-0,32	-0,15	-0,11	-0,20	-0,19	-0,18	-0,31
13	0,10	0,01	-0,08	-0,25	0,08	0,09	0,11
14	-0,26	-0,35	-0,07	-0,16	-0,11	-0,13	-0,17
M	-0,09	-0,09	-0,09	-0,15	-0,06	-0,07	-0,06
DP	0,11	0,09	0,11	0,10	0,09	0,10	0,12
CV	-1,28	-0,97	-1,15	-0,67	-1,60	-1,49	-1,83

⁶¹ Este indicador respeita ao rácio RO/PO.

Hospital	Rendibilidade Operacional dos Proveitos ⁶¹						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Min	-0,32	-0,35	-0,31	-0,30	-0,19	-0,19	-0,31
Max	0,10	0,01	0,10	0,00	0,11	0,09	0,11

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo

No que respeita à Rendibilidade Operacional dos Proveitos, à exceção de 2006, a análise descritiva demonstra que o comportamento apresentado pelos hospitais foi relativamente linear, sem alterações significativas quer em termos médios, quer em termos de dispersão de dados.

Tabela 11. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) do Peso dos CMVMC no Total de Proveitos Operacionais no período 2003-2009.

Hospital	Peso dos CMVMC no Total de Proveitos Operacionais (Inv)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	5,91	5,20	4,35	4,00	4,25	4,25	4,00
2	3,10	2,89	3,27	2,79	2,80	3,16	3,18
3	2,43	2,61	2,66	2,55	3,40	2,87	2,85
4	4,77	4,28	4,01	4,13	4,22	4,11	4,15
5	4,60	4,66	4,77	3,53	4,31	4,33	4,48
6	4,34	4,38	4,23	4,26	4,54	4,34	4,29
7	5,92	4,81	4,39	4,88	5,39	5,21	4,92
8	3,57	3,42	3,38	3,00	2,93	3,03	3,02
9	6,50	5,80	4,57	4,60	4,74	4,68	4,90
10	5,31	4,95	4,26	4,45	4,83	5,28	5,41
11	2,95	3,01	2,89	2,58	2,56	2,56	2,48
12	4,48	5,01	5,12	4,59	4,52	4,43	3,90
13	4,86	4,16	3,51	2,85	4,00	3,98	4,11
14	3,42	3,19	3,79	3,25	3,41	3,38	3,32
M	4,44	4,17	3,94	3,68	3,99	3,97	3,93
DP	1,23	0,99	0,72	0,83	0,85	0,85	0,86
CV	0,28	0,24	0,18	0,23	0,21	0,21	0,22
Min	2,43	2,61	2,66	2,55	2,56	2,56	2,48
Max	6,50	5,80	5,12	4,88	5,39	5,28	5,41

Legenda: M- Média; DP- Desvio Padrão; CV- Coeficiente de variação; Min- Mínimo; Max- Máximo.

Quando analisamos o peso dos Custos com Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas no Total dos Proveitos Operacionais, é perceptível que, em média, o seu peso diminuiu entre 2003 e 2006, tendo registado um aumento entre 2007 e 2009 com valores de desvio padrão e coeficiente de variação quase constantes neste segundo momento.

Tabela 12. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) do Peso dos FSE no Total de Proveitos Operacionais no período 2003-2009.

Hospital	Peso dos FSE no Total de Proveitos Operacionais (Base inversa)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	5,20	5,25	4,89	4,66	5,20	5,34	5,93
2	9,95	9,84	11,79	8,68	11,23	10,05	8,95
3	9,79	11,00	10,35	9,43	11,10	9,33	7,95
4	3,62	3,68	3,41	3,85	4,51	4,76	4,69
5	6,72	5,99	6,96	5,15	5,79	5,36	4,86
6	7,47	7,68	8,29	8,20	8,78	8,47	8,10
7	4,90	4,95	4,24	5,04	5,06	5,06	5,52
8	7,29	6,60	7,35	7,04	5,89	5,27	5,73
9	5,73	5,80	4,62	4,74	5,27	4,50	4,21
10	5,18	4,70	4,33	5,24	6,43	6,60	6,17
11	6,28	8,08	7,58	7,31	6,85	6,65	6,55
12	3,61	3,99	4,67	3,93	4,16	4,11	3,61
13	7,20	7,54	6,92	5,57	8,18	8,06	7,26
14	4,10	3,65	4,60	4,42	5,16	4,57	4,14
M	6,22	6,34	6,43	5,95	6,69	6,30	5,98
DP	2,01	2,26	2,49	1,83	2,30	1,94	1,63
CV	0,32	0,36	0,39	0,31	0,34	0,31	0,27
Min	3,61	3,65	3,41	3,85	4,16	4,11	3,61
Max	9,95	11,00	11,79	9,43	11,23	10,05	8,95

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo.

Quando analisamos a tabela verificamos, antes de mais uma maior dispersão nos resultados da amostra em relação ao indicador anterior. Para além disso, 2007 representa um ano em que os custos com fornecimentos e serviços externos diminuíram (em termos relativos), apesar de constituir um indicador com flutuações ao longo do período e que portanto não apresenta uma tendência explícita.

Tabela 13. Análise descritiva dos valores (não homogeneizados) do Peso dos Custos com Pessoal no Total de Proveitos Operacionais no período 2003-2009.

Hospital	Peso dos C. com Pessoal no Total de Proveitos Operacionais (Inv)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	1,64	1,63	1,45	1,31	1,44	1,51	1,46
2	1,75	1,77	2,15	1,89	1,88	1,96	2,03
3	1,67	1,92	2,01	2,21	2,70	2,46	2,55
4	1,81	1,73	1,59	1,72	1,82	1,75	1,76
5	1,38	1,43	1,60	1,29	1,52	1,46	1,48
6	1,46	1,52	1,56	1,68	1,71	1,66	1,68

Hospital	Peso dos C. com Pessoal no Total de Proveitos Operacionais (Inv)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
7	1,55	1,44	1,32	1,49	1,57	1,54	1,59
8	2,01	1,96	2,10	1,96	2,11	2,11	2,18
9	1,62	1,44	1,41	1,33	1,46	1,43	1,55
10	1,70	1,68	1,46	1,52	1,65	1,75	1,76
11	1,82	1,95	1,95	1,78	1,80	1,83	1,84
12	1,41	1,65	1,64	1,53	1,50	1,52	1,38
13	1,86	1,74	1,63	1,43	1,90	1,95	2,02
14	1,59	1,48	1,92	1,76	1,75	1,74	1,69
M	1,66	1,67	1,70	1,64	1,77	1,76	1,78
DP	0,18	0,19	0,27	0,27	0,33	0,29	0,32
CV	0,11	0,11	0,16	0,17	0,19	0,16	0,18
Min	1,38	1,43	1,32	1,29	1,44	1,43	1,38
Max	2,01	1,96	2,15	2,21	2,70	2,46	2,55

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo.

Finalmente, o Peso dos Custos com Pessoal no Total de Proveitos Operacionais constitui o indicador que indicia maior controlo, tendo em conta que as alterações no tempo são muito reduzidas e se verifica uma maior concentração dos resultados em relação aos anteriores.

3.3.1.2. Indicador compósito IDEFH

Analizados os sub-indicadores, importa agora apresentar a evolução do indicador compósito que será utilizado como medida de avaliação do desempenho económico-financeiro global dos hospitais.

Tabela 14. Análise descritiva dos valores do IDEFH no período 2003-2009.

Hospital	IDEFH						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	0,47	0,34	0,02	-0,69	-0,71	-1,02	-0,57
2	-0,29	0,40	0,78	0,60	0,67	1,07	1,13
3	0,83	0,77	0,64	0,67	0,91	0,55	-0,18
4	-0,13	-0,27	-0,70	-0,43	-0,18	-0,24	-0,14
5	-0,04	0,21	0,37	-0,53	-0,01	-0,48	-0,73
6	0,19	0,53	0,25	0,42	0,37	0,08	0,19
7	0,33	-0,27	-0,48	-0,18	0,01	-0,22	-0,26
8	0,52	0,62	0,80	0,61	0,52	0,36	0,30
9	0,32	0,25	-0,24	-0,76	-0,31	-0,80	-0,66
10	0,17	0,32	0,08	0,16	0,43	0,59	0,59

Hospital	IDEFH						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
11	-0,36	0,25	0,09	-0,32	-0,38	-0,72	-0,88
12	-0,39	0,25	0,29	-0,18	-0,28	-0,51	-0,94
13	0,30	0,27	0,14	-0,70	0,19	0,04	0,05
14	-0,42	-0,37	-0,66	-0,45	-0,37	-0,84	-1,00
M	0,11	0,24	0,10	-0,13	0,06	-0,15	-0,22
DP	0,39	0,33	0,49	0,52	0,47	0,63	0,63
CV	3,55	1,42	4,99	-4,09	7,55	-4,09	-2,84
Min	-0,42	-0,37	-0,70	-0,76	-0,71	-1,02	-1,00
Max	0,83	0,77	0,80	0,67	0,91	1,07	1,13

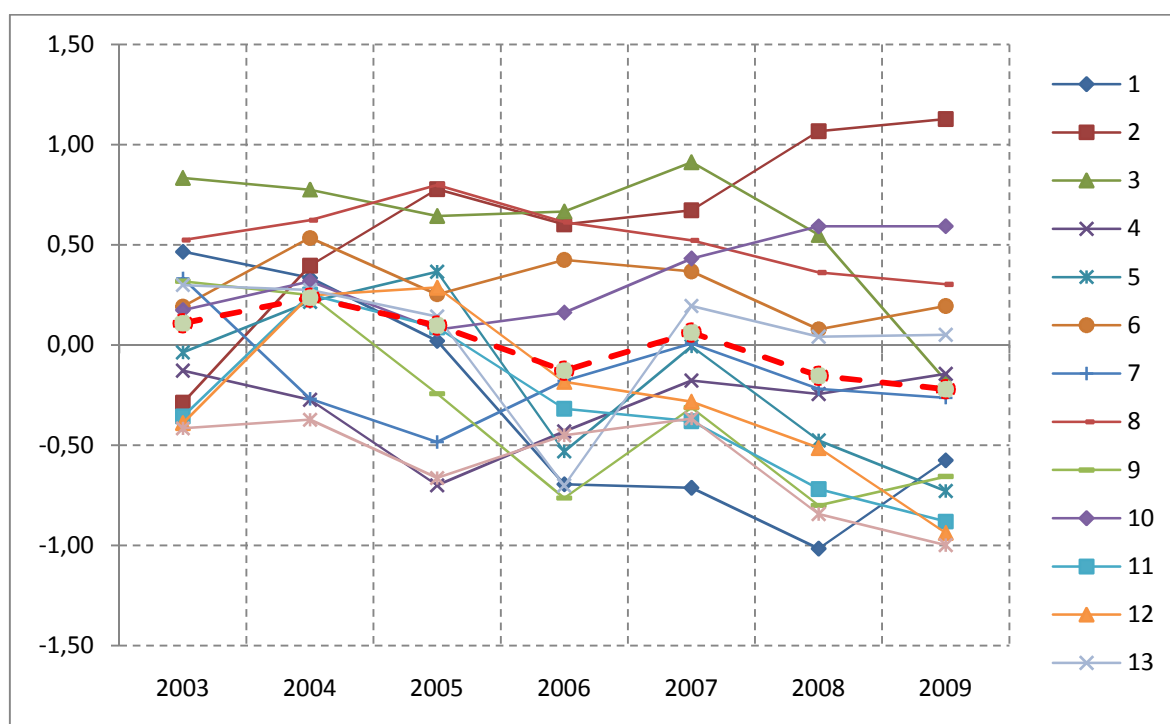
Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo.

Como já seria de esperar, mediante a análise descritiva dos sub-indicadores que o integram, o IDEFH apresentou um agravamento a partir de 2005 (apesar de 2007 ter evidenciado uma ligeira melhoria) com valores de dispersão em relação à média muito elevados.

Para melhor visualização da evolução do desempenho económico-financeiro (IDEFH) no período, apresentamos o Gráfico 3.

A análise do Gráfico 3 permite-nos verificar que existe um desempenho consideravelmente heterogéneo por parte dos hospitais da amostra, com claro afastamento dos hospitais relativamente ao seu desempenho a partir de 2006.

Gráfico 3. Avaliação da Evolução do Indicador de Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais (IDEFH) no período 2003-2009.



3.3.2. Análise Bi-variada

3.3.2.1. Desempenho Económico-Financeiro nos períodos «pré» e «pós-contratualização».

Para avaliar se a implementação da contratualização melhorou significativamente o desempenho económico-financeiro dos catorze hospitais da nossa amostra, recorreu-se, como referido, ao teste *t-Student* para amostras emparelhadas. Para maior precisão, avaliar-se-á, através deste teste estatístico, se no período 2006-2009 os hospitais EPE apresentam um melhor desempenho económico-financeiro que no período anterior.

Mediante análise da Tabela 15, o desempenho económico-financeiro no período «pré-contratualização», *i.e.* 2003-2005, apresenta uma média de 0,15 (com DP=0,40) e no período «pós-contratualização» uma média de -0,07 (com DP=0,54), o que sugere um desempenho económico-financeiro, em média, inferior no período após a implementação da contratualização nos hospitais EPE.

Tabela 15. Média e Desvio Padrão do IDEFH nos períodos 2003-2005 e 2006-2009.

	M	DP
IDEFH 2003-2005 e	0,15	0,40
IDEFH 2006-2009	-0,07	0,54

Para além disso, obteve-se valores de $t=2,934$ e $p\text{-value}=0,005$ no teste t -Student para amostras emparelhadas (Tabela 16), concluindo-se que existem diferenças estatisticamente significativas do indicador de desempenho económico-financeiro em ambos os períodos. Neste caso, o IDEFH no período 2006-2009 é significativamente inferior ao verificado no período anterior (2003-2005).

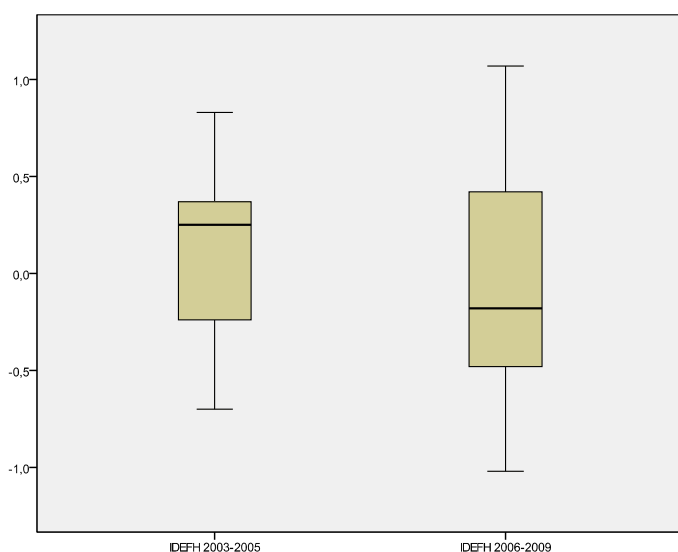
Tabela 16. Teste t-Student para IDEFH nos períodos pré e pós-contratualização.

	M	DP	t (gl) p
IDEFH 2003-2005 - IDEFH 2006-2009	0,22	0,49	2,934 (41) 0,005

Teste: $H_0: \mu_F \leq \mu_1$ vs. $H_1: \mu_F > \mu_1$.

O Gráfico 4 ilustra os resultados obtidos, onde podemos verificar que o desempenho económico-financeiro (com base no valor do IDEFH) é inferior no período entre 2006 e 2009, apesar de neste mesmo período se verificar uma amplitude interquartis ligeiramente superior sugerindo uma maior dispersão dos dados, com valores de IDEFH superiores (e inferiores) aos valores mais elevados (e reduzidos) do período anterior.

Gráfico 4. Desempenho económico-financeiro dos hospitais (IDEFH) nos períodos antes e após a contratualização.



3.3.2.2. Evolução do Grau de Execução dos Contratos-Programa.

Para o estudo da segunda hipótese definida- *o grau de execução dos contratos-programa aumentou ao longo do período em análise*- procedeu-se à análise descritiva do indicador compósito que demonstra o grau de execução (cumprimento) dos contratos-programa, nas principais rúbricas de custos e resultados (Fórmula 4, p.67). Esta análise visa perceber se no decurso do período, e mediante a crescente experiência dos hospitais (e seus conselhos de administração) e da própria tutela no processo de contratualização, o grau de execução dos valores contratualizados aumenta.

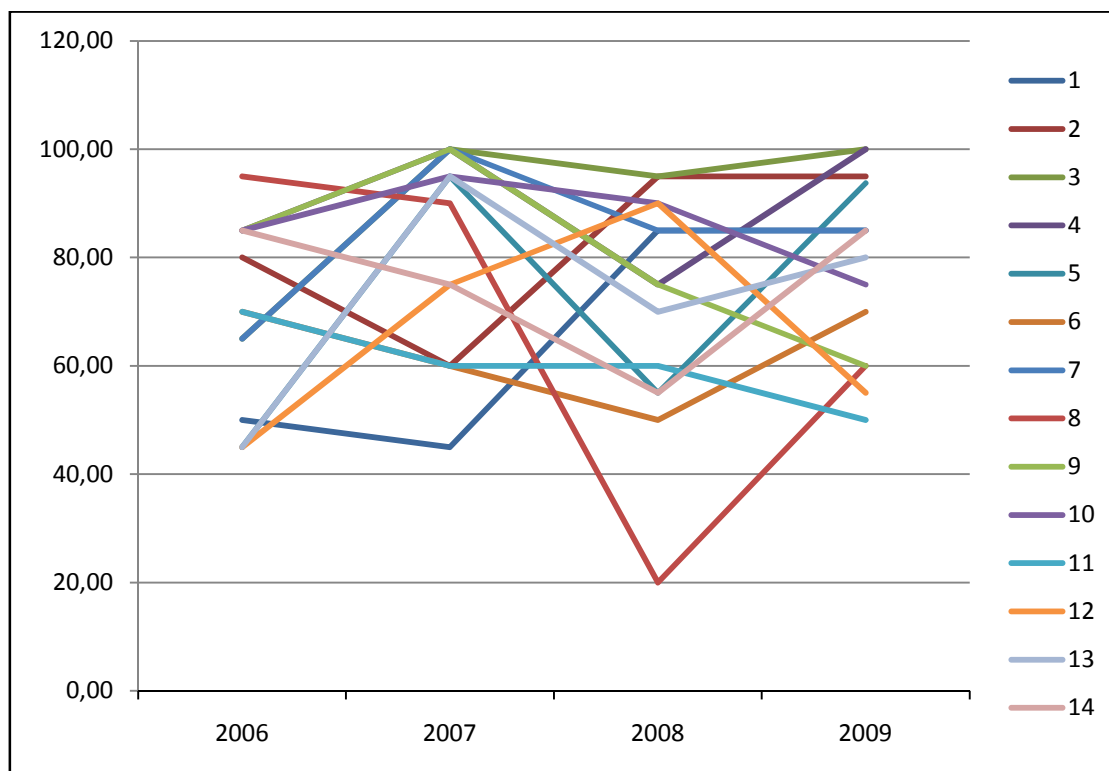
Tabela 17. Análise Descritiva do Indicador compósito GECP

Hospital	GECP			
	2006	2007	2008	2009
1	50,00	45,00	85,00	85,00
2	80,00	60,00	95,00	95,00
3	65,00	100,00	95,00	100,00
4	85,00	100,00	75,00	100,00
5	45,00	95,00	55,00	93,75
6	70,00	60,00	50,00	70,00
7	65,00	100,00	85,00	85,00
8	95,00	90,00	20,00	60,00
9	85,00	100,00	75,00	60,00
10	85,00	95,00	90,00	75,00
11	70,00	60,00	60,00	50,00
12	45,00	75,00	90,00	55,00
13	45,00	95,00	70,00	80,00
14	85,00	75,00	55,00	85,00
M	69,29	82,14	71,43	78,13
DP	17,42	19,19	21,43	16,85
CV	0,25	0,23	0,30	0,22
Min	45,00	45,00	20,00	50,00
Max	95,00	100,00	95,00	100,00

Legenda: M - Média; DP - Desvio Padrão; CV - Coeficiente de variação; Min - Mínimo; Max - Máximo.

Analisado o indicador compósito GECP podemos observar que a dispersão de valores mantém-se relativamente constante ao longo do período em análise e que os valores médios de execução do contrato-programa se mantêm muito próximos ao longo do período e sem uma tendência de evolução explicitamente definida.

Gráfico 5. Evolução do Grau de Execução dos Contratos-Programa (GECP) no Período 2006-2009.



O Gráfico 5 permite-nos confirmar a ausência de tendência explícita verificada pela análise dos valores individuais dos hospitais no período.

3.3.2.3. Relação entre a Evolução do Desempenho Económico-Financeiro (IDEFH) e do Grau de Execução dos Contratos-Programa (GECP).

Com o objetivo de testar a terceira hipótese deste estudo, isto é, confirmar a existência de uma relação positiva entre a execução do contrato-programa e o desempenho económico-financeiro dos hospitais, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. De acordo com Maroco (2007), este coeficiente constitui uma medida que quantifica a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis (neste caso o IDEFH e o GECP).

Tabela 18. Correlação r de Pearson entre IDEFH e GECP (2006-2009)

	IDEFH 2006	IDEFH 2007	IDEFH 2008	IDEFH 2009	IDEFH Global
GECP2006	0,29	-	-	-	-
GECP2007	-	0,25	-	-	-
GECP2008	-	-	0,16	-	-
GECP2009	-	-	-	0,23	-
GECP Global	-	-	-	-	0,34

Legenda: **p<0.01; *p<0.05; O GECP Global e o IDEFH Global constituem o somatório dos indicadores no período 2006-2009.

Da análise da correlação entre os indicadores compósitos, constatamos que não existe uma correlação significativa entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contratos programa ($p>0,05$). Esta análise permite-nos concluir que alterações ao nível do grau de execução dos contratos programa não estão associadas a uma evolução (positiva ou negativa) no desempenho económico-financeiro.

Complementarmente, criámos uma regressão linear para avaliar a existência de uma relação de causalidade entre ambos os indicadores.

Tabela 19. Regressão linear entre IDEFH e GECP (2006-2009)

	R² ajustado	β	t	sig
IDEFH 2006-2009	0,06	- 0,726	-2,431	0,018
GECP 2006- 2009		0,008	2,127	0,038

Como é possível observar, o coeficiente de ajustamento do modelo (R^2 ajustado) é muito baixo, o que significa que há (muitas) outras variáveis não incluídas no modelo que explicam o IDEFH. No entanto, e pese embora um Beta muito baixo, o GECP parece ser estatisticamente significativo para explicar a variância do IDEFH, a um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,038 < 0,05$).

Daí resulta que, apesar do coeficientes de correlação de Pearson não revelar associação significativa entre as duas variáveis (o que permite dizer que a variação de uma não está necessariamente associada à variação da outra), parece haver algum influência do GECP no IDEFH, mas esta causalidade é, ainda assim, muito fraca.

3.3.2.4. Análise de Índicios Relativos à «Cultura Orçamental».

Verificou-se até ao momento que: a) o desempenho económico-financeiro, ao contrário do que era expectável, piorou significativamente no período em que o processo de contratualização estava implementado nos hospitais EPE; b) o cumprimento dos valores de custos com CMVMC, FSE e Custos com Pessoal não apresentou uma tendência de melhoria no período em análise; e c) a evolução do desempenho económico-financeiro não está associado a uma evolução no grau de execução dos contratos-programa.

No entanto resta ainda responder a uma questão: existem indícios de transição de uma cultura orçamental baseada em custos históricos («incrementalismo») para uma cultura orçamental com enfoque nos resultados?

Com o objetivo de analisar evidências de «abandono do incrementalismo» procedeu-se à comparação dos desvios dos gastos reais (do mesmo ano e do ano anterior), nas principais rúbricas de custos já analisadas, em relação aos contratualizados (Fórmula 5 e Fórmula 6). Para o efeito recorreu-se a uma fórmula similar à usada no cálculo dos sub-indicadores do grau de execução, mas em módulo, tendo em conta que o sentido, positivo ou negativo, é irrelevante para esta análise.

Tal foi efetuado com o objetivo de perceber se os valores contratualizados estão mais próximos dos gastos verificados no exercício económico anterior, corroborando com uma possível orçamentação em sede de contratualização baseada em custos históricos, ou se se trata efetivamente de uma linha condutora, orientada para o desempenho, na gestão dos hospitais EPE portugueses.

Fórmula 5. Desvio do valor real ao contratualizado, no mesmo ano.

$$\text{Desvio em relação a } N = \left| \frac{\text{Valor Real } (N) - \text{Valor contratualizado}(N)}{\text{Valor contratualizado}(N)} \right| \times 100$$

Fórmula 6. Desvio do valor real do exercício anterior, em relação ao contratualizado.

$$\text{Desvio em relação a } N - 1 = \left| \frac{\text{Valor Real } (N - 1) - \text{Valor contratualizado}(N)}{\text{Valor contratualizado}(N)} \right| \times 100$$

Tabela 20. Desvios percentuais dos valores reais (do ano do contrato-programa em análise, e do ano anterior) no período 2006-2009.

Rúbricas	Desvio do valor real ao contrat.	Ano do Contrato-programa				Média do período
		2006	2007	2008	2009	
CMVMC	Real do ano N-1	4,29 ⁶²	5,33	6,13	6,52	5,57
	Real do ano N	7,56	6,11	5,12	5,11	5,97
FSE	Real do ano N-1	8,06	15,54	9,41	5,39	9,60
	Real do ano N	12,02	18,28	15,72	13,62	14,91
CP	Real do ano N-1	2,90	4,95	1,63	1,88	2,84
	Real do ano N	4,69	6,23	3,93	4,29	4,78

* Valores médios anuais.

Como resulta da leitura da Tabela 20, os gastos contratualizados são, em termos médios, mais próximos dos gastos incorridos no exercício anterior do que no ano do contrato-programa respetivo. Aliás, apenas em 2008 e 2009 se verifica uma maior aproximação dos valores do mesmo ano do contrato-programa relativamente à rúbrica dos consumos, o que sugere que a própria orçamentação no contrato-programa, ainda se baseia no «incrementalismo» de custos históricos, não tendo por base as estratégias políticas definidas, nomeadamente em termos de contenção de custos no setor.

Neste sentido, procurámos analisar as taxas de crescimento dos valores contratualizados nas mesmas rúbricas.

Tabela 21. Taxas de crescimento dos valores contratualizados.

Rúbricas	Taxas médias de crescimento (%) ⁶³		
	2007	2008	2009
CMVMC	12,31	2,07	4,72
FSE	24,05	-15,65	14,26
CP	1,45	5,21	5,14

Podemos verificar que os próprios contratos-programa não compreendem, em termos médios, indícios do controlo da despesa preconizado na metodologia do contrato-programa definido. O orçamento económico do contrato-programa de 2008 é o único que evidencia uma redução média de cerca de 15% na despesa em fornecimentos e serviços

⁶² Este valor representa um desvio de 4,29% do valor de CMVMC da Demonstração de Resultados de 2005 (ano anterior ao do contrato-programa), em relação ao contratualizado; O valor da linha imediatamente abaixo indica-nos que o desvio do valor de CMVMC de 2006 em relação ao contratualizado no orçamento-programa de 2006 é de 7,56%.

⁶³ As taxas de crescimento foram calculadas através da fórmula $\frac{\text{Valor de } N - \text{Valor de } (N-1)}{\text{Valor de } (N-1)} \times 100$

externos. Para além disso, não se verifica qualquer tendência explícita na própria evolução das taxas médias de crescimento.

3.2. Discussão dos Resultados

Atendendo aos objetivos e questões de investigação inicialmente propostas, procederemos à discussão dos resultados tendo em conta a sequência da sua apresentação.

Questão 1: Verifica-se uma melhoria no desempenho económico-financeiro dos hospitais EPE, após a implementação da contratualização, em relação ao período anterior?

A primeira questão de investigação deste estudo surgiu com base nas expectativas dos resultados demonstradas por especialistas, mas também pelas apresentadas em documentos legais como forma de fundamentar a implementação do processo de contratualização em Portugal.

Nos termos do Despacho n.º 2445/2012, de 30 de novembro, o processo inerente à contratualização tem permitido a reafectação de recursos para intervenções mais custo-efetivas e a melhoria do desempenho dos prestadores, através de incentivos financeiros e do aperfeiçoamento dos mecanismos de monitorização.

Para além disso, Ferreira *et al.* (2010: 448) defendem que um sistema de preços fixado pelo comprador, "obriga a unidade prestadora a alcançar melhores níveis de eficiência sem comprometer a qualidade mínima exigível".

Seria portanto expectável a obtenção de ganhos, no que respeita a resultados económico-financeiros, nos hospitais EPE a partir de 2006- ano em que a contratualização foi implementada nos mesmos. O estudo exploratório feito, assente na análise de cada um dos indicadores económico-financeiros e do indicador composto IDEFH, mostra contudo, que o desempenho económico-financeiro dos hospitais apresentou-se inferior no período 2006-2009 ao verificado no período anterior (2003-2005).

Os estudos desenvolvidos em Portugal (embora escassos) têm apontado para constrangimentos e factos que podem explicar os resultados alcançados, conforme apresentamos de seguida.

Uma das questões colocadas por Escoval (2003), prendia-se com o facto de estarem, ou não, reunidas as condições para o abandono da cultura «paternalista» existente

na administração pública da saúde (em Portugal) e para o desenvolvimento de uma cultura assente na contratualização. No estudo que desenvolveu, a resposta a esta questão era afirmativa, no entanto, a autora já alertava para resultados perversos que daí poderiam advenir: "a introdução de uma visão meramente economicista poderá levar à manutenção de uma estrutura verticalizada e obstaculizante de comando e controlo, igualmente desresponsabilizante e até geradora de maiores desperdícios, ineficiências e iniquidades" (Escoval, 2003: 240).

Por outro lado, o orçamento para 2006, anunciado politicamente como «o orçamento da verdade» que iria colocar Portugal, no caminho de finanças públicas equilibradas e do término da suborçamentação crónica no setor, ultrapassaria, já em 2006, o problema dos orçamentos iniciais claramente irrealistas, como se tinha verificado até aqui, e que implicavam, sempre, reforços financeiros ou orçamentos retificativos (OPSS, 2006). Para a OPSS (2006: 31) "desde que o Ministério da Saúde continue a ser visto como o responsável pelos gastos acabará por pagar os défices e haverá sempre a tentação de os gerar". Acrescem que, para dar credibilidade ao orçamento como instrumento, e na ausência de respeito pelos limites orçamentais, é necessário que sejam de facto introduzidas consequências, quer ao nível da gestão, quer ao nível de toda a organização abrangendo todos os decisores que têm capacidade de gerar despesa.

Apesar do novo estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março) prever a demissão do gestor público no caso da avaliação de desempenho ser negativa, não se encontram explícita e objetivamente definidas as condições subjacentes ao «desvio substancial» e à «grave deterioração dos resultados», revelando pouca objetividade do diploma legal mas acima de tudo, criando constrangimentos. Por outro lado, o sistema de incentivos preconizado pela metodologia anualmente conceptualizada pela ACSS, como se verificou, também não são transparentes quanto às condições de desempenho subjacentes ao seu recebimento. Em suma, não existe de facto um sistema de incentivos e penalizações que constituam fatores motivacionais ao cumprimento de níveis de desempenho económico-financeiros que favoreçam a sustentabilidade dos hospitais, e consequentemente do SNS.

Pêcego (2010) confirmou que, em média (mediante dados de dois hospitais), 80% das receitas anuais são provenientes dos contratos celebrados com a ACSS e a ARS LVT, contribuindo para os fracos resultados líquidos, tendo em conta que a sua produção não foi

totalmente financiada, ou seja, ambos os hospitais apresentam um acréscimo de atividade sem a correspondente contrapartida em termos de proveitos. Assim sendo, e partindo do pressuposto que o hospital não pode intervir sobre a procura, a não ser aumentando as filas de espera, o autor defende que aquando da negociação dos respetivos contratos se justifica um cuidado especial por parte das administrações dos Hospitais, por forma a que a sua produção seja totalmente financiada, ainda que a preços inferiores.

Analisado o desempenho, tornava-se crucial a avaliação da evolução do cumprimento dos valores contratualizados entre a tutela e os hospitais, o que levou ao desenvolvimento da segunda questão de investigação.

Questão 2: Existe uma tendência de melhoria do grau de execução dos respetivos contratos-programa?

Os contratos-programa são a parte mais visível do processo, onde se «materializa» o resultado do processo negocial decorrido entre o Ministério da Saúde e os hospitais (através dos seus conselhos de administração). Escoval (2003:242) salienta que a "lógica do orçamento-programa tem sido baseada nos objetivos e na medição de produção de serviços, o que justifica um contrato financeiro acordado através dum sistema transparente e previamente estabelecido". Porém, qual o nível de cumprimento do clausulado destes contratos?

Mediante a análise descritiva do indicador composto *Grau de Execução dos Contratos-Programa* no período 2006-2009, observámos que não se verifica uma tendência de melhoria no cumprimento dos orçamentos-programa, apresentando uma média global de GECP na ordem dos 70/80%⁶⁴ e com dispersão que ronda os 20/ 30% em relação à média.

Seria de esperar que, com a consolidação da experiência, por parte das administrações hospitalares e da tutela, se verificasse uma evolução positiva do cumprimento ao longo do período. Tal seria expectável, por via de uma melhor adequação da metodologia do contrato-programa às unidades hospitalares, de uma negociação casuística a cada unidade procurando modelos de gestão que fomentasse a prossecução dos objetivos pré-definidos, ou por via de incentivos e/ou penalizações institucionalizados.

⁶⁴ O valor de 80% não pode ser lido como 80% de cumprimento, tendo em conta que o grau de execução foi «medido» em termos de desvio (negativo) em relação aos valores contratualizados. Ver Fórmula 3(p.73) e Fórmula 4 (p.74) e método de categorização da escala. Indicador de Grau de Execução do Contrato Programa

Para além disso, em teoria, a gestão de um hospital EPE apresenta-se mais flexível do que um hospital SPA, permitindo que, na prática, seja possível cumprir, sem graves constrangimentos, o estabelecido em sede de contrato-programa, e, conseqüentemente, receber os respetivos incentivos (Pêcego, 2010), reforçando as expectativas evidenciadas. No entanto, mediante o nosso estudo, tal não se confirmou, levantando dúvidas sobre a efetividade do modelo em vigor, pelo menos que respeita ao domínio económico-financeiro.

Antunes *et al.* (2010), obtiveram conclusões semelhantes às aqui apresentadas, num estudo de caso desenvolvido ao sistema de incentivos e monitorização de desempenho, que faz parte do processo de contratualização anual com as unidades hospitalares públicas da Região de Saúde do Centro. Para o efeito, recorreram à análise das taxas de aproximação/afastamento aos objetivos acordados no triénio 2007 – 2009, tendo considerado três intervalos (no presente estudo foram definidas cinco categorias).

Considerando a globalidade das dimensões implicadas no processo de contratualização no triénio considerado, verificaram que apenas 20% dos hospitais da região centro se situaram no intervalo de desempenho de maior proximidade às metas contratadas, sendo que 55% se situam no intervalo de afastamento ao valor contratado superior a 25%. No que respeita à dimensão económico-financeira, consideraram como indicadores o resultado operacional, o custo operacional do doente-padrão, fornecimentos e serviços externos e despesas em compras, consumos e pessoal, tendo verificado que 66% das instituições se situaram no intervalo de maior distanciamento à meta.

Por outro lado, Pêcego (2010) desenvolveu um estudo de caso comparado entre os Hospitais Garcia da Orta EPE e o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, no qual analisaram a efetividade dos contratos-programa em ambos os hospitais em 2006/2007.

Um dos resultados a que chegaram, em termos de cumprimento de metas de crescimento de custos⁶⁵, foi que se assistiu a um desvio significativo no que se refere ao Fornecimentos e Serviços Externos, concluindo que para o cumprimento do plano de produção contratada os recursos despendidos são significativos. Para além disso, os custos com pessoal apresentaram-se como sendo a componente em que não se assistiu a um aumento real dos mesmos, no entanto, de acordo com o autor, não necessariamente devido a uma melhoria de eficiência na utilização dos recursos face à atividade produzida, mas por

⁶⁵ Relativamente às rúbricas de custos com consumos, fornecimentos e serviços externos e custos com pessoal.

uma potencial transferência na utilização desses recursos da rubrica de Custos com Pessoal para Fornecimentos e Serviços Externos.

Apesar dos estudos supracitados não estudarem a evolução do grau de execução ao longo de um período, verifica-se que os desvios verificados neste estudo, são corroborados pelos resultados apresentados em Pêcego (2010) e Antunes *et. al.*(2011).

A inexistência de um processo organizado de contratualização interna ou de um sistema de incentivos eficaz podem explicar o baixo nível de cumprimento obtido ao nível dos contratos-programa.

A ACSS (2008) considera que para o cumprimento do contrato-programa, e no sentido de uma efetiva gestão de unidades de saúde, torna-se essencial existir, no interior da organização, uma coordenação e motivação dos profissionais em linha com a estratégia definida, sendo requerido que nesse âmbito sejam estabelecidos objetivos claros, mensuráveis e conhecidos de todos os envolvidos no processo. Segundo esta entidade, é crucial a implementação de um modelo de contratualização interna que se traduza na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, conseqüentemente, na sua desagregação pelos diferentes níveis de gestão, possibilitando que a organização trabalhe de forma convergente e coerente para um fim comum.

Também a este nível, a introdução de um sistema de incentivos é considerada uma ferramenta poderosa de promoção da mudança e da reorientação das organizações para resultados. O sistema de incentivos incluído na contratualização com os hospitais em Portugal é, apesar da sua dimensão relativa e do seu carácter unicamente institucional, uma peça central do processo, por duas razões fundamentais: todo o trabalho de monitorização e acompanhamento se baseia na avaliação do desempenho negociado no âmbito do sistema de incentivos; o sistema de incentivos é a variável do processo de contratualização que verdadeiramente lhe confere uma dimensão estratégica (Antunes *et al.*, 2011). Neste sentido, devem ser analisados os fatores que bloqueiam a efetividade da contratualização, sejam eles endógenos ou exógenos ao próprio processo.

No que concerne às conseqüências do incumprimento dos contratos-programa, Raposo (2007) verificou que a mais identificada no caso de «incumprimento por defeito» está relacionada com a verba de convergência, enquanto que, «por excesso», apresentam como conseqüência o aumento da despesa, com reflexos financeiros, em relação ao qual não corresponderá o respetivo pagamento na sua totalidade, com reflexos económicos. As

consequências por excesso não são contudo consideradas se esse aumento ocorreu no ambulatório, porque «consomem menos recursos ao hospital» e é uma área que a tutela pretende desenvolver de modo a melhorar a eficiência.

Relativamente às consequências do incumprimento para os Conselhos de Administração (CA), formalmente os estatutos de cada hospital (SPA ou EPE) definem as situações que podem levar à exoneração ou dissolução dos CA, sendo o incumprimento dos contratos-programa uma delas, no entanto, na prática as consequências não são claramente visíveis, traduzindo-se sobretudo em informalidades na relação com a tutela e/ou na diminuição da capacidade negocial para os anos seguintes (Raposo, 2007).

O modelo carece portanto de uma responsabilização real dos CA que funcione como promotor do cumprimento do clausulado em sede de contratos-programa.

Questão 3: Existem evidências de uma relação explícita entre a evolução dos indicadores económico-financeiros e o grau de execução dos contratos-programa?

O estudo efetuado permitiu-nos concluir que, apesar do grau de execução explicar (ainda que numa pequena percentagem) a variância do desempenho económico-financeiro, não se verifica uma associação entre «ambos os desempenhos». Este resultado sugere que a evolução de um indicador não se encontra associado à evolução do outro, no mesmo sentido ou em sentido contrário.

Tendo em conta que os investigadores têm sugerido a introdução de sistemas de incentivos como «fórmula» para a promoção de uma melhoria do cumprimento das cláusulas contratualizadas em sede de contrato-programa, seria de prever que a melhoria do grau de execução do contrato-programa conduzisse a uma melhoria do desempenho (neste caso, económico-financeiro).

Há portanto indícios de que a contratualização, em especial os orçamentos-programa, não conduzem necessariamente a melhorias no desempenho económico-financeiro. No entanto, tal pode resultar devido a falhas no modelo de contratualização, ou pela assimetria de informação entre a tutela e a administração hospitalar, conduzindo a orçamentos-programa não compatíveis com os objetivos preconizados.

Perante a ausência de estudos que tenham procurado analisar esta questão, seria uma mais-valia o desenvolvimento desta mesma análise, aplicada ao universo dos hospitais

EPE, e tendo em consideração as diferentes características das unidades hospitalares, para verificar se os resultados coincidem com os apresentados no presente estudo.

Questão 4: Existem indícios de transição de uma cultura orçamental baseada em custos históricos para uma cultura orçamental com enfoque nos resultados?

Segundo Pêcego (2010), a contratualização constitui um instrumento privilegiado para assegurar a transição de um sistema financeiro baseado numa lógica de gestão de recursos para um novo sistema com enfoque na melhoria do desempenho, numa lógica de gestão de resultados, o que significa, na prática, que os hospitais EPE passariam de uma cultura de orçamento anual baseada em custos históricos («incrementalismo») para uma cultura orçamental de desempenho baseada na otimização da gestão.

Mediante o estudo realizado, verificou-se que os gastos contratualizados são, em termos médios e no cômputo global, mais próximos dos gastos incorridos no exercício anterior do que no ano do contrato-programa respetivo. Para além disso, a análise às próprias taxas de crescimento das principais rúbricas de custos, entre orçamentos-programa, indicia que as metas estabelecidas em sede de metodologia, não são cumpridas e não demonstram evidências de controlo da despesa.

Estes resultados sugerem a que a própria orçamentação no contrato-programa, ainda se baseia potencialmente no «incrementalismo» de custos históricos, não tendo por base as estratégias políticas definidas, nomeadamente em termos de contenção de custos no setor, o que enfraquece a efetividade deste instrumento.

Capítulo IV: Considerações Finais

O sistema de saúde português, tal como os seus congéneres europeus, tem-se defrontado com problemas de sustentabilidade financeira no médio prazo, necessitando que medidas enérgicas sejam introduzidas no seu funcionamento e que conduzam ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, ou ao aumento da receita (Campos, 2007).

Repensar globalmente o sistema de saúde é um imperativo para a concretização de uma política de saúde concertada com os valores nucleares da nossa sociedade, tendo em conta que é consensual a constatação de alguma ineficiência associada não apenas ao desperdício dos recursos afetados à saúde, mas também ao subaproveitamento dos recursos e da capacidade instalada nas unidades de saúde (Rego, 2011).

A procura de uma melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, cada vez mais exigentes, é um objetivo essencial para os decisores políticos, porém atualmente, não importa apenas oferecer um acesso equitativo a serviços de elevada qualidade com promoção de justiça na contribuição financeira dos cidadãos. É imprescindível que a racionalização dos custos seja efetiva, garantindo eficiência na utilização dos recursos- trata-se da necessidade de obtenção de ganhos em saúde garantindo a eficiência (global) máxima do sistema.

A avaliação do desempenho da gestão é, conseqüentemente, uma questão fundamental, apesar de controversa, não existindo na literatura relevante, tanto quanto é do nosso conhecimento, um consenso quanto à forma de avaliar o desempenho no contexto hospitalar.

Atualmente, tal como é reconhecido no preâmbulo do Despacho n.º 2445/2012, de 30 de novembro, mais de metade dos recursos financeiros do SNS são afetados através de contratos-programa. Os hospitais públicos, sejam do setor empresarial do estado, do setor público administrativo ou em regime de parceria público-privada, relacionam-se com a entidade pagadora através deste instrumento, reduzindo-se a rigidez administrativa e descentralizando-se o processo de decisão. O contrato fixa objetivos por linha de atividade e o pagamento é feito com base na atividade realizada, de acordo com um preço base, em

vez do reembolso dos custos suportados. Em teoria, o sistema de preços é fixado pelo pagador, o que obriga a entidade prestadora a alcançar melhores níveis de eficiência.

A medição do resultado da contratualização representa por isso um grande desafio para os sistemas de saúde.

Segundo Escoval (2010), é preciso trabalhar mais ativamente, para promover uma nova síntese entre a teoria e a prática da contratualização em saúde no país, aprendendo com a experiência, revendo as práticas a partir de novos patamares de elaboração.

Apesar dos autores serem consensuais relativamente à melhoria da transparência no setor com a introdução da contratualização, na verdade há ainda um longo percurso a percorrer para a sua maximização. Os próprios documentos de metodologia reforçam a necessidade de uma melhor definição de conceitos para que todas as entidades prestadoras o entendam de igual forma. Por outro lado, a política de incentivos é apenas dada a conhecer aos cidadãos como uma percentagem a oferecer mediante cumprimento de objetivos definidos, no entanto, apesar de publicarem a valorização percentual dos mesmos, não definem explicitamente o conceito de «cumprimento relativamente ao estipulado». Para além disso, ficamos sem saber que entidades prestadoras receberam incentivos e mediante que níveis de classificação/cumprimento, o que penaliza a transparência tão «publicitada».

Os principais resultados obtidos neste estudo permitem concluir que, em Portugal: o desempenho económico-financeiro dos hospitais EPE apresentou-se significativamente mais desfavorável no período após a implementação da contratualização nestes hospitais. Naturalmente não se conclui que o processo de contratualização conduziu a um resultado negativo na gestão hospitalar, mas os resultados sugerem que o mesmo não foi efetivo na melhoria de eficiência num contexto económico de severas restrições orçamentais.

Acresce que, para dar credibilidade ao orçamento como instrumento, e na ausência de respeito pelos limites orçamentais, é necessário que sejam de facto introduzidas consequências (penalizações e/ou incentivos), quer ao nível da gestão, quer ao nível de toda a organização abrangendo todos os decisores que têm capacidade de gerar despesa.

Para além disso, constatou-se que a evolução do desempenho económico-financeiro não se encontra associada à evolução do grau de execução do contrato-programa e que este último, por sua vez, não apresentou uma tendência de melhoria ao longo do período em análise. Também aqui os estudos apontam para falhas no processo de contratualização.

Os indicadores padrão de desempenho em que assentam a negociação, isto é, o nível de desempenho ótimo que se deve esperar face a uma determinada capacidade instalada, deverão ser definidos e assentarem em critérios científicos. Os autores já anteriormente citados, defendem também o desenvolvimento de conhecimentos sólidos ao nível da contratualização interna.

Como limitações ao presente trabalho de investigação, apresentam-se a escassez de estudos desenvolvidos com o mesmo objeto de estudo, a inexistência (ou desconhecimento) de um estudo similar, e a dimensão da amostra (apesar de se tratar de uma amostra por conveniência).

Como sugestões de investigação futura ao impacto da contratualização no desempenho dos hospitais, evidenciamos:

- o desenvolvimento do estudo no universo de hospitais públicos, no sentido de avaliar se as conclusões aqui retiradas em termos de evolução do desempenho económico-financeiro e do grau de execução (bem como a sua interação) se estendem a esse universo e, se possível (ou assim que possível), num espaço temporal superior;
- o estudo das questões aqui desenvolvidas, abrangendo outras áreas de desempenho (qualidade e eficiência, acesso e desempenho assistencial), com o objetivo de avaliar se nessas áreas a contratualização apresentou um impacto significativamente positivo;
- a realização de um estudo comparativo, em termos internacionais, de modo a procurar fatores endógenos ou exógenos que estejam na base do sucesso/insucesso da contratualização.

Independentemente dos resultados obtidos e das limitações identificadas, consideramos que, não havendo em Portugal qualquer estudo desta natureza, trata-se de um estudo exploratório original, que poderá oferecer um contributo para futuras investigações em Portugal.

Referências Bibliográficas

ACSS (2011a) *Manual do processo de contratualização - hospitais e ULS*. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Manual%20Processo%20Contratualiza%C3%A7%C3%A3o.pdf> [26 de outubro de 2011].

ACSS (2011b) *Relatório de acompanhamento: execução dos contratos-programa 2010*. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio_Acompanhamento%20da%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20CP%202010%2026_08_2011_vf+Anexos.pdf [26 de novembro de 2012].

Afonso, António; Fernandes, Sónia (2005) *Assessing and explaining the relative efficiency of local government: evidence for Portuguese Municipalities*. <http://hdl.handle.net/10400.5/2694> [12 de fevereiro de 2012].

Afonso, António; Schuknecht, Ludger; Tanzi, Vito (2005) "Public sector efficiency: an international comparison" *Public choice*. 123: 321-347. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2125/1/ecbwp242.pdf> [6 de janeiro de 2013].

Antunes, Edite; Gonçalves, João P.; Santos, Maria F.; Alexandre, Maurício; Godinho, Paula (2011) "8.º Congresso nacional da Administração Pública: contratualização em saúde- efetividade do sistema de incentivos". Brasil, 21-22 de novembro de 2011. INA: Lisboa. <http://repap.ina.pt/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20%20efectividade.pdf> [11 de janeiro de 2011].

Barros, Pedro P. ; Machado, Sara R.; Simões, Jorge A. (2011) *Portugal: health system review. Health systems in transition*. 13 (4). 1-156.

Barros, Pedro P. (2005) *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina.

Barros, Pedro P. (2004) "O mixed bang das reformas do setor da saúde pós 2002". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 4, 51-56.

<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2004-T/E-05-2004.PDF> [30 de outubro de 2011].

Barros, Pedro P.; Gomes, Jean - Pierre (2002) "Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português". *Gabinete da Análise Económica da Faculdade de economia da Universidade Nova de Lisboa*. Lisboa. http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/re1047-2003-estudo_externo-final.pdf [30 de novembro de 2011].

Bentes, M., *et al.* (1996) "A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar" *Gestão Hospitalar*. 33, 33-40 in Santana (2005).

Campos, António C.; Simões, Jorge (2011) *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.

Campos, António C. (2007) "Por um sistema de saúde mais eficiente" *Cadernos de Economia*. Edição n.º 80: Julho/Setembro de 2007. 9-15. http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio_Correia_de_Campos.pdf [29 de maio de 2012]

Campos, António C. (2001) "Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública" *Análise social*. 36(161). 1079-1104. <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218730534N7wVI8eg6Nb31BK7.pdf> [29 de maio de 2012]

Carvalho, João; Fernandes, Maria J.; Camões, Pedro; Jorge, Susana (2010) *Anuário financeiro dos municípios portugueses 2008*. Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas.

CRES- Conselho de reflexão sobre a Saúde (CRES) *Reflexões sobre a saúde-recomendações para uma reforma estrutural*. Porto: Ministério da Saúde.

ERS (2011) *Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde*. Lisboa. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf [26 de outubro de 2011].

Escoval, Ana M. S (2010) "O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005)" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 7-24. <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos->

[de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-02-2009.pdf](http://www.contratualizacao.min-saude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf) [30 de outubro de 2011].

Escoval, Ana M. S.(2003) *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa. http://www.contratualizacao.min-saude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf [30 de outubro de 2011].

Evans, David (2006) "Use of contracting in public health" *Bulletin of the World Health Organization*. 84(11). 842.

Fernandes, Carla; Peguinho, Cristina; Vieira, Elisabete; Neiva, Joaquim (2012) *Análise financeira: teoria e prática*. Lisboa: Sílabo.

Ferreira, Ana S.; Escoval, Ana; Lourenço, Alexandre; Matos, Tânia; Ribeiro, Rute (2010) "A contratualização de cuidados de saúde" in Simões, Jorge (coord.) *30 anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina.

Fortin, Marie-Fabienne; Côte, José; Fillion, Françoise (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta

Giraldes, Maria do R. (2007) "Avaliação da eficiência e da qualidade nos centros de saúde" *A avaliação da qualidade*. 25(2), 31-50. http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03_02_2007.pdf [19 de novembro de 2012].

Harfouche, Ana P. (2008) *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Hood, Christopher (1991) "A public management for all seasons?". *Public Administration* 69, 3- 19 in Harfouche (2008).

Howell, D. C. (1999) *Fundamental statistics for the behavioural sciences*, 4th ed. Belmont: CA: Duxbury Press in Maroco (2007).

Hughes, D.; Yule, B. (1992) *The effect of per-item fees on the behaviour of primary health care*. *Journal of health economics* in Sousa (2010).

IGIF- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (1999) *Orçamento do SNS para 2000, proposta final de critérios de distribuição e recursos*. Documento do Ministério da Saúde *in Rego* (2011).

INE (2012) *Conta satélite da saúde 2010P-2011Pe*. Lisboa.

INE (2010) *Conta satélite da saúde 2008*. Lisboa.

Jesus, Vítor M. M. (2009) *Gestão hospitalar: indicadores de gestão para os estabelecimentos militares de saúde*. Dissertação de mestrado em Organização e Gestão de Empresas. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Kazandjian, Vahé A. (2010) "Pay-for-performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 117-128. <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-10-2009.pdf> [30 de outubro de 2011].

Maroco, João (2007) *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martins, António (2004) *Introdução à análise financeira de empresa*. Porto: Vida Económica.

Montgomery, D. C.; Peck, E. C. (1982) *Introduction to linear regression analysis*. New York: John Wiley & Sons *in Maroco* (2007).

Myers, R. H. (1986) *Classical and modern regression with applications*. Boston: Duxbury Press *in Maroco* (2007).

Neves, João C. (2007) *Análise financeira: técnicas fundamentais*. Lisboa: Texto Editora.

Nunes, R; Rego, G. (2002) *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill *in Jesus* (2009).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) *Crise e saúde: um país em sofrimento- Relatório Primavera 2012*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2012. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf [20 de novembro de 2012].

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) *10/30 anos: razões para continuar- Relatório Primavera 2009*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.

http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf
[30 de outubro de 2011].

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006) *Um ano de governação em saúde: sentidos e significados* -Relatório Primavera 2006. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.
http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2006_OPSS.pdf
[26 de outubro de 2011].

OECD (2008) *Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide*. <http://www.oecd.org/std/clits/42495745.pdf> [17 de novembro de 2012].

Pêcego, Luís M.G. S.(2010) *O modelo de governação dos hospitais EPE: estudo de caso comparado*. Dissertação de mestrado em Economia e Políticas Públicas. Instituto Superior de economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10400.5/2238> [11 de janeiro de 2012].

Raposo, Vítor M. R..(2007) *Governação hospitalar - uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/7467/3/Tese_VRaposo.pdf [11 de setembro de 2011].

Rego, Guilhermina (2011) *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos. Uma aplicação ao Setor da saúde*. Porto: Vida Económica.

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

Santana, Rui (2005) "O financiamento hospitalar e a definição de preços" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5, 93-118.
http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon5_06-2005.pdf [10 de fevereiro de 2013].

Silva, Anabela M. (2011) *Relação entre modelos de gestão hospitalar, sistemas de informação para a gestão e desempenho: o caso dos hospitais públicos portugueses* Tese

de doutoramento em Contabilidade. Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

Simões, Jorge; Barros, Pedro P. "Portugal: Health system review". *Health Systems in Transition*, 2007; 9(5): 1–140.

Simões, Jorge (2004a) *Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina

Simões, Jorge (2004b) "A avaliação do desempenho de hospitais" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 4, 91-120. <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-09-2004.pdf> [10 de dezembro de 2012].

Simões, Jorge A. (2004c) "As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 4, 79-90.

Sousa, Paula A. (2010) *A contratualização externa nos ACES: que modelo aplicar?* Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

Souza, Antônio A.; Rodrigues, Ludmila T.; Lara, Cynthia O.; Guerra, M.; Pereira, Carolina M. (2009) "Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais" *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*. 3, 44-55. Brasil. <http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/807/681> [26 de outubro de 2011]

Valente, Maria C. (2010) "Contratualização em contexto hospitalar" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 25-39. <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-03-2009.pdf> [30 de outubro de 2011]

Vieira, Rui (2009) "Paradigmas teóricos da investigação em contabilidade" in Major, Maria; Vieira, Rui (eds) *Contabilidade e controlo de gestão*. Lisboa: Escolar Editora.

WHO- World Health Organization (2000) *European health care reforms - Analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization- Regional Office for Europe.

Legislação

Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto de 1958- Criou o Ministério da Saúde

Lei 1/2005, de 12 de agosto- Constituição da República Portuguesa

Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de agosto- Lei de Bases da Saúde

Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro- Regime Jurídico de Gestão Hospitalar

Sítios Web

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde <http://www.acss.min-saude.pt/>

ADSE: Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
<http://www.adse.pt/>

DGTF: Direção Geral do Tesouro e Finanças <http://www.dgtf.pt>

Portal da Codificação Clínica e dos GDH: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/>

Apêndices

Apêndice 1: Listagem de hospitais transformados em EPE

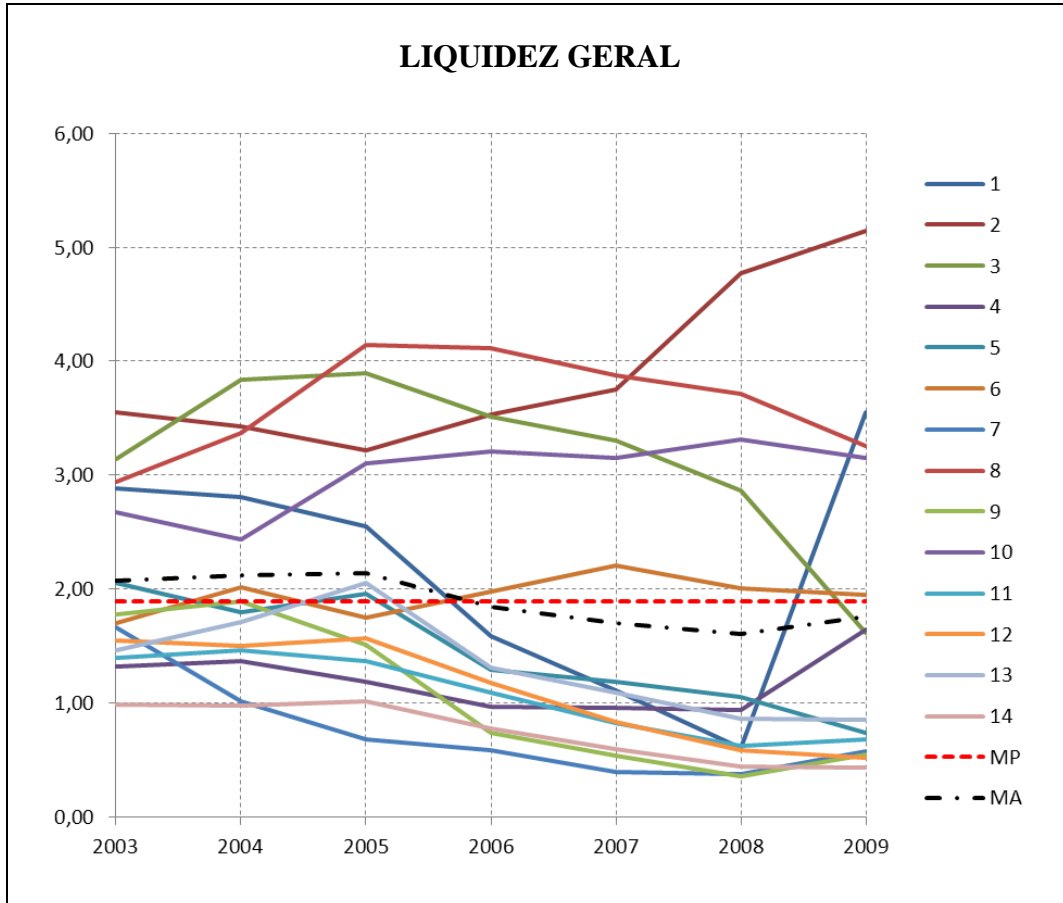
Nova designação	Antiga designação	Legislação
<p>Foram transformados em Entidades Públicas Empresariais (EPE) os 31 Hospitais SA:</p> <p>Hospital Infante D.Pedro, EPE</p> <p>Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, EPE</p> <p>Hospital de São Gonçalo, EPE</p> <p>Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE</p> <p>IPOFG- Centro Regional de Oncologia de Coimbra, EPE</p> <p>Hospital Distrital de Bragança, EPE</p> <p>Hospital Geral de Santo António, EPE</p> <p>IPOFG- Centro Regional de Oncologia do Porto, EPE</p> <p>Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE</p> <p>Hospital Padre Américo- Vale do Sousa, EPE</p> <p>Hospital de Nossa Senhora de Oliveira, EPE</p> <p>Hospital Distrital dea Figueira da Foz, EPE</p> <p>Hospital de São Teotónio, EPE</p> <p>Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE</p> <p>IPOFG- Centro Regional de Oncologia de Lisboa, EPE</p> <p>Hospital Pulido Valente, EPE</p> <p>Hospital de Santa Cruz, EPE</p> <p>Hospital de Santa Marta, EPE</p> <p>Hospital de Santa Maria Maior, EPE</p> <p>Hospital de São João de Deus, EPE</p> <p>Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE</p> <p>Hospital de São Sebastião, EPE</p> <p>Hospital de Santo André, EPE</p> <p>Hospital Garcia da Orta, EPE</p> <p>Hospital da Nossa Senhora do Rosário, EPE</p> <p>Hospital de São Bernardo, EPE</p> <p>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE</p> <p>Hospital Distrital de Santarém, EPE</p> <p>Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. EPE</p>		<p>DL n.º 93/2005, de 7 de Junho</p>
Hospital de Santa Maria, EPE	Hospital de Santa Maria	
Hospital de São João, EPE	Hospital de São João	
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Agregou os Hospitais de São Francisco de Xavier EPE, Egas Moniz e Santa Cruz, EPE	<p>DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro</p>
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Agregou os Hospitais de São Bernardo, EPE, e o Ortopédico de Sant'Lago do Outão	
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	Agregou os Hospitais Distritais de Bragança, EPE, de Macedo de Cavaleiros e de Mirandela	
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Agregou o Hospital Geral de Santo António, EPE, o Hospital Central Especializado em	<p>DL n.º 326/2007, de 28 de Setembro</p>

Nova designação	Antiga designação	Legislação
	crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis	
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Agregou o Hospital Padre Américo- Vale do Sousa, EPE, e o Hospital São Gonçalo, EPE	
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Hospital do Espírito Santo de Évora	DL n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Agregou o Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central), o Hospital D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, E.P.E.	
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	Centro Hospitalar de Coimbra	
Centro hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Agregou o Centro Hospitalar de Vila Real/ Peso da Régua, EPE, o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego	
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Agregou o Hospital Conde de São Bento-Santo Tirso e o Hospital de São João de Deus, EPE	
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Agregou o Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães, EPE e o Hospital de São José-Fafe	
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Agregou o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda	
Unidade de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Unidade de Saúde do Norte Alentejano	DL n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	Agregou o Hospital Sta Maria, E.P.E. e Hospital Pulido Valente, E.P.E.	DL n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde	DL n.º 180/2008, de 26 de Agosto
Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.	Hospitais da Universidade de Coimbra	
Hospital Faro E.P.E.	Hospital Central de Faro	
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	Agregou o Centro Hospitalar Alto Minho, E.P.E. e os centros de saúde do distrito de Viana do Castelo	DL n.º 183/2008, de 4 de Setembro
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	Agregou o Centro Hospitalar Baixo Alentejo, E.P.E. e os centros de saúde do distrito de Beja, com exceção do centro de saúde de Odemira	
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	Agregou os Hospitais de Sousa Martins, Guarda, e de Nossa Senhora da Assunção, Seia, com os centros de saúde do distrito da Guarda, com a exceção dos centros de saúde de	

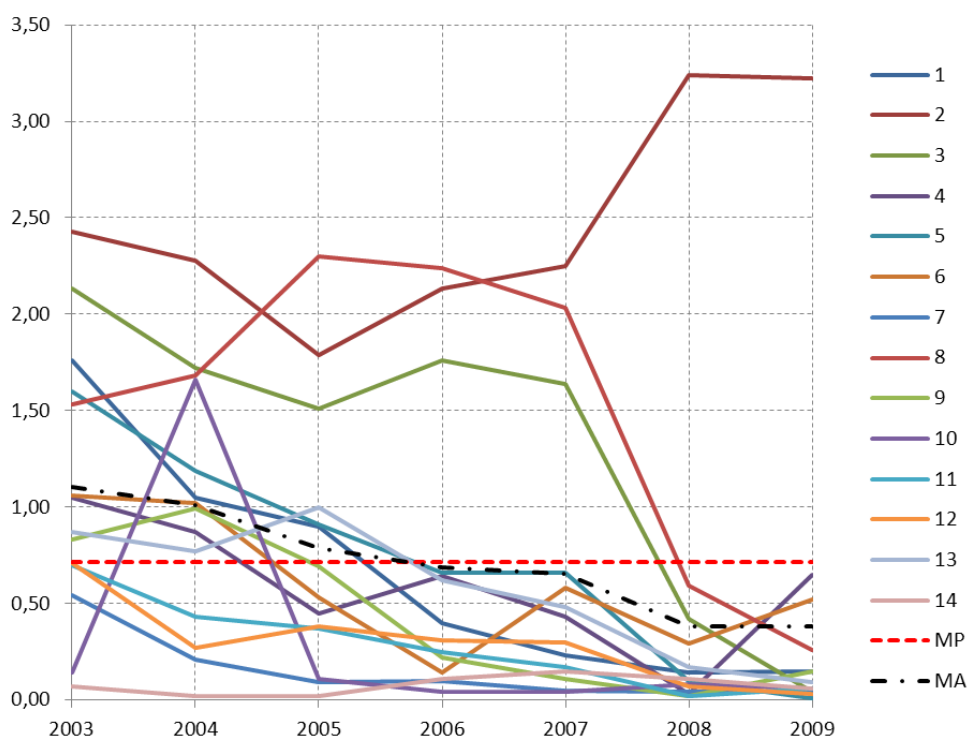
Nova designação	Antiga designação	Legislação
	Vila Nova de Foz Côa e de Aguiar da Beira	
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	DL n.º 203/2008 de 10 de Outubro
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	Agregou o Hospital de S. Sebastião, EPE, Hospital Distrital de S. João da Madeira e Hospital de São Miguel- Oliveira de Azeméis	DL n.º 27/2009 de 27 de Janeiro
Hospital Magalhães de Lemos, EPE	Hospital Magalhães de Lemos	
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	Agregou o Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE e Hospital do Montijo	DL n.º 280/2009 de 6 de Outubro
Hospital do Litoral Alentejano, EPE	Hospital do Litoral Alentejano	DL n.º 303/2009, 22 de Outubro
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Integrou o Hospital Amato Lusitano- Castelo Branco, com os agrupamentos de centros de saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul	DL n.º 318/2009, 2 de Novembro
Hospital de Curry Cabral, EPE	Hospital de Curry Cabral	DL n.º 21/2010, 24 de Março

Fonte: Relatórios do Sector Empresarial do Estado (SEE) DGTF.

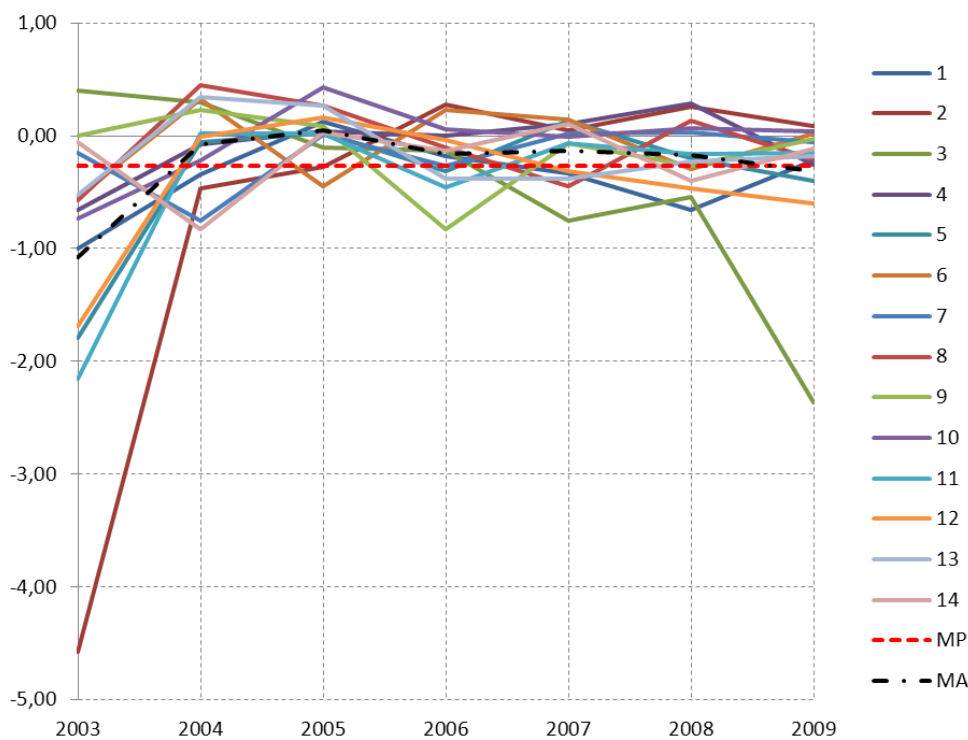
Apêndice 2: Evolução dos sub-indicadores do IDEFH (variáveis não homogeneizadas)



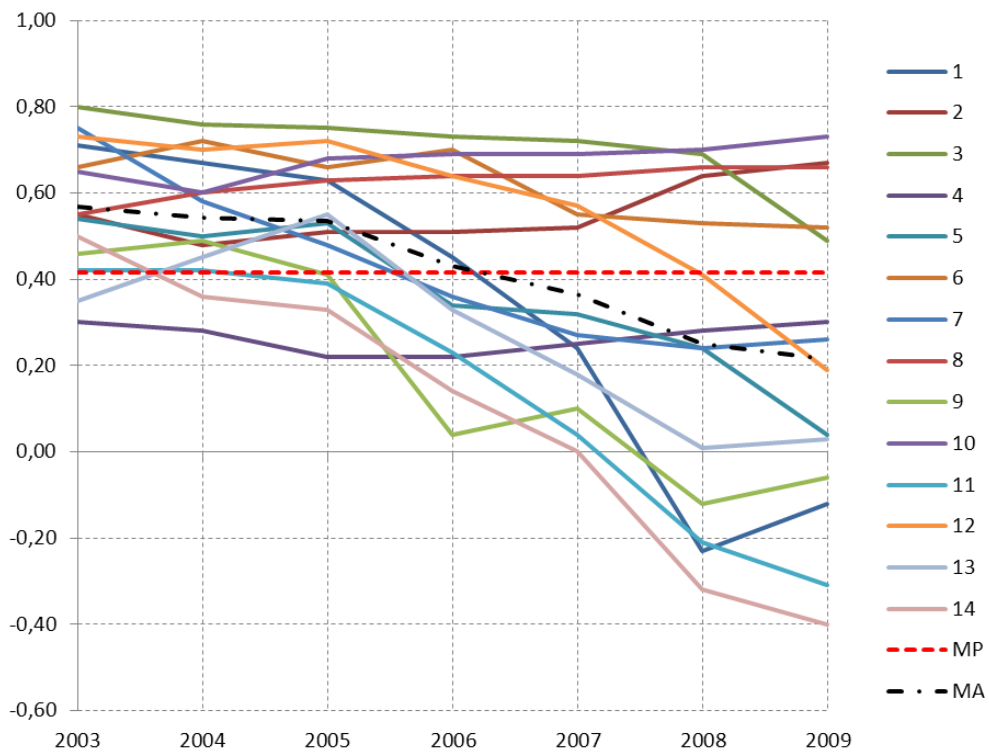
LIQUIDEZ IMEDIATA



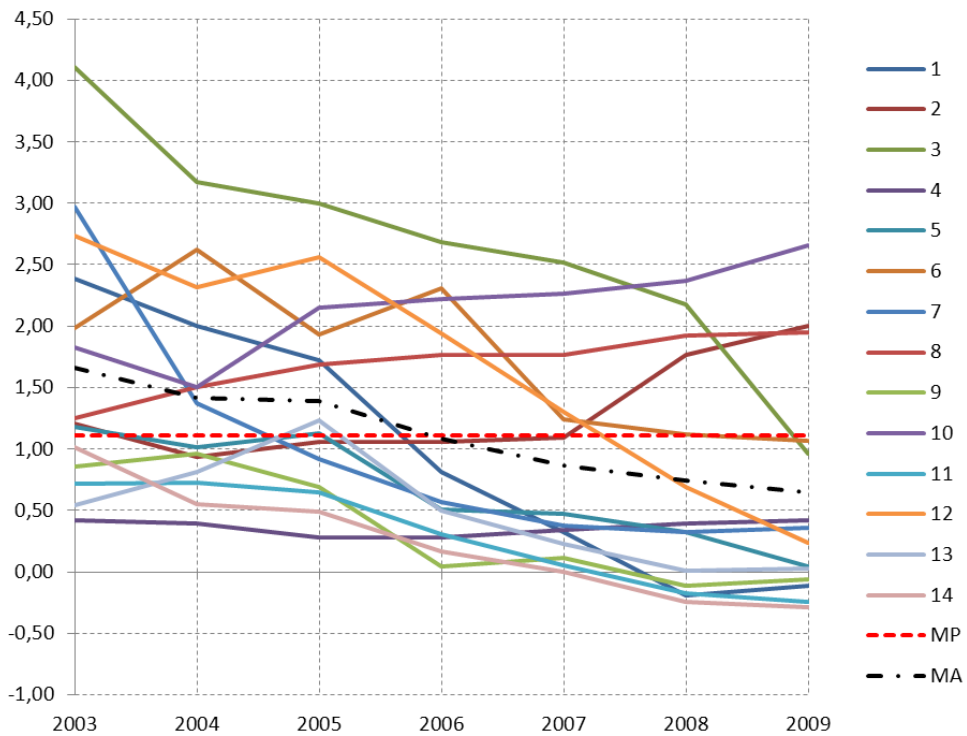
EVOLUÇÃO DAS DÍVIDAS A TERCEIROS



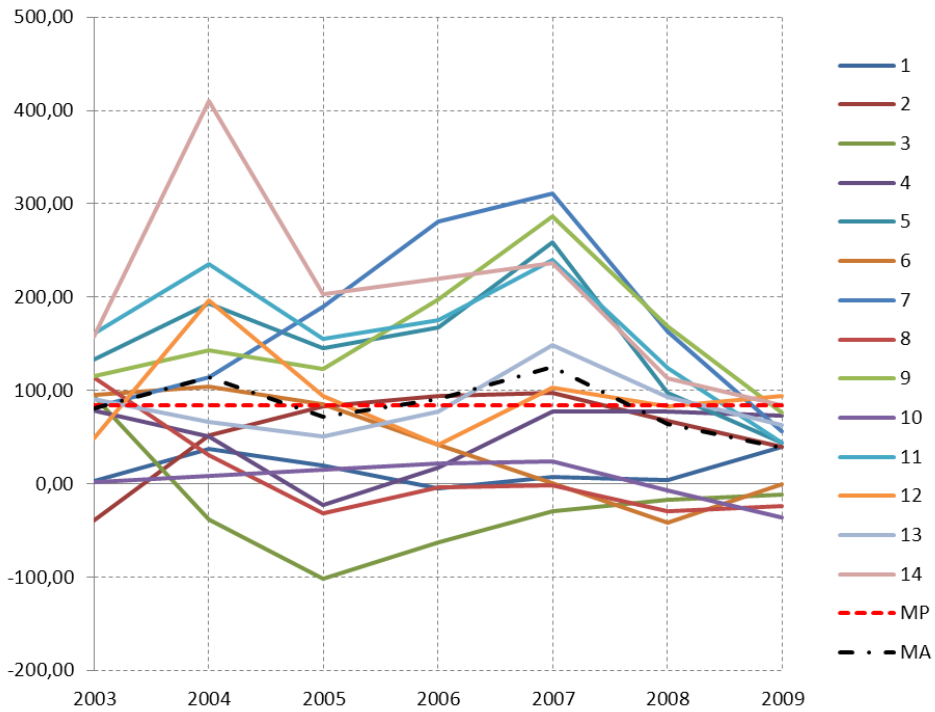
AUTONOMIA FINANCEIRA



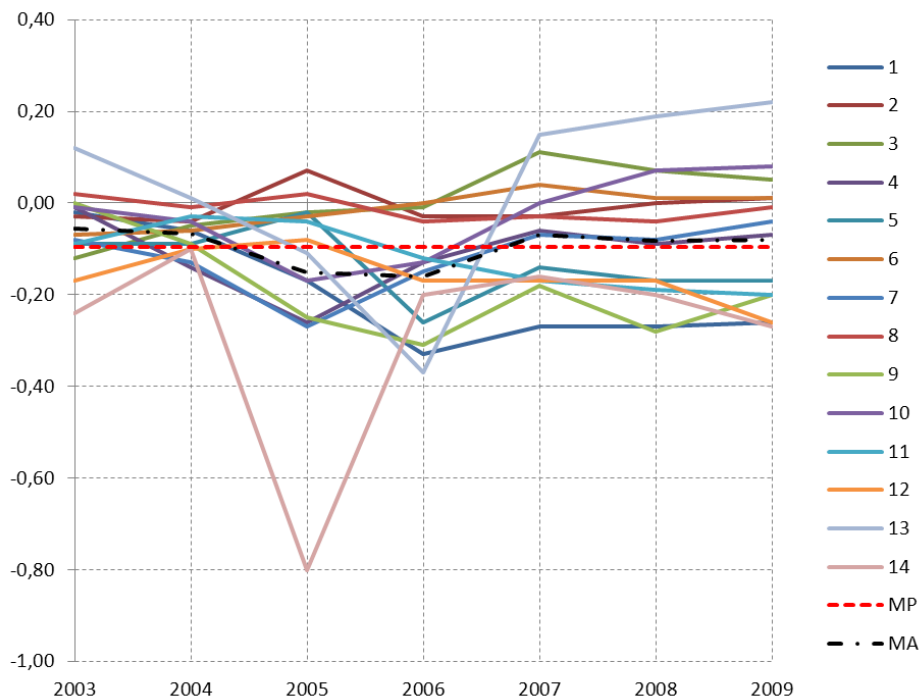
SOLVABILIDADE



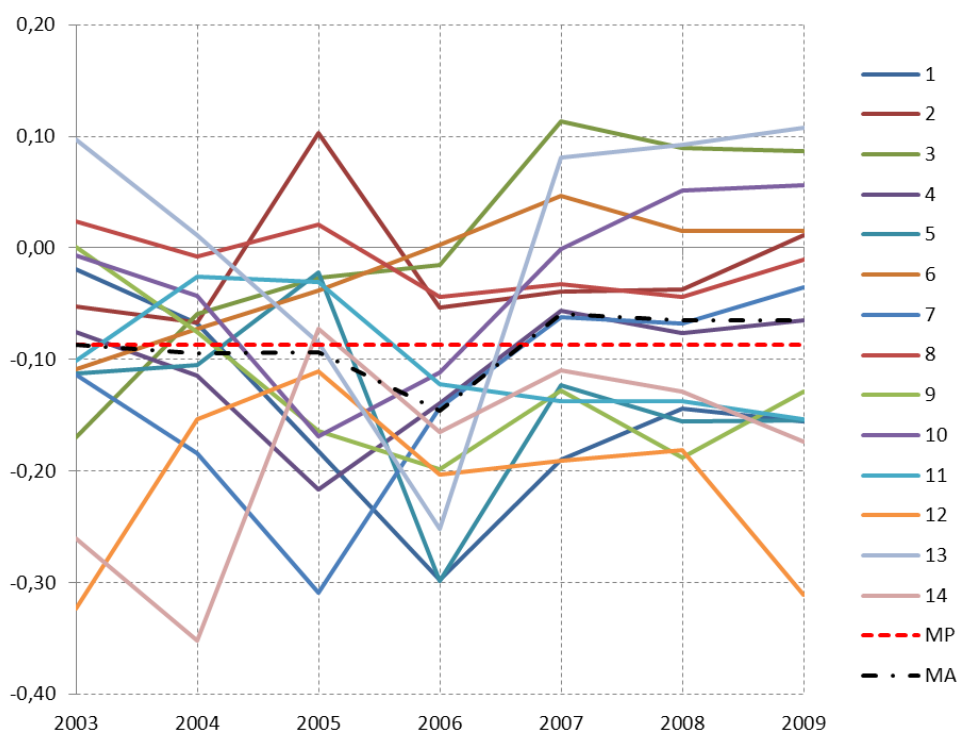
DIFERENÇA ENTRE PRAZOS MÉDIOS DE PAGAMENTO E DE RECEBIMENTO



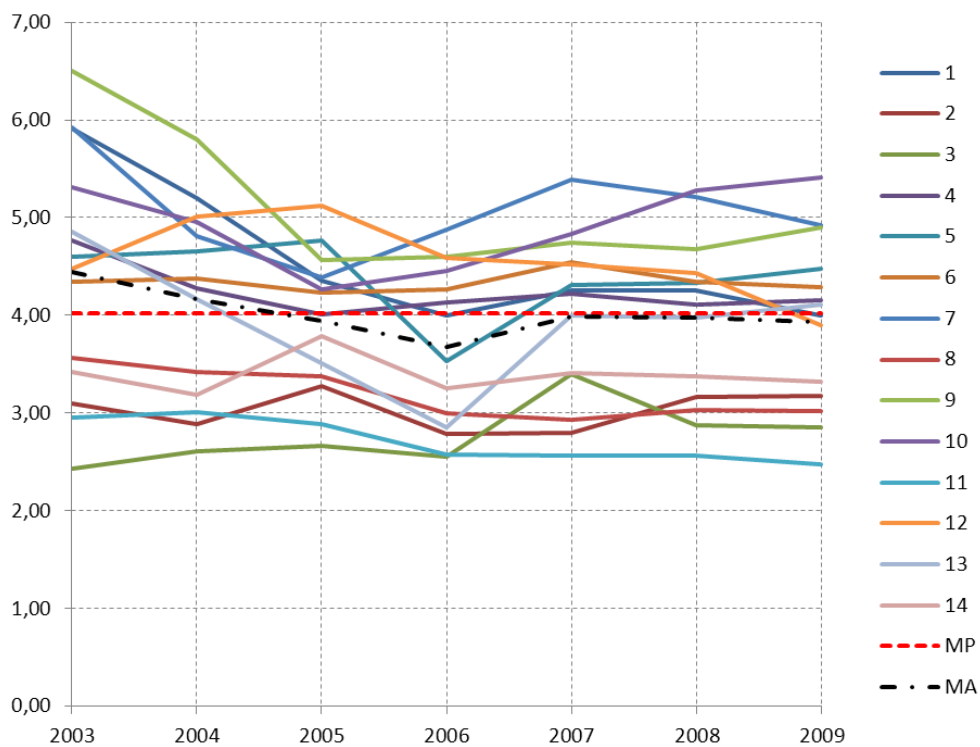
RENDIBILIDADE OPERACIONAL DO ATIVO



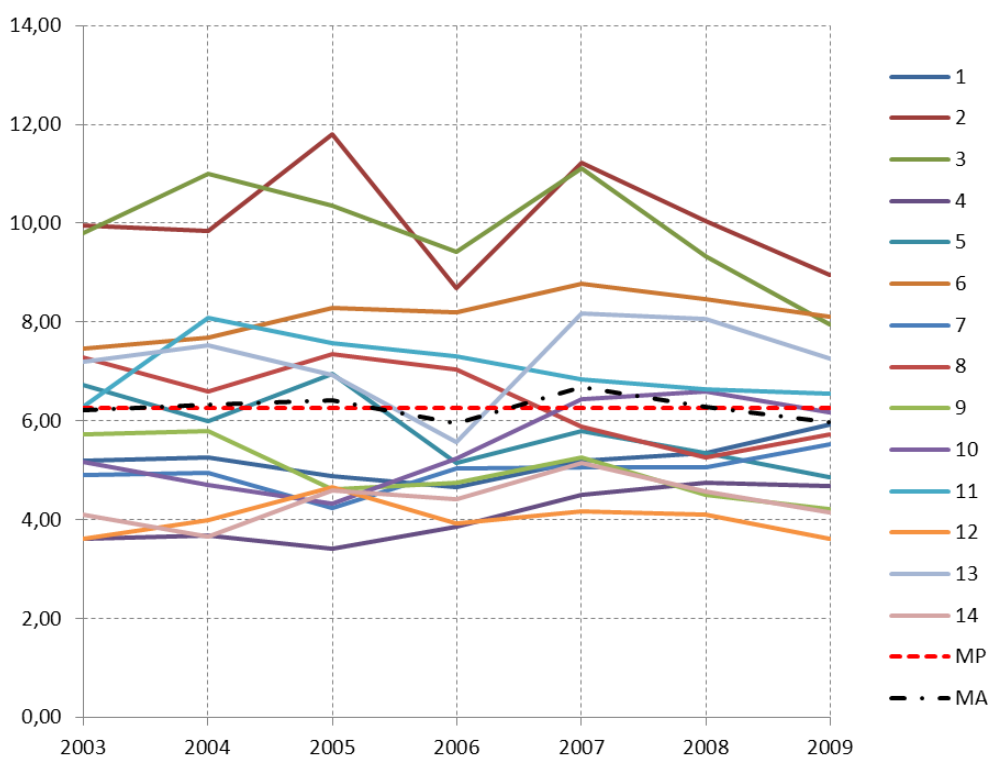
RENDIBILIDADE OPERACIONAL DOS PROVEITOS



PESO DOS CMVMC NO TOTAL DE PROVEITOS OPERACIONAIS



PESO DOS FSE NO TOTAL DE PROVEITOS OPERACIONAIS



PESO DOS CP NO TOTAL DE PROVEITOS OPERACIONAIS

