

O Impacto da Contratualização no Sistema Nacional de Saúde

Dissertação de Mestrado

Maria Dulce Costa Rocha

Mestrado em

Ciências Económicas e Empresariais



O Impacto da Contratualização no Sistema Nacional de Saúde

Dissertação de Mestrado

Maria Dulce Costa Rocha

Orientadores

Prof. Doutor Gualter Manuel Medeiros do Couto

Prof. Doutor Pedro Miguel Silva Gonçalves Pimentel

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Económicas e Empresariais, com especialização em Finanças.



Resumo

O trabalho de investigação analisa o impacto no desempenho económico dos Hospitais Portugueses face ao processo de contratualização. Na análise estatística utilizou-se o teste de diferença entre médias para verificar o comportamento do desempenho económico dos hospitais face à contratualização. Foram retirados dados dos relatórios e contas de uma amostra de quinze Hospitais Portugueses S.A. que passaram por este processo de contratualização, no período compreendido entre 2003 a 2017, a fim de calcular quatro indicadores como: a Rendibilidade do Ativo (ROA); a Rendibilidade dos Capitais Próprios (ROE); *Economic Value Added* (EVA) e *Market Value Added* (MVA). Neste estudo, para cada um destes indicadores, foram analisados e comparados os efeitos resultantes de dois anos antes e de dois anos após o processo de contratualização.

Dos resultados obtidos, pode-se concluir que a contratualização teve pouco impacto no desempenho económico dos hospitais portugueses e o sentido deste impacto foi desfavorável.

Palavras-chave: Contratualização, Sistema de Saúde e Desempenho Económico.

Abstract

This research work aims to analyze the impact on the economic performance of Portuguese Hospitals according to the contracting process. In the statistical analyses it was used tests of differences between averages, to check the behavior of the economic performance of hospitals towards the contracting process.

It was taken data of reports and accounts from a sample of fifteen Portuguese Hospitals S.A. that went through this contracting process from 2003 to 2017, in order to calculate the four indicators, such as: Return On Assets (ROA); Return On Equity (ROE); Economic Value Added (EVA) and the Market Value Added (MVA). In this study, for each of these indicators, were analyzed and compared the resulted effects between the period of two years before and two years after the contracting process.

From the obtained results, we can conclude that contracting process had little impact on the economic performance of Portuguese Hospitals and the resulting impact was not favorable.

Keywords: Contracting, Health System and Economic performance.

Agradecimentos

Este campo é dedicado a reconhecer quem permitiu a realização da presente dissertação, fruto do meu empenho e esforço. Em qualquer trabalho de investigação é necessário motivação e dedicação, contudo o trabalho não depende apenas do investigador, mas também de todo o seu meio envolvente. Antes de mais, gostaria de agradecer, em especial, a todas as pessoas que, tal como uma família, me proporcionaram todas as condições necessárias para a concretização da presente dissertação.

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, aos Professores que me orientaram, Doutor Gualter Manuel Medeiros do Couto e Doutor Pedro Miguel Silva Gonçalves Pimentel, pela disponibilidade, pelo apoio, pela dedicação e pelo conhecimento transmitido, sem os quais não seria possível a elaboração desta tese.

Por outro lado, um profundo agradecimento a todo o corpo docente do Mestrado em Ciências Económicas Empresariais. Estou certa de que a minha retribuição consistirá na busca incessante de conhecimento, na procura de novas questões e respostas e na promessa de que este é o “início” de um grande percurso de bons e longos anos.

Por fim, um obrigado especial ao meu namorado, Diogo Soares, pelo apoio incondicional, estando sempre presente nos momentos mais difíceis; aos meus pais, Marcionila Costa e Álvaro Rocha, pelo apoio e incentivo de prosseguir com os estudos académicos, através de muito carinho e motivação; ao meu irmão, Miguel Rocha, que sempre me animou e me fez rir, dando-me força para continuar; aos meus padrinhos, Maria Eduarda e José Costa, e a uma grande amiga, Dolores Pereira, por toda a paciência, pelo apoio e carinho que disponibilizaram. Todos fizeram com que esta etapa não fosse tão solitária, acreditando no meu empenho, trabalho e esforço.

Índice

Resumo	ii
Abstract.....	iii
Agradecimentos	iv
Lista de Tabelas	vi
Lista de Figuras	vii
Lista de Abreviaturas.....	viii
CAPÍTULO I – Introdução.....	1
CAPÍTULO II – Revisão de Literatura	4
Serviço Nacional de Saúde.....	4
Sistemas de Saúde	4
Modelos de financiamento do SNS.....	7
Principais formas de financiamento dos hospitais	10
Evolução do Sistema de Saúde em Portugal	14
Caracterização do SNS em Portugal	24
Contratualização de Cuidados de Saúde	30
Comparação do setor da saúde em Portugal em relação aos restantes países da Europa e dos EUA.....	35
CAPÍTULO III – Metodologia	38
Amostra.....	38
Análise de dados e procedimento de cálculos	40
CAPÍTULO IV – Estudo Empírico	47
Apresentação de Resultados.....	47
CAPÍTULO V – Conclusões	66
Anexos.....	68
Anexo 1-Listagem de transformação dos Hospitais	69

Lista de Tabelas

Tabela 1-Amostra dos Hospitais Públicos do presente estudo	39
Tabela 2- Indicadores de Rendibilidade e Desempenho Económico	40
Tabela 3-Valores obtidos referentes ao indicador ROA por Hospital antes e após a contratualização	47
Tabela 4 - Valores obtidos referentes ao indicador ROE por Hospital antes e após a contratualização	48
Tabela 5 - Valores obtidos referentes ao indicador EVA por Hospital antes e após a contratualização	49
Tabela 6- Valores obtidos referentes ao indicador MVA1 por Hospital antes e após a contratualização	49
Tabela 7- Valores obtidos referentes ao indicador MVA2 por Hospital antes e após a contratualização	50
Tabela 8 - Valores obtidos referentes ao indicador MVA3 por Hospital antes e após a contratualização	51
Tabela 9 – Teste de normalidade	64
Tabela 10 – Teste de Mann Whitney	64
Tabela 11 – Teste T Student	65

Lista de Figuras

Figura 1 – Despesa Corrente em saúde pública e privada (2000-2016).....	27
Figura 2 – Despesa corrente em saúde vs PIB	30
Figura 3 – Peso (%) da despesa total em saúde no PIB, 2016.....	36
Figura 4 – Despesa total per capita, 2016.....	37
Figura 5 – Comportamento do desempenho do indicador ROA antes e após a contratualização	52
Figura 6 – Comportamento do desempenho do indicador ROE antes e após a contratualização	54
Figura 7- Comportamento do desempenho do indicador EVA antes e após contratualização	56
Figura 8- Comportamento do desempenho do indicador MVA1 antes e após a contratualização	58
Figura 9- Comportamento do desempenho do indicador MVA2 antes e após contratualização	60
Figura 10- Comportamento do desempenho do indicador MVA3 antes e após contratualização	62

Lista de Abreviaturas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

CRI – Centros de Responsabilidade Integrada

SLS – Sistemas Locais de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

EPE -Hospitais com estatuto de Entidades Pública Empresariais

OPSS - Observatório português dos sistemas de saúde

OMS - Organização mundial de saúde

GDH - Grupos Diagnóstico Homogéneos

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira corresponde à atual

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

SPA – Setor Público Administrativa

ERS - Entidade Reguladora de Saúde

ARS – Administrações Regionais de Saúde

SICA - Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento

IMC – Índice Case Mix

SA - Sociedade Anónima

ADSE – Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes Públicos

ADM - Assistência à Doença dos Militares da Armada

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social

SAD/PSP - Serviços de Assistência à Doença da Polícia de Segurança Pública,

SAD/GNR - Serviços de Assistência à Doença à GNR

PT-ACS- Associação de Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

SRS- Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas

PPC- paridades do poder de compra

UE – União Europeia

EBITDA-Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization

PPP- Parcerias Público Privadas

CMPC- Custo Médio Ponderado do Capital

CAPM – Capital Asset Pricing Model

ROA- Rendibilidade do Ativo

ROE – Rendibilidade do Capital Próprio

EVA – Economic Value Added

MVA – Market Value Added

CAPÍTULO I – Introdução

“O homem arrisca a sua saúde para conseguir dinheiro; depois, usa o dinheiro para reconquistá-la.”

Confúcio

A saúde é um setor muito importante na economia e na sociedade, visto que tem um grande impacto não só a nível pessoal, como também a nível social, no desenvolvimento das empresas, no próprio Estado e no seu crescimento económico, financeiro, político, científico e tecnológico.

Todos os tratamentos, materiais, instrumentos, exames, vacinas, análises, internamentos, cirurgias, recursos humanos, investigações, medicamentos, autópsias, entre muitos outros serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde, requerem financiamento, assim como os serviços e fornecimentos externos aos quais o SNS tem de recorrer para obter uma atualização constante das tecnologias, as necessárias e contínuas formações e as essenciais despesas de manutenção e limpeza.

A eficiência na afetação de recursos tem sido sempre ao longo dos anos um objetivo desejável, mas que não é fácil de atingir. A verdade é que existe muito desperdício na afetação dos recursos.

No presente estudo, foi analisado o impacto do processo de contratualização a que Portugal tem aderido e que mais se assemelha a um modelo de privatização, ou seja, procurou-se perceber se a contratualização do Sistema Nacional de Saúde tem um efeito favorável a nível económico. Contudo, após todo o processo e desenvolvimento do trabalho, conclui-se que a contratualização revelou um impacto pouco significativo e a repercussão que teve a nível do desempenho económico dos Hospitais Portugueses foi num sentido negativo.

O financiamento da saúde tem sido motivo de grande preocupação, no contexto nacional e internacional, visto que os gastos com a saúde estão a crescer a um ritmo superior ao ritmo do crescimento económico.

Já existem outros estudos que analisam este impacto, no entanto, não utilizam a mesma metodologia para realizar a análise. Este é um tema muito apreciado e importante nos dias de hoje, pelo que precisa de ser analisado e estudado, pois todas as políticas adotadas condicionam não só orçamento de Estado, como também a saúde de todos os contribuintes e comprometem as gerações futuras.

A dissertação é organizada em cinco capítulos: Introdução, Revisão de Literatura, Metodologia de Avaliação, Estudo Empírico e Conclusão.

O capítulo da Revisão de Literatura tem como fundamento a síntese da investigação académica, efetuada no domínio do Sistema Nacional de Saúde e da contratualização. Esta exposição irá ter uma particular incidência nos trabalhos realizados no âmbito da avaliação do impacto da contratualização no Sistema Nacional de Saúde.

Relativamente ao capítulo da Metodologia, este será responsável pela apresentação do modelo utilizado para avaliar o impacto do processo da contratualização e respetivos pressupostos. O modelo base que irá suportar o presente trabalho reporta-se ao trabalho desenvolvido e analisado por Anuatti-Neto *et al.* (2005) e no estudo de Cardoso *et al.* (2013), que consiste na análise do impacto da privatização em empresas. Este modelo foi alvo de algumas modificações em termos de pressupostos, pela necessidade de adaptação ao tema, e foi aplicado para analisar o impacto da contratualização no Sistema Nacional de Saúde.

O capítulo destinado ao Estudo Empírico dedicar-se-á à apresentação e análise dos principais resultados empíricos obtidos mediante a aplicação do modelo adotado para analisar o impacto da contratualização.

Finalmente, o capítulo referente à Conclusão apresentará os resultados mais importantes que foram alcançados ao longo do trabalho.

CAPÍTULO II – Revisão de Literatura

Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é todo o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que prestam cuidados de saúde cujo principal objetivo é universalizar e garantir o direito à saúde, ou seja, o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, mediante os limites dos recursos financeiros, humanos e técnicos disponíveis.

São também considerados como pertencentes ao SNS os estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, com os quais tenham sido celebradas convenções ou contratos, que garantam o direito de acesso dos utentes com condições semelhantes às oferecidas pelo SNS.

Ferreira (1988), *apud* Almeida, (1999), *apud* Baganha *et al.* (2002), refere que um sistema de saúde consiste num “conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde”.

Sistemas de Saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existe um padrão para a caracterização dos sistemas de saúde, consoante a localização geográfica dos países na Europa:

Os países da Europa Ocidental têm sistemas de seguro social de saúde e, tradicionalmente, o setor privado possui um papel importante na prestação de serviços de saúde;

Os Países do Norte e do Sul da Europa detêm um serviço nacional de saúde e possuem também reformas que possibilitam que os serviços de saúde sejam comprados ao setor privado com dinheiro público, concedendo ao setor privado na prestação de cuidados de saúde um papel mais significativo;

Nos Países da Europa Central e de Leste, com aumento do papel dos prestadores privados, nota-se uma tendência de mercado para a instituição de sistemas de seguros sociais de saúde.

Todos os sistemas de saúde, atualmente existentes, tiveram por base no seu desenvolvimento e evolução dois grandes modelos: o Modelo *Bismarckiano* e o Modelo *Beveridgeano*.

Estes modelos assentam no princípio de que o acesso aos cuidados de saúde não depende da capacidade de pagar por parte dos cidadãos, mas apenas da sua necessidade, pelo que a contribuição depende do rendimento (Carrondo, 2014).

O Modelo *Bismarckiano* foi adotado pela primeira vez na Alemanha, em 1883, e foi o Chanceler Otto Bismarck que inaugurou e desenvolveu este sistema, que ainda hoje influencia os sistemas de saúde do centro da Europa. Este modelo de segurança social, imposto pelo Estado, tem como subjacentes as seguintes características: o seguro é obrigatório; pretende garantir a cobertura de riscos dos trabalhadores por conta de outrem; o seu financiamento é proveniente das contribuições sociais baseadas nos salários, a cargo das entidades empregadoras e trabalhadoras, e a gestão de cada benefício é organizada em Caixas, que são geridas pelo Estado, com a participação dos contribuintes.

Embora seja fundado no seguro social em que o acesso aos cidadãos é universal, este seguro é condicionado pela situação de emprego, uma vez que é sustentado no esforço contributivo dos salários e dos empregadores. Deste modo, o modelo beneficia os

trabalhadores mais desfavorecidos, não deixando de parte aqueles trabalhadores que possuem salários mais favoráveis através deste esquema seguro-doença (Simões, 2004a). Este modelo foi adotado e adaptado por outros países, nomeadamente, Áustria, Holanda e Suíça (Escoval, 2003).

Em relação ao Modelo *Beveridgeano*, este teve origem em Inglaterra e apresenta como principais características os direitos de carácter universal, destinados a todos os cidadãos, limitados pelos recursos financeiros, humanos e técnicos disponíveis, mas assegurando mínimos sociais a todos, em condições de necessidade. É um sistema público que assenta em quatro princípios básicos: o acesso universal, a inclusão de todos os tratamentos, a gratuitidade e o financiamento pelo orçamento geral do Estado. O seu financiamento deriva dos impostos fiscais, 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, como, por exemplo, 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).

Estes dois modelos obrigaram empregadores e empregados a descontar para seguros de doença numa combinação de prestadores públicos e privados, de forma a assegurar a saúde dos cidadãos.

Devido a diversos fatores económicos, políticos e sociais, houve a necessidade de recorrer a modelos mistos que resultam da combinação dos Modelos *Bismarck* e *Beveridge*, trazendo para o tradicional sistema de saúde mecanismos típicos de mercado. Neste contexto, surge o Modelo de Mercado que se encontra estruturado conforme o

poder de compra do seguro de saúde pelos indivíduos e empresas, ou seja, a adesão depende da capacidade de consumo de cidadão (Dinis, 2013).

Os Estados Unidos da América (EUA) não possuem um sistema público de saúde semelhante ao europeu, pois não têm por base o Modelo *Beveridge*, no qual o Estado se encarrega de prover serviços de saúde em troca do pagamento de impostos, nem o Modelo *Bismarck*, no qual o Estado obriga os cidadãos a comprarem um seguro privado e altamente regulado. O seu sistema de saúde é muito idêntico ao modelo de mercado, uma vez que este possui um sistema misto de seguros sociais e privados, em que se justapõem sistemas concorrentes que exprimem as escolhas sociais do Estado, como já foi referido (Escoval, 2003).

No que respeita ao Modelo de Mercado, o seu acesso depende da capacidade de consumo do cidadão/utilizador. Este modelo encontra-se organizado a partir da capacidade de compra do seguro de saúde pelos indivíduos e empresas.

Modelos de financiamento do SNS

Segundo Campos e Simões (2011), existem dois princípios muito relevantes e preocupantes que se deve ter em conta ao tomar decisões a nível do financiamento dos cuidados de saúde, que são a sustentabilidade e a equidade. Contudo, não se pode deixar de considerar a importância de outros fatores como a efetividade, a eficiência e a qualidade, verificando-se que, sem sustentabilidade, os sistemas não podem funcionar e, sem equidade, perdem a sua razão de ser.

Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), é possível encontrarem-se três modelos de financiamento ou de pagamento dos cuidados de saúde, como a seguir se identifica.

O sistema de seguro privado voluntário

Este modelo está presente em apenas dois países, nomeadamente, EUA e Suíça. É um sistema que cobre indivíduos ou grupos, sendo os prémios fixados em função das características do risco. O sistema de seguro privado e voluntário consta na adesão voluntária por parte dos cidadãos de seguros privados, que 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. Nos países em geral da OCDE, estes meios privados servem de complemento das respostas do setor público. Os cidadãos podem aderir a um seguro privado complementar, de modo a que o copagamento exigido pelo sistema público fique coberto, podendo assim tirar proveito de tratamento privado ou para descobrirem maneira de cobrir riscos que não são cobertos pelo seguro público (Campos e Simões, 2011; e Simões, 2004a).

O sistema de seguro social

Este sistema é obrigatório a todos os cidadãos e «universal»; o seu funcionamento consiste no âmbito de caixas de seguro-doença; a sua gestão, normalmente, é da responsabilidade de entidades sociais e é supervisionada pelos organismos públicos. Segundo Campos e Simões (2011), estas seguradoras sociais organizam-se em volta de uma profissão, de um setor de atividade, de uma confissão religiosa ou de uma base geográfica. Elas realizam uma «mutualização» dos riscos e os prémios normalmente são fixados em função dos rendimentos. A disparidade de cobertura dos riscos, por vezes, é 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 (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a).

O financiamento por imposto

Este modo de financiamento pode organizar-se de duas maneiras distintas: integrado e contratualizado. No modelo de financiamento por imposto integrado, o financiamento e a sua prestação de serviços são garantidos apenas por um organismo público que recebe verbas do Orçamento de Estado. Quanto ao modelo de financiamento por imposto contratualizado, a sua prestação de cuidados é concretizada por serviços do Estado ou por entidades privadas contratadas pelo fundo público autónomo (Campos e Simões, 2011; Simões, 2004a; Simões, 2004b). Existe a preocupação de assegurar a equidade na distribuição dos esforços dos cidadãos, assim sendo, os cidadãos com rendimentos mais elevados pagam progressivamente mais do que os que possuem salários mais baixos. Quando o financiamento é feito através de impostos gerais, a sua contribuição para a saúde tende a ser progressiva (Campos e Simões, 2011).

Os países da OCDE possuem três sistemas de prestação de cuidados diferentes: o sistema de reembolso em que os prestadores são pagos pelos serviços fornecidos aos consumidores; o sistema de contrato ou de convecção que acarreta um acordo onde constam as condições de pagamento dos serviços estabelecidas dos serviços entre os terceiros pagadores e prestadores de cuidados de saúde e, por fim, o sistema integrado em que as competências de financiamento e prestação de serviços são da responsabilidade do mesmo organismo.

Relativamente ao pagamento no sistema de reembolso, este pode ser realizado diretamente pelo doente que é reembolsado, parcialmente ou na sua totalidade, por um seguro ou entidade seguradora responsável pelo pagamento.

No sistema de contrato, ao contrário do sistema de reembolso, o pagador consegue exercer um poder de controlo sobre o nível total da despesa, o que tem representado a fórmula encontrada pelos sistemas de seguro social para o crescimento da despesa no

setor. O financiamento através de uma diária ou sistema de classificação de doentes para os hospitais é realizado habitualmente no quadro de um orçamento prospetivo ou de teto global. Com vista a obedecer aos princípios de economia de gastos fixados pelo sistema, quando os serviços contemplam pré-pagamento, o consumidor só pode escolher prestadores com os quais o financiador tem uma prévia relação contratual.

Quanto ao sistema integrado, sistema onde o mesmo organismo exerce simultaneamente as competências de financiador e prestador, o pessoal é normalmente assalariado e o financiamento dos hospitais é assegurado por dotação global. De acordo com Campos e Simões (2011), desde 1990 que se tem abandonado o modelo integrado e adotado um modelo de contrato, pois têm sido aplicados modelos típicos de mercado no funcionamento das unidades públicas por alguns dos países que são financiados por impostos.

Principais formas de financiamento dos hospitais

Existem quatro formas principais de financiamento de hospitais nos Estados membros da União Europeia (Barros e Gomes, 2002; Simões, 2004b; Campos e Simões, 2011):

1. Orçamentos prospetivos baseados fundamentalmente na despesa histórica;
2. Orçamentos prospetivos fundamentados nas atividades ou nas funções dos hospitais;
3. Orçamentos prospetivos combinados com pagamentos de atividades;
4. Pagamentos associados às atividades baseados no case-mix ou baseados em pacotes de serviços hospitalares.

Em certos países como a Dinamarca, a Grécia e a França, o financiamento dos hospitais é feito através de Orçamentos prospetivos, que são baseados fundamentalmente

na despesa histórica. Nos países como a Alemanha, a Irlanda, o Luxemburgo, a Holanda e Portugal, o financiamento dos hospitais é feito através de Orçamentos prospetivos, os quais são fundamentados nas atividades ou nas funções dos hospitais. Em Espanha, na Bélgica e na Áustria, os hospitais são financiados com base em Orçamentos prospetivos combinados com pagamentos de atividades, onde a despesa do hospital é parcialmente fixa e parcialmente não orçamentada. Ainda existem países cujo financiamento dos seus hospitais é feito através de pagamentos associados às atividades. No caso da Suécia e da Itália, os financiamentos são baseados no *case-mix* e, no caso do Reino Unido e da Finlândia, os financiamentos baseiam-se em pacotes de serviços hospitalares.

Índice de Case-Mix

O índice de *case-mix* (ICM) é um coeficiente global de ponderação da produção que, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos, reflete a relatividade de um hospital face aos outros. No fundo, é um indicador de toda a atividade de um hospital.

$$ICMHospital = \frac{\sum \text{doentes equivalentes GDHi} \times \text{peso relativo GDHi}}{\sum \text{doentes equivalentes GDHi}} \quad (1)$$

O ICM é determinado calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) e o número total de doentes equivalentes, como podemos visualizar pela Equação 1 (ACSS, 2009).

Por definição, o ICM nacional é igual a 1, pelo que o ICM de cada hospital afastar-se-á para mais ou para menos desse valor de referência, conforme o hospital trate uma proporção maior ou menor de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional.

Existem limiares de exceção (inferior e máximo): estes definem o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento para cada GDH e calculam-se de

acordo com os intervalos *inter-quartis* das respectivas distribuições. Tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH, os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes.

GDH- Grupos de Diagnóstico Homogéneos

Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) são um sistema de classificação de doentes que tem como finalidade agrupar os episódios de internamento hospitalar em categorias homogéneas, no que respeita ao consumo de recursos, tendo em conta para tal a duração do internamento (Costa *et al.*, 2008). A cada grupo é atribuído um peso relativo, isto é, um 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 (Urbano e Bentes, 1990; Bentes *et al.*, 1996; e Bentes, 1998).

Os GDH permitem definir operacionalmente os produtos de um hospital, ou seja, o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido. Também permitem avaliar a qualidade dos serviços prestados, um conhecimento mais aprofundado dos doentes que cada hospital trata, bem como dos custos em que incorrem para tratar. Deste modo, consegue-se comparar os hospitais em termos de eficiência e eficácia, da sua produção e do seu desempenho.

A elaboração de GDH é realizada segundo os seguintes critérios:

1. Ter um número manuseável de classes;
2. Cada GDH deve ser clinicamente relevante e coerente;

3. Cada GDH deve conter doentes com padrões semelhantes de consumo de recursos entre si.

Sendo cumpridos estes critérios, torna-se possível calcular o índice de *case-mix* do hospital, através do cálculo do número de doentes que advêm de cada GDH e da sua preponderância no total de doentes saídos (Bentes *et al*, 1997).

Sistemas de Pagamento

Em relação aos sistemas de pagamento aos prestadores, estes estão subdivididos em retrospectivos, prospetivos e, por fim, sistemas associados ao desempenho.

Nos retrospectivos, os modelos de pagamento mais utilizados são o pagamento baseado no ato, (o nível de recursos disponibilizados ao hospital é determinado pelo número de atos), o pagamento por diária realizado consoante o número de dias por doente/utente e o pagamento por caso clínico.

Devido à necessidade de controlo de custos hospitalares e ao facto de eles estarem sempre a crescer insustentavelmente, os países da União Europeia têm a tendência de substituir o sistema de pagamento retrospectivo das atividades pelo de pagamento prospetivo (Campos e Simões, 2011).

Estes sistemas de pagamento prospetivo ou de preço fixo procuram oferecer incentivos aos hospitais para uma eficiência na afetação de recursos na relação custo-eficácia, através da conceção de orçamentos globais para um determinado período de tempo. Todavia, podem levar a uma menor motivação por parte dos profissionais e assim reduzir a qualidade do atendimento (Barros e Gomes, 2002; e Harfouche, 2008). Enquanto que o pagamento por reembolso tem como atributos afastar o hospital da incerteza financeira e dar um baixo incentivo à procura de eficiência na afetação dos

recursos, o pagamento prospetivo incentiva a procura de eficiência, porém introduz incerteza financeira no hospital (Barros, 2005; e Harfouche, 2008).

Em relação aos sistemas de pagamento associados ao desempenho, os países da União Europeia têm adotado sistemas de pagamentos mistos, combinando incentivos para o desempenho e controlo dos custos. Isto devido à baixa motivação dos profissionais com sistemas de pagamento prospetivos e aos problemas de contenção de custos dos pagamentos retrospectivos (Barros e Gomes, 2002).

Evolução do Sistema de Saúde em Portugal

A assistência médica existente nos séculos XIX e XX, até à criação do SNS, competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência.

A organização dos serviços de saúde pública surgiu através do Decreto de 28 de dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública surgiu através do Decreto de 24 de dezembro de 1901. Esta organização iniciou-se graças a Ricardo Jorge e entrou em vigor em 1903, sendo que a prestação de cuidados de saúde era então de carácter privada, cumprindo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

A Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, estabeleceu a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, criando uma rede hospitalar. Começou também o programa de construção de hospitais que foram entregues às Misericórdias. Em 1958, o Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto, cria o Ministério da Saúde e da Assistência, ficando a gestão dos serviços de saúde pública a seu cargo, que até então cabiam ao Ministério do Interior.

Sistema de Saúde entre 1970 e 1974

De acordo com Barros, na década de 70, a política estava focada na diminuição de barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer no financiamento, quer no acesso físico. Deste modo, em 1971, reconheceu-se pela primeira vez o direito à saúde a todos os cidadãos, através do Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro.

Com este Decreto-Lei nº 413/71, é afirmada a garantia do direito à saúde com acesso aos serviços, estruturados e articulados em saúde e assistência social, mas limitados, contudo, aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. O Estado deixou de ter uma intervenção suplementar e passou a responsabilizar-se tanto pela política da saúde como pela sua execução.

Ainda em 1971, surgiram os Centros de Saúde e os Hospitais. O Ministério da Saúde e toda a política de saúde passou a ser orientado através das Direções Gerais de Saúde e dos Hospitais (órgãos substantivos do sistema).

Sistema de Saúde entre 1974 e 1990

Analisando o Sistema de Saúde português entre 1974 e 1990, houve uma série de fatores que o determinaram e condicionaram igualmente o seu futuro. Os Hospitais das Misericórdias, em 1974, através do Decreto-Lei nº 704/74, de 7 de dezembro, passaram a ser geridos por comissões que eram nomeadas e respondiam perante o Secretário de Estado. O Estado passou a ter acesso a uma diversa rede de equipamentos, que lhe permitia administrar a saúde dos portugueses, com base nas regras definidas no Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro de 1971.

A Constituição que contém o artigo 64.º, onde dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, é aprovada em 1976. Esse direito era garantido com a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Cabia ao Governo assegurar esse direito e disponibilizar o acesso aos cuidados da

medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar a todos os cidadãos do país, independentemente da sua condição económica.

Portugal passou a ter um Serviço Nacional de Saúde (SNS) a partir de 1979, criado através do Decreto-Lei n.º 56/79, de 26 de agosto, e tinha como principal objetivo democrático garantir universalidade, generalidade, gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação de medicamentos, independentemente da contribuição dos cidadãos.

Segundo Mozzicafreddo (2000), nesta altura, o SNS possuía uma organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas) (*apud Baganha et al.*, 2002).

Em 1982, é atribuída autonomia financeira e administrativa ao SNS, através do Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro. O departamento de gestão financeira dos Serviços de Saúde fica encarregue de gerir verbas que lhe são concebidas. Por outro lado, são criadas Administrações Regionais de Cuidados de Saúde (ARS), que sucedem às Administrações Distritais dos Serviços de Saúde.

Em 1983, foi aprovada a Lei orgânica do IX Governos Constitucional e criado o Ministério da Saúde pelo Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho.

Em 1986, surge o Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, que regularizava as condições de exercício do direito de acesso ao SNS. O seu objetivo era estabelecer uma racional repartição dos encargos do SNS pelos subsistemas de saúde e pelas entidades que sejam responsáveis pelos pagamentos da assistência a determinados cidadãos. Os preços

estabelecidos a cobrar por esta assistência eram muito próximos em relação aos custos reais.

A necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial é reforçada no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do país pelo Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro. Este mesmo decreto aprovou a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. São criados planos anuais e plurianuais para os hospitais e criados centros de responsabilidade com níveis intermédios da administração. Também são fortalecidas as competências dos órgãos de gestão, são abandonadas as direções de tipo colegial, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser designados pela tutela, desenha-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar no Decreto Regulamentar nº 3/38, de 22 de janeiro.

O princípio de justiça social e de racionalização dos recursos é reforçado na 2ª Revisão Constitucional. A alínea a) do nº 2 do artigo 64º, em 1989, é alterada e é estabelecido que o direito à proteção da saúde é realizado através de um SNS “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

De acordo com Harfouche (Harfouche, 2008), 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". Assistiu-se à proliferação de instituições privadas de saúde a partir desta altura.

Segundo Campos (2001), o SNS nunca foi um sistema unicamente público ou pelo menos nunca alcançou o atributo de gratuidade, 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.

Sistema de Saúde depois de 1990

A partir de 1990, o Sistema de Saúde português foi regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro).

A Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 de 24 de agosto contempla que a proteção de saúde é vista não só como direito, mas como uma responsabilidade dos cidadãos e do Estado. A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil serem associadas àquela atividade.

Os cuidados de saúde eram prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. A efetivação do direito à proteção da saúde cabia ao Estado que atuava através de serviços próprios, mas também celebrava acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados, apoiava e fiscalizava a restante atividade privada na área da saúde.

As taxas moderadoras para o ingresso às consultas e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, bem como as suas isenções, foram estabelecidas aos serviços de urgência, em 1992, pelo Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril. O objetivo das taxas moderadoras era de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Estavam isentos das taxas, que constituem receita do Serviço

Nacional de Saúde, os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

Em 1993, um novo estatuto do SNS foi divulgado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Este novo estatuto tinha como objetivo ultrapassar a união – do ponto de vista médico e organizativo – entre cuidados primários e cuidados diferenciados. Foram concebidas unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, devido à indivisibilidade da saúde e à necessidade de uma criteriosa gestão de recursos. Para responder às exigências dos cidadãos em termos de qualidade e agilidade de resposta a anseios e necessidades sanitárias, era necessário haver uma gestão dos recursos mais próxima dos seus destinatários. Assim sendo, foram criadas também regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas.

Ainda no mesmo ano, o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde é aprovado pelo Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, e é criado o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho.

Em relação à atividade privada no setor de saúde, foi publicado o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro, que regula o licenciamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas de saúde. Este diploma, mais tarde, em 2009, acabou por ser revogado.

Em 1999, foram estabelecidos serviços de saúde pública, visando a defesa da saúde pública, a prevenção da doença e a promoção da saúde, sendo a implantação dos mesmos feita a dois níveis, o regional e o local, pelo decreto de lei Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho.

Para além do estabelecimento destes serviços, foram criadas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde estruturas orgânicas de gestão intermédia, os chamados Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), agrupando, deste modo, serviços e/ou unidades funcionais homogêneos. Foram adotados pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro, métodos de descentralização da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos disponíveis, com o objetivo de aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos, introduzindo a componente empresarial na gestão destas unidades.

O Despacho n.º 61/99, publicado a 11 de setembro de 1999, cria as agências de contratualização dos serviços de saúde, que sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, separando a prestação dos cuidados de saúde do financiamento dos mesmos. As suas funções são, então, explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar.

O Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, estabelece o regime de Sistemas Locais de Saúde (SLS). Os SLS são constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, segundo critérios geográfico-populacionais, visando a participação social para promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

De 2000 até aos dias de hoje

Em 2002, através da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, foi aprovado novo regime de gestão hospitalar que introduziu modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Este novo modelo de gestão hospitalar foi adotado, definido e aplicado aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE). Assim, os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, de acordo com o referido regime (art.º 2.º), podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

1. Hospitais SPA - Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
2. Hospitais EPE - Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
3. Hospitais SA - Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
4. Hospitais convencionados - Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

Deste modo, pretendeu-se implementar assim uma crescente autonomia da gestão dos hospitais, modernizando-a e «empresarializando-a».

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

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) surgiu em 2003, através do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, abrangendo 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).

No mesmo ano, houve a separação da função do Estado como regulador e supervisor em relação às suas funções de operador e de financiador, através da criação da Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro.

No ano de 2005, através do Decreto-Lei n.º 95/2005, de 7 de junho, apareceram os primeiros Hospitais EPE, transformando os Hospitais SA (Sociedade Anónima) em Empresas Públicas do Estado e dotando-os de mais instrumentos, a fim de conseguir promover, de forma eficiente, os recursos do SNS.

No ano de 2008, surgiram os agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Estes agrupamentos tinham como missão dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, assegurando assim uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Na prossecução da modernização dos serviços prestados às populações, em matéria de vigilância em saúde pública, foram ainda publicados a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, promovendo a reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, em articulação com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. No horizonte, está a modificação do perfil de saúde e doença das populações, verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros.

Pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, surge um novo enquadramento legal para a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, tornando os procedimentos mais ágeis e ajustados à modernização administrativa.

A 23 de janeiro, a lei nº5/2012 veio regularizar os requisitos necessários para o tratamento de dados pessoais e criação de ficheiros de âmbito nacional, quando utilizadas as tecnologias de informação.

Foi criado, neste mesmo ano, o novo Portal do Utente, integrado no Projeto Plataforma de Dados da Saúde, que permite registos de saúde feitos pelo utente e o recurso a serviços online já existentes e a disponibilizar, como marcação de consultas ou a confirmação de cirurgias.

As formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS), incluindo as instituições particulares de solidariedade social, foram definidos pelo Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. Além disso, este Decreto-Lei estabeleceu o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis nºs 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro. Hoje em dia, a sua gestão é feita por estabelecimentos ou serviços do SNS.

Desta forma, foram reconhecidas que as Misericórdias ligam as exigências técnicas da prestação de cuidados de saúde à sua vocação e tradição multisseculares, à ausência de fins lucrativos e à proximidade das populações, o que as torna revelantes parceiros do Estado na área da saúde.

Por fim, em 2014, surgiu o Fundo para a Investigação em Saúde através do Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho, tendo em conta o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas, com vista a obter ganhos em saúde.

Caracterização do SNS em Portugal

De acordo com Simões e Barros (2007), o Sistema de Saúde português caracteriza-se pela simultaneidade da existência de três sistemas: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), esquemas de seguros públicos e privados para determinadas profissões e obrigatórios para os seus beneficiários (subsistemas de saúde) e seguro voluntário de saúde privado. Este último é um sistema baseado no Modelo *Beveridgeano*, integrando uma realidade muito complexa dos pontos de vista político, social e económico.

Subsistemas de saúde

São diversos os subsistemas de saúde existentes, que surgiram no âmbito de vários ministérios, empresas bancárias, seguradoras e outras instituições, para prestar cuidados de saúde aos seus trabalhadores associados (ADSE, ADM, SAMS, etc.). Os beneficiários destes subsistemas podem utilizar, se o desejarem, toda a rede do SNS. Diversas instituições de saúde privadas e profissionais em regime liberal completam a oferta de cuidados de saúde, prestando os seus serviços aos cidadãos em regime privado ou através de acordos ou convenções, quer com o SNS, quer com alguns dos subsistemas anteriormente referidos.

O maior subsistema de saúde é a ADSE 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.

Cerca de 20 a 25% da população, para além da cobertura do seguro universal de saúde prestado pelo SNS, está coberta pelos subsistemas de saúde, sendo o acesso aos mesmos geralmente limitado a membros de uma profissão específica e às suas famílias (Simões e Barros, 2007).

Tendo em conta 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 população.

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, não só enquanto responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados àqueles pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, como também 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 deixou de existir através da publicação do Decreto-Lei n.º 11/2011, de 21 de janeiro, que extinguiu o subsistema de saúde da justiça, sendo que os seus beneficiários foram integrados na ADSE, devido à coincidência dos níveis de proteção de ambos os subsistemas e às claras vantagens de gestão com a organização conjunta dos subsistemas públicos de saúde (ERS, 2011).

De acordo com ERS (2011), 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.

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).

Os principais subsistemas de saúde no setor privado são Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS), para os funcionários bancários e de seguros associados, e Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde (PT-ACS), para os funcionários do operador Telecom e para os funcionários dos Correios. Existem ainda alguns fundos mais pequenos, a maioria membros da Associação Nacional dos Subsistemas de Saúde (Simões e Barros, 2007).

Estes subsistemas de saúde, que contribuem também 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 (ERS,2011).

De acordo com Simões e Barros (2007), os subsistemas de saúde públicos têm contribuições compulsórias de beneficiários (1,5% do salário em 2007), contudo estas contribuições revelam uma fração muito pequena do seu financiamento, visto que, através do Orçamento de Estado, o Governo contribui com cerca de 90% do financiamento total.

Em relação aos seguros de saúde, a Lei de Bases da Saúde, na sua Base XXIII, considera o estabelecimento e a exploração de seguros de saúde como um complemento à própria prestação de cuidados de saúde. Estes seguros de saúde são voluntários e estão sob a disciplina, inspeção e controlo do Ministério da Saúde.

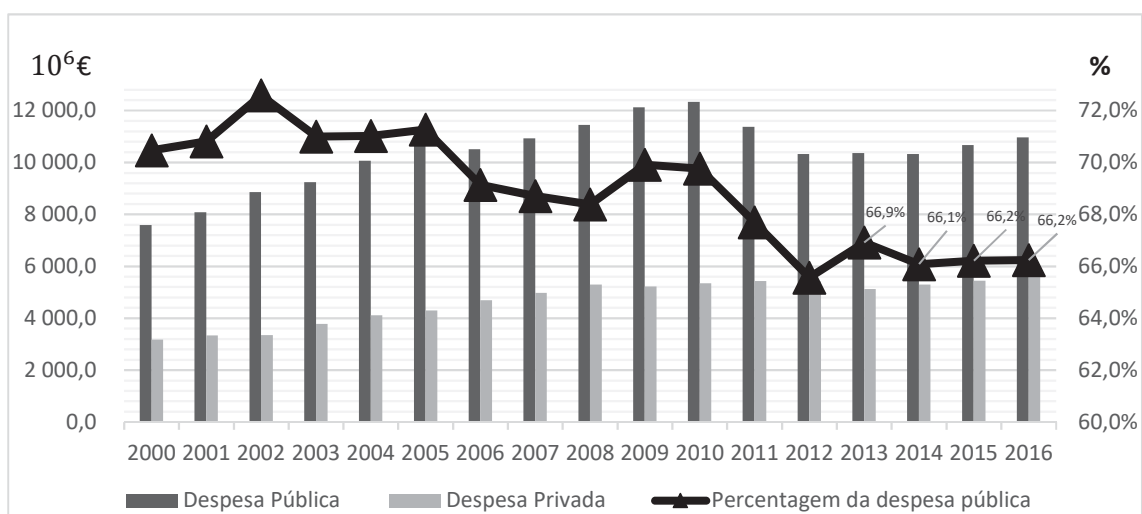
Todo o cidadão tem o direito de recorrer aos prestadores de cuidados de saúde privados, sendo custeados totalmente os valores dos serviços. Os pagamentos diretos incluem a partilha de custos e pagamentos diretos para os serviços do setor privado. A estratégia mais utilizada de partilha de custos no SNS consiste em copagamentos ou taxas moderadoras, através de uma quantia fixa para um serviço, e que existem na maioria dos serviços públicos em saúde (Simões e Barros, 2007).

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

A componente pública de financiamento agrega quatro categorias, nomeadamente SNS, subsistemas de saúde públicos, outras unidades administrativas públicas e fundos da Segurança Social.

Em relação à componente privada, esta desdobra-se nas seguintes categorias: despesa privada das famílias, outros seguros privados, subsistemas de saúde privados e instituições sem fins lucrativos.

Figura 1 – Despesa Corrente em saúde pública e privada (2000-2016)



Fonte: Conta Satélite 2015P-2016Pe (INE, 2017)

Tendo por base os dados publicados na Conta Satélite da Saúde 2015P-2016Pe (INE, 2017), é possível observar-se no gráfico da Figura 1 que, durante estes anos, a despesa corrente pública em saúde cresceu mais intensamente que a despesa corrente privada. Em 2015, a despesa corrente pública e privada aumentaram 3,3% e 2,7%, respetivamente. Em

2016, os resultados preliminares apontam para um aumento da despesa corrente pública em 2,8%, variação ligeiramente superior à estimada para a despesa privada (2,6%).

Em 2014, a despesa corrente pública representou 66,1% da despesa corrente e, em 2015 e 2016, a importância relativa da despesa corrente pública aumentou para os 66,2%. Em 2016, a despesa corrente pública e privada, *per capita*, atingiu 1061,15 euros e 540,74 euros, respetivamente.

O aumento da despesa corrente nos hospitais públicos, em 2015, deveu-se, essencialmente, ao aumento da despesa em consumo intermédio, como por exemplo, em medicamentos inovadores utilizados no tratamento de certas doenças (oncológicas, SIDA e Hepatite C) e em material de consumo clínico. No mesmo ano, a despesa dos hospitais privados e dos prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório sofreu também um crescimento, respetivamente, de 7,4% e 3,8%.

De acordo com os dados publicados na Conta Satélite 2015P-2016Pe (INE, 2017), é mencionado que o peso da despesa corrente do SNS e SRS e das famílias diminuiu ligeiramente entre 2014 e 2016, sendo que em 2014, a despesa corrente do SNS e SRS era de 58,2% e, em 2016, era de 57,2%. Por sua vez, a despesa corrente das famílias era de 27,7%, em 2014, e de 27,4%, em 2016.

Entre 2014 e 2016, 64,9%, da despesa corrente em saúde foi financiada através dos regimes de financiamento das administrações públicas. Nesse período, os regimes de financiamento voluntário (seguros de saúde voluntários, os regimes das sociedades e os regimes das instituições sem fim lucrativo) “suportaram, em conjunto, em média, 6,2% da despesa corrente em saúde” (INE, 2017).

É também referido que em 2014 e 2015 “as famílias concentraram, em média, 89,4% da despesa corrente em saúde. Esta foi canalizada para prestadores privados de cuidados

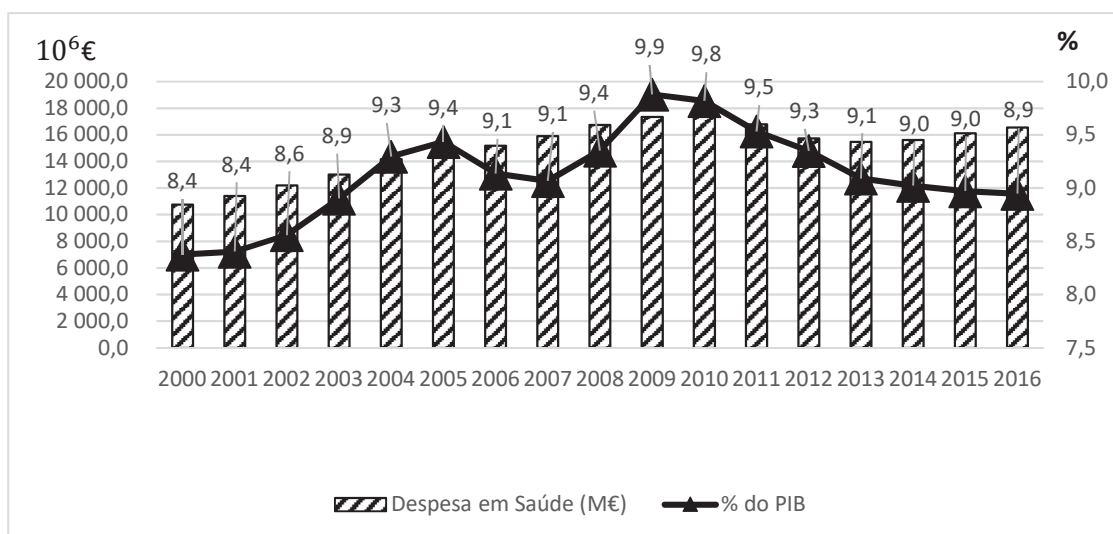
de saúde em ambulatório, em farmácias, em hospitais privados e em todas as outras vendas de bens médicos” (INE, 2017).

Pode-se concluir que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS) são os agentes que mais contributo dão para o financiamento da despesa. Também se conclui que a despesa privada das famílias corresponde a uma grande e significativa porção. Por fim, constata-se que a parcela de contributo para o financiamento da despesa, correspondente aos subsistemas de saúde pública, é sempre superior à parcela de contributo dos sistemas privados.

É estabelecido anualmente, dentro do orçamento nacional, um orçamento para o total das despesas do SNS. Este orçamento tem sido flexível, uma vez que as despesas com a saúde têm geralmente excedido os limites do orçamento em larga margem e tem sido necessário a aprovação de orçamentos complementares.

Segundo a conta Satélite da Saúde divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2015 e 2016, a despesa corrente em saúde continuou a aumentar a um ritmo inferior ao do PIB, tendência esta que se verifica desde 2010. A despesa corrente em saúde aumentou 3,1% e 2,7%, nos anos de 2015 e 2016, respetivamente. “Em ambos os anos a taxa de crescimento nominal foi inferior à do Produto Interno Bruto (3,7% em 2015 e 3% em 2016). A despesa corrente em saúde atingiu 15.615,8 milhões de euros, o que corresponde a 9,0% do PIB e a 1.501,36 euros *per capita* no ano de 2014. No ano seguinte, houve um aumento de 3,1% na despesa corrente em saúde, fixando-se em 16.105,8 milhões de euros (equivalendo a 9,0% do PIB e a 1.554,90 euros *per capita*). Em 2016, estima-se que este agregado tenha crescido 2,7%, correspondendo a 16.545,3 milhões de euros (8,9% do PIB e 1.601,89 euros *per capita*)” (INE, 2017).

Figura 2 – Despesa corrente em saúde vs. PIB



Fonte: OECD Health Statistics, 2016

No ano de 2015, a despesa corrente cresceu 3,1%, enquanto o PIB variou 3,7%. Estimava-se que para 2016 tivesse aumentado 2,7% em valor, enquanto o PIB cresceria 3,0%. Esta evolução traduziu-se na diminuição continuada do peso relativo da despesa corrente em saúde no PIB que, em 2016, atingiu 8,9%, idêntico ao registado em 2003.

De acordo com a notícia do *Jornal Público*, publicada no dia 26 junho de 2017, a “Despesa com a saúde continua a crescer, mas menos do que o PIB”. A tendência de diminuição observada desde 2010 na despesa dos hospitais públicos terminou em 2015, ano em que a despesa corrente dos hospitais aumentou 2,3%, para a qual contribuíram maiores gastos com medicamentos inovadores e em material de consumo clínico.

Contratualização de Cuidados de Saúde

Em Portugal, não existe nenhum caso de privatização de cuidados de saúde. Por esta razão, torna-se importante falar na contratualização, uma vez que esta é a base fundamental deste estudo.

Portugal seguiu a tendência europeia, esforçando-se 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*”. Este processo deu origem ao seu desenvolvimento, na segunda metade da década de 1990, mais dirigido 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).

O principal objetivo consistiu na passagem de uma lógica de gestão de recursos para uma gestão baseada em resultados, com responsabilização crescente, de modo a permitir às populações, que necessitam de cuidados de saúde, o acesso aos mesmos com qualidade e de forma a combater o desempenho deficitário (não restrito ao nível económico).

De acordo com o Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS, 2009), existem cinco fatores que motivaram a adoção do processo de contratualização em Portugal:

1. Crescimento sustentado da despesa em saúde e a resultante necessidade de imprimir um maior rigor na gestão dos recursos públicos;
2. Pretensão de melhorar o nível de prestação de contas;
3. Propósito de incutir uma maior transparência no âmbito dos processos de decisão, em particular, no que se refere à afetação dos recursos financeiros;
4. Necessidade de tornar a afetação de recursos mais justa, relacionando-se esta, de algum modo, com a produção e os resultados atingidos;
5. Presença de experiências-piloto de gestão hospitalar.

Segundo a ACSS (2011), a contratualização pode ser definida como a relação que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, na qual se esclarecem os resultados de saúde que se pretendem para os níveis de financiamento que se disponibilizam (*apud* Diniz, 2013).

O processo de contratualização envolve a participação da ACSS, das ARS, o do próprio Ministério da Saúde e as Entidades Prestadores, isto é, os Hospitais, os Centros Hospitalares e as Unidades Locais de Saúde.

De acordo com o disposto no Manual do Processo de Contratualização (2011), citado por Diniz (2013), é possível identificar estas três fases explícitas no processo:

1. Fase de planeamento, onde são estabelecidas as necessidades em saúde e as prioridades de investimento;
2. Fase de contratualização, onde se prevê a negociação e a celebração do contrato programa;
3. Fase de acompanhamento da execução do contrato-programa, onde se verifica uma recolha sistemática de informação e, conseqüente, uma análise comparativa dos desempenhos reais das instituições face ao contratualizado.

A celebração do contrato programa pretende promover medidas corretivas e/ou potenciar bons resultados. Também, prevê o ajustamento das propostas de produção às necessidades em saúde da população, garantindo os princípios de equidade, efetividade e eficiência do sistema de saúde, bem como a sua sustentabilidade económico-financeira e a sua monitorização (Diniz, 2013).

Segundo a ACSS, 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 que reforça o poder negocial das partes envolvidas e tem como objetivos os seguintes:

1. a identificação dos objetivos gerais e específicos para o ano seguinte;
2. a apresentação do orçamento económico e atividade assistencial;
3. a identificação dos recursos humanos disponíveis e a capacidade instalada;
4. a recolha de informação de suporte ao contrato-programa.

Em relação aos mapas de negociação, estes 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) (Diniz, 2013).

Todos os anos, é estabelecida a metodologia para definição de preços e a fixação de objetivos pressupostos e condicionalismos que sustentam o processo de contratualização. Também, 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.

Depois da fase de negociação, inicia-se a fase de monitorização e acompanhamento. A fase de monitorização constitui um processo em si mesma, 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 (Diniz, 2013).

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, é designado contrato-programa (Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro). Este 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. Sempre que se verifiquem 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».

As entidades, todos os anos, devem rever o seu plano estratégico previsto para três anos, de acordo com a execução corrente e previsão futura, o que consentirá 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).

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

O processo de contratualização tem sido defendido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) como um instrumento fundamental para garantir uma utilização dos recursos muito mais eficiente e se obterem melhores resultados em saúde. Também, constitui uma ferramenta que, utilizando a separação financiador-prestador, levará a uma maior transparência e rigor ao sistema, com benefícios aos níveis da prestação de contas, contribuindo para a responsabilização e promovendo uma avaliação mais efetiva e rigorosa do sistema (OPSS, 2009; e Ferreira *et al.*, 2010).

Contudo, 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 pela fiscalização na preparação e acompanhamento deste processo (Escoval, 2010).

Em síntese, para ser viável e sustentável, o processo de contratualização deve-se desenvolver baseado nos modelos que ofereçam uma lógica de resultados em saúde (*outcomes*) e de criação de valor para os cidadãos, decorrendo de um planeamento que tenha em conta 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).

Comparação do setor da saúde em Portugal em relação aos restantes países

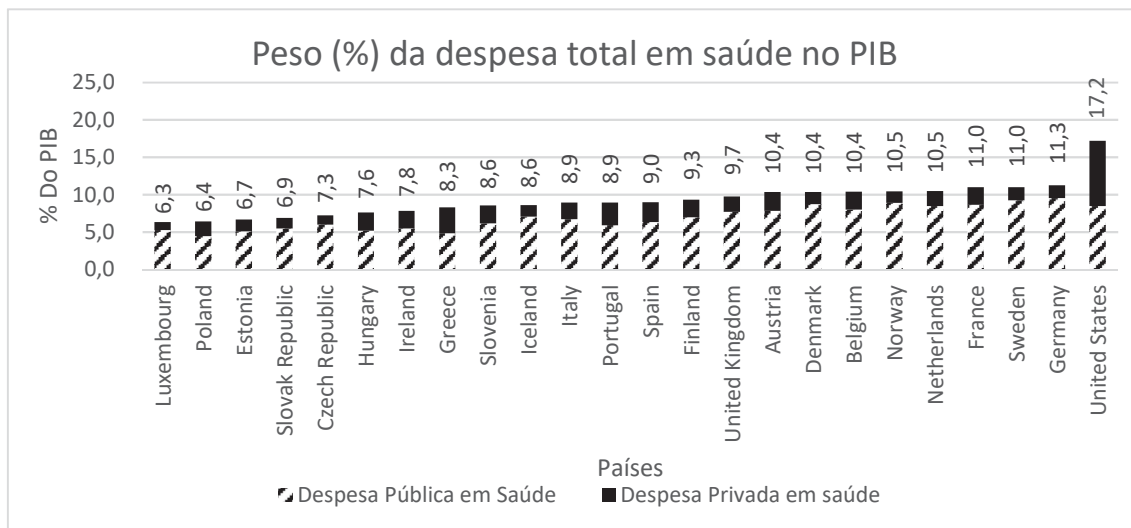
da Europa e dos EUA

Com vista a analisar a dimensão económica do setor da saúde português, comparativamente com outros países da OCDE e com os EUA de uma forma integrada, apresenta-se, nas Figuras 3 e 4, os Gráficos com um breve resumo de agregados macroeconómicos relativos ao setor, disponibilizados por esta organização para o continente europeu.

Pode-se observar, através da Figura 3, que Portugal, comparado com o conjunto dos países da União Europeia (UE-28) e com os EUA, designadamente no que respeita ao peso da despesa em saúde no total do PIB, possui o indicador registado 8,9% da despesa total em saúde no PIB, repartido em despesa pública em saúde (5,9%) e despesa privada em saúde (3%). Assim sendo, apresenta-se como o país com o décimo segundo maior

rácio de despesa total em saúde sobre o PIB. A percentagem de 8,9% é inferior à média de 9,3% apresentada na UE-28(2011).

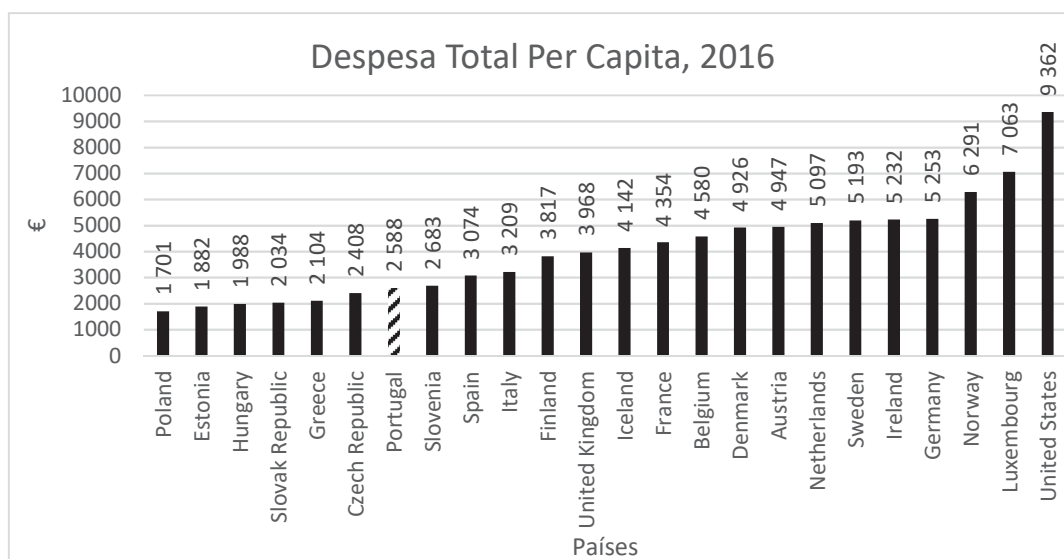
Figura 3 – Peso (%) da despesa total em saúde no PIB, 2016



Fonte: OECD Health Statistics, 2016

No conjunto dos países da União Europeia, no que respeita ao último ano disponível, ano de 2016, a despesa total média foi de 9,3% do PIB, repartida em 6,94% para a despesa pública e 2,35% para a despesa privada.

De modo a complementar esta análise, observa-se os valores de despesa total em saúde *per capita* (ajustados por paridades do poder de compra (PPC)) observados em vários países. Torna-se, assim, possível concluir que Portugal regista uma despesa total de 2.588 EUR *per capita*, o que posiciona o nosso país muito próximo das realidades de Espanha e Eslovénia. Como se pode observar no gráfico da Figura 4, no conjunto dos países analisados, Portugal surge abaixo dos seus congéneres ocidentais e acima dos países do Leste da Europa.

Figura 4 – Despesa total *per capita*, 2016

Fonte: OECD Health Statistics 2016, valores em euros (€) calculado com base na taxa de câmbio a 31/12/2016

Conclui-se, pela análise conjunta dos dois gráficos, que, em Portugal, existe um desequilíbrio entre a porção despendida para o setor no seu todo e despendida por cidadão, uma vez que Portugal apresenta-se como o décimo segundo país com o maior rácio de despesa total em saúde sobre o PIB (8,9%, inferior à média de 9,3% apresentada na UE), mas na sétima «posição» no que respeita à despesa *per capita*, o que é inferior à maior parte dos países da União Europeia.

CAPÍTULO III – Metodologia

O principal objetivo deste estudo é analisar o impacto da contratualização do sistema nacional de saúde em Portugal. Inicialmente, era minha intenção analisar o impacto da privatização no sistema nacional de saúde. No entanto, como anteriormente já foi mencionado, em Portugal, pelo menos até aos dias de hoje, não se verifica nenhuma situação de privatização no setor da saúde, sendo o processo de contratualização o que mais se aproxima do sistema de privatização ao qual Portugal tem aderido. Foram, então, realizados cálculos de modo a verificar o impacto deste processo no desempenho dos Hospitais Portugueses, recorrendo a um método muito utilizado para analisar o impacto da privatização.

Amostra

Num universo atual de 41 Entidades Público Privadas nesta área, onde 11 são hospitais EPE, 8 são unidades de saúde local EPE e 22 são Centros Hospitalares EPE. No entanto, foram excluídos todos os Hospitais EPE que sofreram agregações no mesmo período e todos os Hospitais EPE que não apresentam dados publicados e são necessários à concretização do estudo, relativos ao período compreendido entre 2002 e 2007. Pode-se observar, no Anexo 1, o universo atual das 41 Entidades Público Privadas, assim como as alterações a que foram submetidas e os decretos - lei subjacentes. Assim, para a concretização do estudo, tendo em conta a dimensão da amostra, foram considerados apenas 15 Hospitais do setor público que sofreram a transformação de Hospitais Sociedades Anónimas para Entidades Públicas Empresariais, em Portugal. Na Tabela 1, pode-se visualizar todos os Hospitais Públicos considerados na amostra.

Tabela 1-Amostra dos Hospitais Públicos do presente estudo

#	Designação
1	Centro Hospitalar Alto Minho
2	Centro Hospitalar Médio Tejo
3	Centro Hospitalar Cova da Beira
4	Centro Hospitalar Vila Real / Peso da Régua
5	Hospital Distrital da Figueira da Foz
6	Hospital Garcia de Orta
7	Hospital Infante Dom Pedro
8	Hospital Pulido Valente
9	Hospital Santo André
10	Hospital São Gonçalo
11	Hospital de São Sebastião
12	Centro Regional de Oncologia Coimbra
13	Centro Regional de Oncologia Lisboa
14	Hospital Padre Américo Vale Sousa
15	IPO Porto

Todos os Hospitais contemplados na tabela 1 eram sociedades anónimas, até ao momento em que surgiu o Decreto - Lei nº 93/2005, de 7 junho, onde o Governo decretou, ao abrigo da base XXXVI da Lei nº 48/90, de 24 de agosto, bem como da alínea b) do nº 1 do artigo 2º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, e nos termos da alínea c) do nº 1 do artigo 198º da Constituição, a transformação das sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.

O estudo considera um período de desfasamento de dois anos para a avaliação do desempenho económico tal como nos estudos de Anuatti-Neto *et al.* (2005) e Cardoso *et al.* (2013).

Análise de dados e procedimento de cálculos

Para medir o impacto da contratualização do Sistema Nacional de Saúde em Portugal, foram analisados quatro indicadores de desempenho económico: *Economic Value Added* (EVA), *Market Value Added* (MVA), *Return On Assets* (ROA) e *Return On Equity* (ROE). A Tabela 2 apresenta todos estes indicadores e respetivas fórmulas de cálculo. Toda a coleta de dados necessária e utilizada, a fim de se tornar possível o cálculo dos indicadores, foi retirada dos relatórios e contas dos Hospitais em questão, no presente estudo.

Tabela 2- Indicadores de Rendibilidade e Desempenho Económico

Indicadores	Cálculo
ROA - Rendibilidade do Ativo	$ROA = \frac{\text{Resultado Operacional}}{\text{Ativo Total}}$
ROE - Rendibilidade do Capital Próprio	$ROE = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Capital Próprio}}$
EVA - Valor Económico Acrescentado	EVA $= \text{Resultado Operacional} (1$ $- \text{Taxa de Imposto sobre o Lucro})$ $- \text{Custo Médio Ponderado de Capital}$ $\times \text{Capitais Investidos}$
MVA - Valor de Mercado Acrescentado	MVA $= \text{Valor Total de Mercado da Empresa}$ $- \text{Capitais Investidos}$

Fonte: (Cardoso, *et al.*, 2013)

Em relação aos indicadores de rendibilidade ROE e ROA, os mesmos foram escolhidos no presente estudo, visto que o ROE é a medida de eficiência privilegiada dos

acionistas e investidores, permitindo concluir se a rentabilidade do Capital Próprio está a um nível aceitável, comparativamente às taxas de rentabilidade do mercado de capitais e ao custo de financiamento. Esta medida é afetada pela política de financiamento de cada empresa. O ROA foi escolhido para este estudo, pois, além de permitir analisar a rentabilidade separadamente das decisões financeiras, é também o melhor indicador para comparações entre empresas e ainda pode ser comparado com o custo de capital alheio, tornando-se possível concluir se o endividamento é favorável ou desfavorável, na rentabilidade dos Capitais Próprios (Neves, 2000).

Em relação aos indicadores de desempenho económico EVA e MVA, a sua seleção para este estudo deve-se ao facto de ambos serem indicadores que representam a rentabilidade de uma empresa e a sua criação de valor, face aos seus capitais investidos (Santos & Watanab, 2005).

Para conseguir aferir o cálculo do indicador EVA, é necessário estimar o *Capital Asset Pricing Model* (CAPM), o Custo do Capital Próprio (K_{cp}), o Custo do Capital Alheio (K_{ca}) e Custo Médio Ponderado do Capital (CMPC).

Para determinar o Custo do Capital Próprio (K_{cp}), foi utilizado o CAPM, de acordo com a Equação 2 (Brealey, *et al.*, 2016).

$$E(r) = rf + \beta L (rm - rf) \quad (2)$$

Para efetuar o cálculo, foi necessário obter os seguintes valores: Taxa de rentabilidade sem risco (rf), Beta do Hospital Endividado (β_L) e a rentabilidade esperada do mercado (rm).

A taxa de rentabilidade sem risco foi obtida através da média das obrigações do Estado Português a 10 anos, sendo que estas foram retiradas do site PORDATA.

Para obter a rendibilidade do mercado, foram retiradas as cotações diárias do PSI-20, de 2003 a 2017, do site: *investing.com*. De seguida, calculou-se, para cada dia, uma taxa de rendibilidade e, por fim, calculou-se a rendibilidade média para cada ano. Da média de todos os anos em análise, obtivemos um estimador para a rendibilidade média do mercado.

Para aferir o β_U , primeiro foi determinado um β sintético, através do Grau de alavanca operacional, pela Equação 3 (Brealey, *et al.*, 2016):

$$\beta_U \text{ Grau da Alavanca operacional} = \frac{\text{Variação do Resultado Operacional}}{\text{Variação das Vendas}} \quad (3)$$

Após a obtenção do β_U sintético, foi calculado o Beta alavancado, através da Equação 4 (Brealey, *et al.*, 2016):

$$\beta_L = \beta_U (1 + (1 - \text{Taxa de imposto}) \left(\frac{\text{Capitais Alheios}}{\text{Capital Próprio}} \right)) \quad (4)$$

Para calcular o Custo de Capital Alheio (Kca) de cada ano n , foi utilizada a Equação 5 (Brealey, *et al.*, 2016):

$$Kca = \frac{\text{Resultados Financeiros}_{\text{ano } n}}{(\text{Capitais Alheios}_{\text{inicio ano } n} + \text{Capitais Alheios}_{\text{final do ano } n})/2} \quad (5)$$

Depois de reunidos os valores necessários, foi calculado o Custo Médio Ponderado do Capital pela Equação 6 (Brealey, *et al.*, 2016):

$$\begin{aligned} CMPC = & \frac{\text{Capital Alheio}}{\text{Ativo Total}} \times Kca(1 - \text{Taxa de imposto}) \\ & + \frac{\text{Capital Próprio}}{\text{Ativo Total}} \times Kcp \end{aligned} \quad (6)$$

Finalmente, para calcular os Capitais Investidos, foi utilizada a seguinte Equação 7:

Capitais Investidos

$$= \textit{Total do Capital Próprio} + \textit{Total do Passivo} \quad (7)$$

$$- \textit{Fornecedores}$$

A equação acima apresentada foi a mesma utilizada para aferir os Capitais Investidos e é uma aproximação da Equação 8 (Neves, 2000). Considerando que no total dos capitais dos hospitais a componente não renumerada de maior relevo correspondia à rubrica fornecedores, optou-se por estimar os capitais investidos pela diferença entre capitais totais e os fornecedores.

Capitais Investidos

$$= \textit{Ativo Fixo} + \textit{Necessidades Fundo Maneio} \quad (8)$$

$$+ \textit{Tesouraria Ativa}$$

Os Capitais investidos dizem respeito ao investimento realizado por credores e acionistas da empresa. Assim correspondem aos Capitais Próprios e aos Capitais Financeiros ou Passivo Financeiro, sendo que o Passivo financeiro é constituído por Capitais Alheios de médio e longo prazo e pelo passivo de curto prazo. O Passivo Financeiro de curto prazo é idêntico à tesouraria passiva, conseqüentemente, os capitais terão de ser reembolsados no prazo máximo de um ano. O passivo cíclico não deve ser considerado como capital investido, por ser um financiamento espontâneo do ciclo de exploração (Neves, 2005 e Neves, 2004).

Após reunidos todos os valores necessários, tornou-se, finalmente, possível calcular o indicador EVA.

Em relação ao indicador MVA, este foi determinado por duas formas de cálculo distintas: uma das formas utilizadas foi direta, através da atualização do indicador EVA

anteriormente determinado; o outro método de cálculo utilizado foi através dos Métodos Múltiplos, onde foram utilizados dois múltiplos diferentes.

A Equação 9 (Neves, 2004) abaixo ilustrada foi a utilizada para calcular o valor do indicador MVA, através da atualização do EVA.

$$MVA = \sum_{i=1}^n \frac{\text{Resultado Operacional}_i \times (1 - \text{Taxa de imposto}) - CMPC \times \text{Capitais Investidos}_{i-1}}{(1 + CMPC)^i} \quad (9)$$

Utilizando o Método dos Múltiplos, também foi necessário realizar anteriormente vários cálculos.

Uma vez que a amostra do presente estudo não está cotada em bolsa, para determinar o valor de mercado de cada um dos Hospitais, recorreu-se ao Método dos Múltiplos, utilizando dois múltiplos distintos: o múltiplo *Price to Earnings Ratio* (PER) e o múltiplo *Enterprise Value Multiple* (EVM).

Começando por explicar o cálculo do MVA, através do múltiplo PER, inicialmente foram retirados os valores PER dos Múltiplos da Europa do setor *Hospitals/Health Care Facilities*, referentes aos últimos 3 anos de 2015, 2016 e 2017, que estavam disponíveis no site: pages.stern.nyu.edu/~adamodar/. De seguida, com os valores do PER dos últimos 3 anos, foi realizada uma média, obtendo assim um PER médio; depois, usando o Resultado Líquido e aplicando a Equação 10 (Neves, 2002), calculou-se o valor de Mercado do Capital Próprio de cada Hospital e Grupo de Saúde.

$$PER = \frac{\text{Valor de Mercado Capital Próprio}}{\text{Resultado Líquido}} \quad (10)$$

Para obter o Valor de Total de Mercado de cada Hospital e Grupo de Saúde, adicionou-se ao valor de Mercado de Capital Próprio o Valor dos Capitais Alheios, como se pode observar na Equação 11 (Neves, 2004).

Valor Total de Mercado

$$= \text{Valor de Mercado Capital Próprio} \quad (11)$$

$$+ \text{Valor dos Capitais Alheios}$$

Por último, para obter o valor do MVA, ao valor Total de Mercado subtrai-se o valor dos Capitais Investidos anteriormente calculados para o indicador EVA, como se pode observar na Equação 12 (Neves, 2004).

$$MVA = \text{Valor Total de Mercado} - \text{Capitais Investidos} \quad (12)$$

Passando agora a explicar o cálculo do MVA utilizando múltiplo EVM, primeiro retirou-se o valor do EVM dos Múltiplos da Europa do setor *Hospitals/Health Care Facilities* referentes aos últimos 3 anos de 2015, 2016 e 2017, que estavam disponíveis no site: pages.stern.nyu.edu/~adamodar/. Posteriormente, com os valores EVM dos últimos 3 anos, foi realizada uma média, obtendo assim um EVM médio. Depois, através da Equação 13 (Neves, 2002), foi calculado o valor do *Earnings Before Interest Taxes Depreciation and Amortization* EBITDA.

$$EBITDA = \text{Resultado Operacional} + \text{Amortizações} + \text{Depreciações} \quad (13)$$

$$+ \text{Provizões} + \text{Imparidades}$$

Desta forma, torna-se possível o cálculo do Valor Total de Mercado de cada Hospital através da Equação 14 (Neves, 2002).

$$EVM = \frac{\text{Valor Total de Mercado}}{EBITDA} \quad (14)$$

Após o cálculo do Valor Total de Mercado, foi então que se procedeu ao cálculo do MVA, subtraindo-se ao Valor Total de Mercado o valor dos Capitais Investidos anteriormente calculados, ou seja, aplica-se novamente a Equação 12.

Posteriormente, a fim de averiguar comparativamente os desempenhos dos Hospitais, antes e após o processo de contratualização, realizou-se ainda um teste de diferença entre médias, utilizando uma base de dados compreendida entre 2003 e 2004 referentes ao período antes da contratualização e de 2005 a 2017, correspondentes ao período após a contratualização. Importa referir que ocorreram muitas agregações dos hospitais, a partir de 2008, e não estavam disponibilizados todos os relatórios e contas necessários, pelo que a amostra não é a melhor. No anexo 1, verifica-se todas as alterações e respetivos decretos que ocorreram entre 2003 e 2017. Antes de realizar o teste de diferença entre médias, foi aplicado o teste de normalidade. Sendo que a amostra utilizada é inferior a 30 observações, foi utilizado o teste de *Shapiro- Wilk* para testar a normalidade dos dados. O nível de significância considerado foi de 5 %. Os testes estatísticos foram todos realizados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS).

Todos os resultados obtidos são apresentados e analisados no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV – Estudo Empírico

Apresentação de Resultados

Este capítulo apresenta os valores dos indicadores obtidos, ou seja, vamos apresentar a análise do impacto da contratualização no desempenho económico nos Hospitais portugueses.

Nas Tabelas 3 e 4 são apresentados todos os valores obtidos referentes aos indicadores de rentabilidade, nomeadamente ROE e ROA.

Tabela 3-Valores obtidos referentes ao indicador ROA por Hospital antes e após a contratualização

Nº	Nome Hospital	ROA				
		2003	2004	2005	2006	2007
1	Centro Hospitalar Alto Minho	-0,0258	-0,3094	-0,4164	-0,1268	-0,0595
2	Centro Hospitalar Médio Tejo	-0,1651	-0,0986	-0,0882	-0,1653	-0,1748
3	Centro Hospitalar Cova da Beira	-0,0783	-0,1344	-0,2700	-0,1488	-0,0740
4	Centro Hospitalar Vila Real / Peso da Régua	-0,0124	-0,1591	-0,0182	-0,1157	-0,0361
5	Hospital Distrital da Figueira da Foz	-0,0954	-0,0927	-0,0203	-0,2631	-0,1406
6	Hospital Garcia de Orta	-0,0886	-0,0461	-0,0051	-0,1221	-0,1646
7	Hospital Infante Dom Pedro	-0,0181	-0,0596	-0,1704	-0,3278	-0,5426
8	Hospital Pulido Valente	-0,1976	-0,0834	-0,2103	-0,2431	0,0292
9	Hospital Santo André	-0,0069	-0,0401	-0,1673	-0,1251	-0,0019
10	Hospital São Gonçalo	-0,0459	-0,0661	-0,2531	-0,4887	-0,6307
11	Hospital de São Sebastião	0,0161	0,0230	0,0003	0,0096	0,0168
12	Centro Regional de Oncologia Coimbra	-0,0287	-0,0418	0,0726	-0,0336	-0,0255
13	Centro Regional de Oncologia Lisboa	-0,0162	-0,0116	-0,0079	-0,0358	-0,0282
14	Hospital Padre Américo Vale Sousa	-0,1306	-0,1343	-0,1535	-0,1805	0,0402
15	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil	-0,1226	-0,0824	-0,0234	-0,0147	0,1142

Os valores do indicador ROA, apresentados na Tabela 3, estão expressos em percentagem. Verifica-se que, em quase todos os Hospitais, a rentabilidade do ativo é negativa e isto significa que os resultados operacionais foram negativos, ou seja, que os Hospitais possuem custos e perdas operacionais superiores aos proveitos e ganhos operacionais.

Em seguida apresenta-se a Tabela 4, com os valores obtidos referentes ao indicador de rentabilidade ROE.

Tabela 4 - Valores obtidos referentes ao indicador ROE por Hospital antes e após a contratualização

Nº	Nome do Hospital	ROE				
		2003	2004	2005	2006	2007
1	Centro Hospitalar Alto Minho	0,0020	-0,3877	-3,9365	-0,1227	-0,0353
2	Centro Hospitalar Médio Tejo	-0,1997	-0,1013	-0,0401	-0,2221	-0,3083
3	Centro Hospitalar Cova da Beira	-0,1077	-0,2347	-0,5043	-0,3574	-0,2361
4	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua	0,0027	-0,1905	-0,3213	-0,4204	-0,1862
5	Hospital Distrital da Figueira da Foz	-0,1593	-0,0951	0,1521	-0,7397	-0,3051
6	Hospital Garcia de Orta	-0,1374	0,0455	-0,1338	-0,5424	-5,2694
7	Hospital Infante Dom Pedro	0,0026	0,0203	-0,2078	-0,3515	-1,0943
8	Hospital Pulido Valente	-0,4982	-0,2230	-2,8156	1,8762	-0,0918
9	Hospital Santo André	0,0071	0,0171	0,0320	-0,0384	0,0195
10	Hospital São Gonçalo	0,0275	-0,0236	-0,3640	-2,3114	1,7811
11	Hospital de São Sebastião	0,0219	0,0345	0,0367	0,0328	0,0332
12	Centro Regional de Oncologia Coimbra	0,0059	0,0033	0,0115	0,0035	0,0154
13	Centro Regional de Oncologia Lisboa	0,0019	0,0270	0,0153	0,0047	0,0047
14	Hospital Padre Américo Vale Sousa	-0,1728	-0,2102	-0,1248	-0,2313	0,0860
15	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil	-0,1014	-0,0253	0,0213	-0,0242	0,1824

Os valores obtidos do indicador ROE, na Tabela 4, estão expressos em percentagem.

As Tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentam os valores obtidos referente aos indicadores EVA e MVA.

Para simplificar, foi atribuída a seguinte numeração à sigla MVA; MVA1- é o MVA, calculado através da atualização do EVA; MVA2- refere-se ao MVA estimado utilizando o múltiplo PER para chegar ao valor de mercado dos Hospitais e MVA3- baseia-se no MVA obtido, recorrendo ao múltiplo EVM para chegar ao valor de mercado dos Hospitais.

Tabela 5 - Valores obtidos referentes ao indicador EVA por Hospital antes e após a contratualização

		EVA				
Nº	Nome	2003	2004	2005	2006	2007
1	Centro Hospitalar Alto Minho	-65,23	-49,47	11,32	91,80	-83,88
2	Centro Hospitalar Médio Tejo	98,30	-188,14	-133,60	141,33	-36,17
3	Centro Hospitalar Cova da Beira	-90,82	-58,18	55,62	65,89	-10,74
4	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua	-154,04	-19,36	28,09	491,17	53,44
5	Hospital Distrital da Figueira da Foz	-21,74	-35,05	-33,63	70,16	-2,90
6	Hospital Garcia de Orta	-46,91	-121,96	-92,52	37,35	47,46
7	Hospital Infante Dom Pedro	-135,67	-118,51	-26,04	192,44	119,75
8	Hospital Pulido Valente	15,93	-27,42	7,65	-7,78	-77,03
9	Hospital Santo André	-138,13	-115,09	422,76	-65,32	-142,26
10	Hospital São Gonçalo	-22,31	-15,65	-5,03	20,59	36,43
11	Hospital de São Sebastião	-281,20	-283,34	-230,29	-297,73	-339,29
12	Centro Regional de Oncologia Coimbra	-103,55	-91,43	-161,97	-32,04	-117,59
13	Centro Regional de Oncologia Lisboa	-246,61	-304,22	-254,04	-163,46	-277,88
14	Hospital Padre Américo Vale Sousa	-60,33	-73,95	-64,40	1,96	-123,39
15	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil	-113,95	-226,41	-216,16	-238,35	-580,53

Os valores apresentados na Tabela 5 estão expressos em milhões de euros.

A Tabela 6 apresenta os resultados obtidos para o indicador MVA1, ou seja, o MVA calculado pelo método da atualização do EVA.

Tabela 6- Valores obtidos referentes ao indicador MVA1 por Hospital antes e após a contratualização

		MVA 1				
Nº	Nome	2003	2004	2005	2006	2007
1	Centro Hospitalar Alto Minho	-26,29	-35,28	-20,31	171,76	-156,94
2	Centro Hospitalar Médio Tejo	-914,49	5172,18	4813,85	5607,16	-1434,88
3	Centro Hospitalar Cova da Beira	-35,61	-51,81	-102,09	241,29	-39,35
4	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua	-30,47	-8,73	-18,95	62,19	6,77
5	Hospital Distrital da Figueira da Foz	-11,85	-49,59	-73,11	-795,81	32,85
6	Hospital Garcia de Orta	-32,12	-212,18	-208,42	-82,80	-105,23
7	Hospital Infante Dom Pedro	-36,29	-106,09	-9,35	-425,73	-264,93
8	Hospital Pulido Valente	74,20	-253,08	-67,25	-229,62	-2273,12
9	Hospital Santo André	-37,82	-102,75	-3110,19	534,24	1163,50
10	Hospital São Gonçalo	-7,45	-12,54	-0,82	-15,52	-27,45
11	Hospital de São Sebastião	-59,72	-280,74	-671,47	-4105,11	-4678,18
12	Centro Regional de Oncologia Coimbra	-38,84	-93,46	-485,40	-139,05	-510,38
13	Centro Regional de Oncologia Lisboa	-80,87	-337,96	-574,01	-856,44	-1455,91
14	Hospital Padre Américo Vale Sousa	-27,77	-91,70	-99,10	2,23	-140,22
15	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil	-52,70	-354,67	-756,96	-2904,36	-6982,56

Os valores apresentados na Tabela 6, referentes ao indicador MVA1, estão expressos em milhões de euros.

A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos para o indicador MVA2, ou seja, o MVA obtido, tendo-se utilizado o Múltiplo PER como cálculo intermédio para apurar o valor de mercado dos Hospitais.

Tabela 7- Valores obtidos referentes ao indicador MVA2 por Hospital antes e após a contratualização

Nº	Nome	MVA 2				
		2003	2004	2005	2006	2007
1	Centro Hospitalar Alto Minho	-4,80	-581,25	-1170,69	-376,51	-110,45
2	Centro Hospitalar Médio Tejo	-1346,93	-655,26	-292,23	-1078,58	-1128,43
3	Centro Hospitalar Cova da Beira	-406,92	-625,60	-929,79	-475,09	-212,99
4	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua	-28,49	-269,31	34,07	-700,61	-110,20
5	Hospital Distrital da Figueira da Foz	-194,41	-106,96	188,31	-536,99	-173,04
6	Hospital Garcia de Orta	-516,32	164,25	-443,00	-1608,82	-1702,97
7	Hospital Infante Dom Pedro	-26,84	25,41	-499,11	-480,36	-718,20
8	Hospital Pulido Valente	-705,90	-240,92	-832,68	-597,92	-98,98
9	Hospital Santo André	-14,62	18,68	524,94	-609,76	19,02
10	Hospital São Gonçalo	7,40	-11,60	-128,05	-222,46	-217,60
11	Hospital de São Sebastião	41,46	103,28	118,82	101,58	108,75
12	Centro Regional de Oncologia Coimbra	-16,84	-13,00	6,08	-19,50	9,97
13	Centro Regional de Oncologia Lisboa	-50,28	79,03	11,90	-46,82	-44,91
14	Hospital Padre Américo Vale Sousa	-483,72	-514,41	-298,30	-413,80	137,18
15	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil	-649,25	-210,19	53,39	-202,71	1202,97

Os valores apresentados na Tabela 7 estão expressos em milhões de euros.

Por fim, na Tabela 8, são apresentados os valores obtidos referentes ao indicador MVA2, sendo que o MVA foi aferido, utilizando como cálculo intermédio o Múltiplo EVM, para apurar o valor de mercado dos Hospitais.

Tabela 8 - Valores obtidos referentes ao indicador MVA3 por Hospital antes e após a contratualização

Nº	Nome	MVA 3				
		2003	2004	2005	2006	2007
1	Centro Hospitalar Alto Minho	-20,01	-201,57	-193,27	-141,66	-65,56
2	Centro Hospitalar Médio Tejo	-266,13	-145,69	-118,63	1188,51	-193,38
3	Centro Hospitalar Cova da Beira	-65,09	-97,59	-161,53	-74,63	-39,70
4	Centro Hospitalar Vila Real/ Peso da Régua	-5,65	-75,24	-98,38	-453,37	-49,07
5	Hospital Distrital da Figueira da Foz	-51,30	-46,25	-13,90	-95,86	-37,93
6	Hospital Garcia de Orta	-142,87	-60,18	-14,04	-424,88	-177,23
7	Hospital Infante Dom Pedro	-32,07	-45,89	-115,75	-163,15	-240,79
8	Hospital Pulido Valente	-132,02	-43,47	-85,15	-109,52	12,82
9	Hospital Santo André	-32,93	-59,07	-1139,72	-582,38	-25,54
10	Hospital São Gonçalo	-14,23	-18,18	-35,07	-46,48	-47,06
11	Hospital de São Sebastião	-3,20	2,67	-17,20	-19,74	-18,80
12	Centro Regional de Oncologia Coimbra	-59,51	-57,43	29,76	-65,52	-53,33
13	Centro Regional de Oncologia Lisboa	-77,83	-79,22	-43,97	-104,19	-99,59
14	Hospital Padre Américo Vale Sousa	-37,10	-51,41	-46,63	-34,83	22,97
15	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil	-200,98	-131,70	-61,22	-56,22	139,47

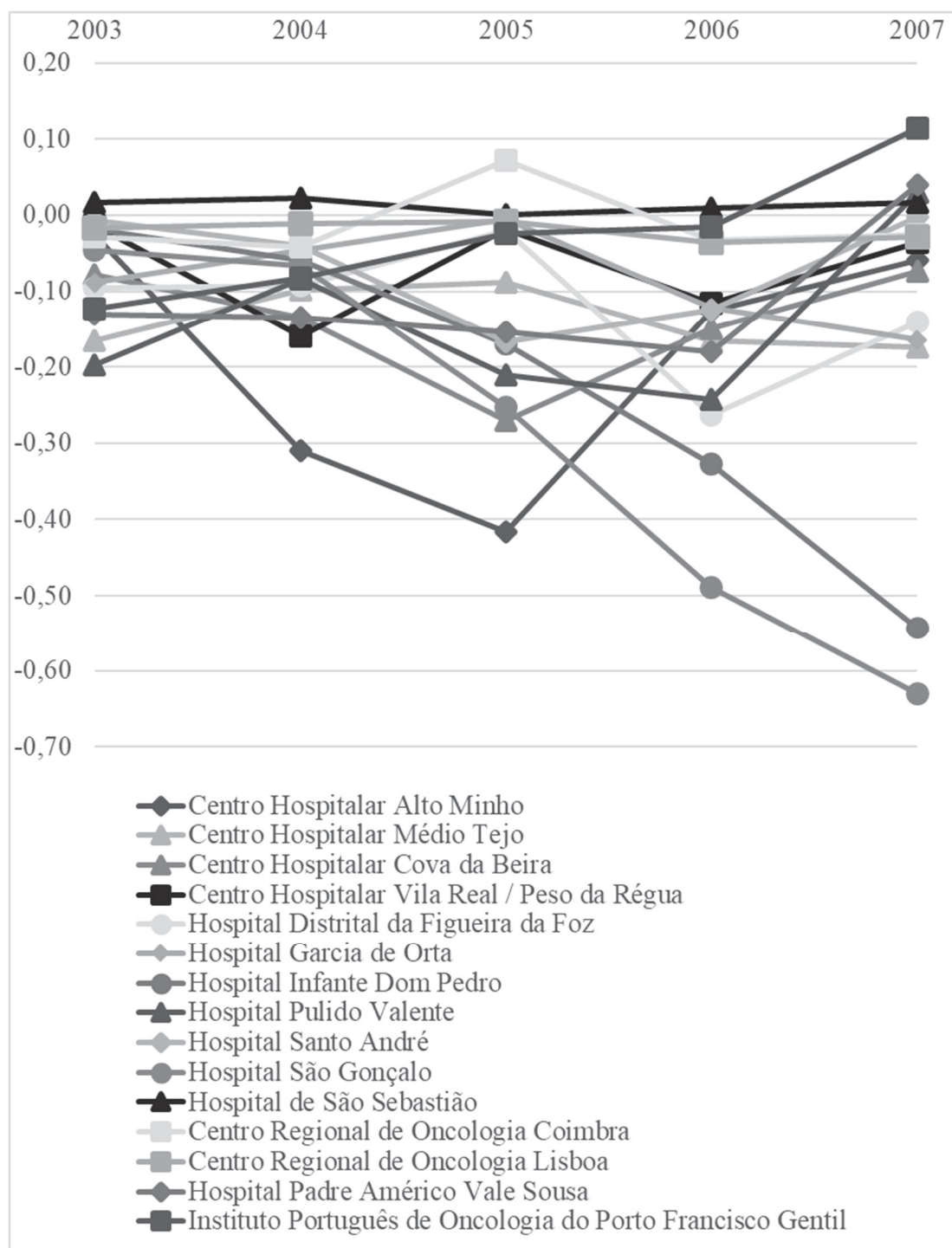
Os valores da tabela 8 estão expressos em milhões de euros.

Observando as Tabelas 3, 4 5, 6, 7 e 8, analisando os valores obtidos para cada indicador de desempenho económico, dois anos antes e dois anos após a contratualização, pode-se verificar que a contratualização não teve um impacto muito significativo no desempenho destes indicadores. No entanto, podemos verificar que em mais de metade dos Hospitais houve uma evolução descendente na maior parte dos indicadores, indo ao encontro do estudo de Dinis (2013).

A fim de observar melhor o comportamento de cada indicador individualmente nos quinze Hospitais, face à contratualização, foram realizados gráficos representados nas Figuras 5,6,7,8 e 9 abaixo apresentadas.

Primeiramente, observando as Figura 5 e 6, que mostram o desempenho medido com os indicadores ROA e ROE, pode-se identificar os retornos obtidos pelos investimentos realizados nos Hospitais, através da sua rendibilidade, antes e após a contratualização.

Figura 5 – Comportamento do desempenho do indicador ROA antes e após a contratualização



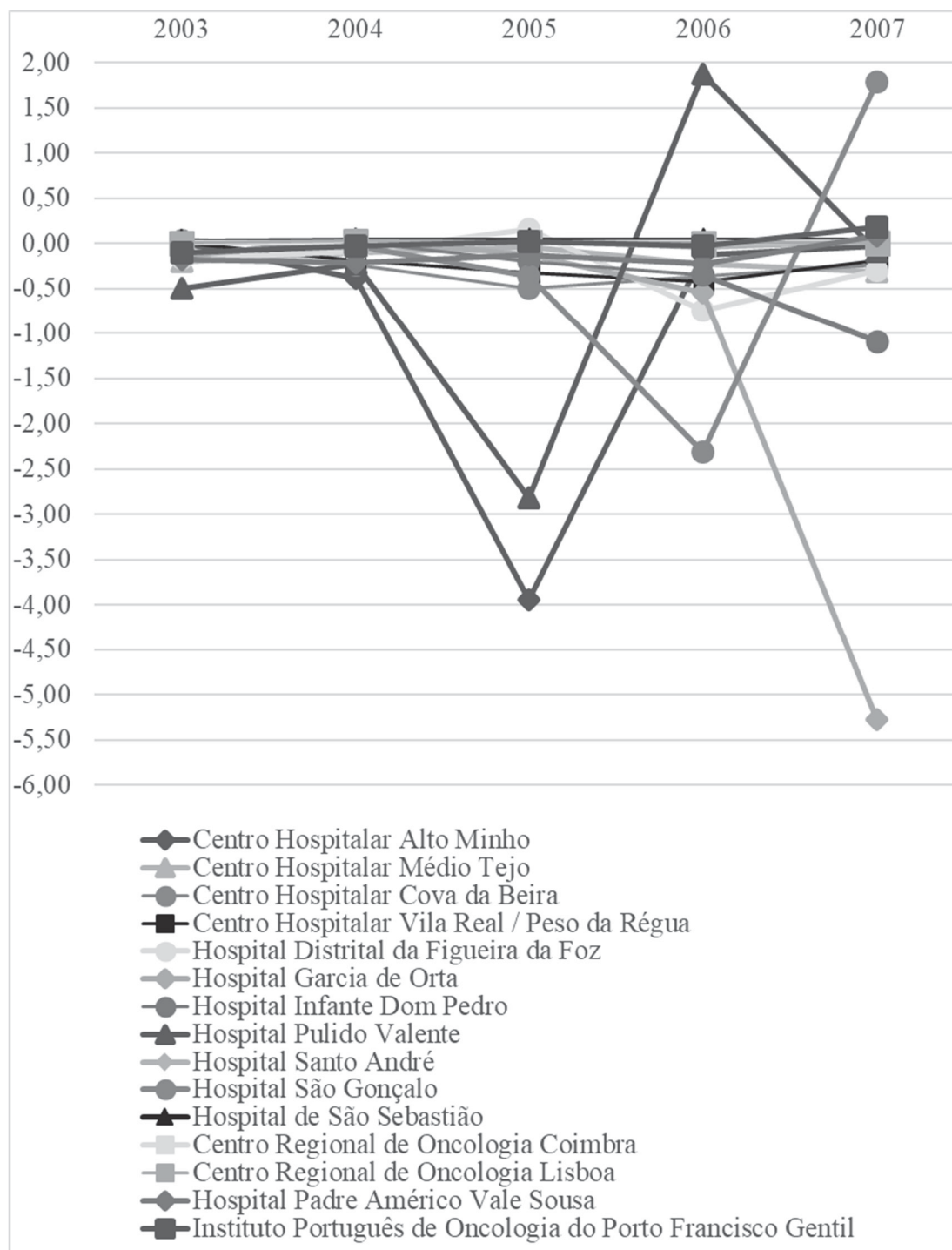
A Figura 5 apresenta o gráfico onde se pode observar o comportamento do indicador ROA face à contratualização. O ROA é a rendibilidade do ativo, ou seja, o retorno sobre o ativo investido nos Hospitais.

Visualizando o gráfico, verifica-se que, após a contratualização, não houve grande diferença na rendibilidade do ativo, isto quer dizer que não houve grandes mudanças no lucro operacional dos Hospitais. No entanto, constata-se que, dos quinze Hospitais, apenas sete deles, nomeadamente o Centro Hospitalar Cova da Beira, Hospital Pulido Valente, Hospital Santo André, Centro Regional de Oncologia de Lisboa, Hospital Padre Américo Vale Sousa e Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, aumentaram a sua rendibilidade do ativo após a contratualização.

O Hospital São Gonçalo foi aquele em que a contratualização mais deteriorou a rendibilidade do ativo, tanto o seu resultado operacional como o Ativo. Segundo o que consta no relatório e contas, cerca de 60% dos utentes na região estão isentos do pagamento de taxas moderadoras, o que implica a reduzida cobrança de taxas moderadoras pelo Hospital São Gonçalo. Também, o envelhecimento da população traduz-se num aumento da demora média de internamento, com os consequentes custos quanto aos consumíveis, quer ao nível de serviços de apoio, quer ao nível da prestação de cuidados. Desta forma, os custos operacionais aumentam. Por outro lado, o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil foi o mais beneficiado após a contratualização, uma vez que foi o que obteve uma maior rendibilidade do ativo após a contratualização. Tanto o seu resultado operacional, como o valor do ativo aumentaram de 2003 para 2007, sendo que o resultado operacional passou de negativo, em 2003, para positivo, em 2007. Houve investimento na criação da Unidade de Cuidados Paliativos, na Construção e equipamentos da Clínica da Mama, na implementação de sistema de arquivo, comunicação e imagem e na implementação de um sistema de prescrição eletrónica no internamento. Estes investimentos foram financiados por fundos próprios, pelo projeto de saúde XXI e pela ASR Norte.

Passando agora para a análise do indicador ROE, a Figura 6, apresenta o gráfico que mostra a rendibilidade dos Capitais Próprios dos Hospitais, antes e após a contratualização.

Figura 6 – Comportamento do desempenho do indicador ROE antes e após a contratualização

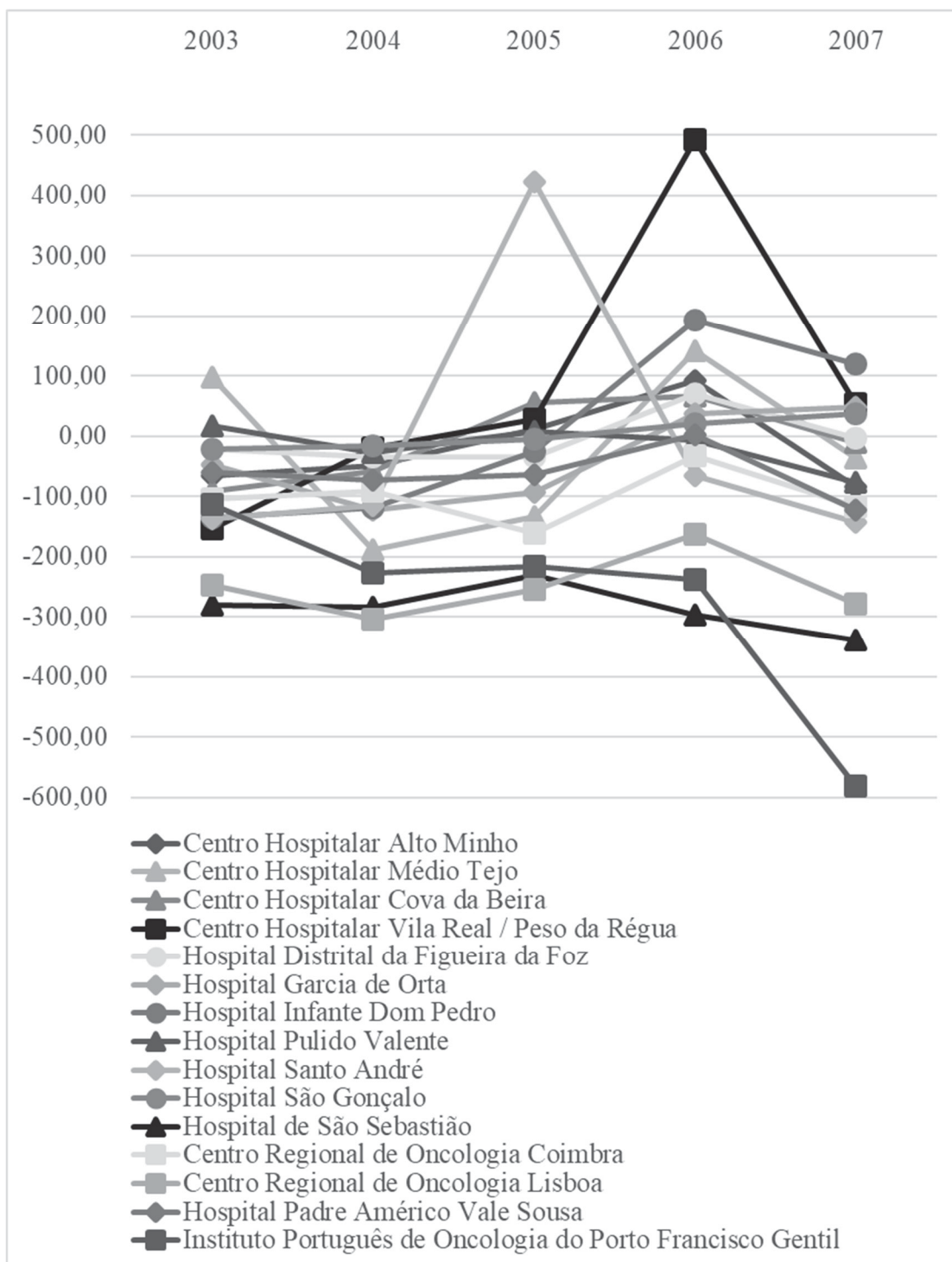


Pode-se observar que, à exceção dos Hospitais Garcia da Orta, Infante Dom Pedro e São Gonçalo, a diferença de rendibilidade, antes e após a contratualização, foi muito insignificante. Os Hospitais Pulido Valente, Santo André, São Sebastião, Padre Américo Vale Sousa, Instituto Português de Oncologia Porto Francisco Gentil, Centro Regional de Oncologia de Lisboa e Coimbra tiveram um comportamento muito semelhante face à contratualização, o que significa que em todos eles houve uma melhoria no retorno de Capitais Próprios após a contratualização. Destaca-se o Hospital de São Gonçalo, pois este foi o que mais beneficiou com a contratualização, no entanto, tanto o seu resultado líquido como o valor de Capital Próprio passaram de positivos, em 2003, para negativos, em 2007. Quanto aos restantes Hospitais Centro Hospitalar do Alto Minho, Médio Tejo, Cova da Beira, Vila Real e Figueira da Foz também tiveram comportamentos muito semelhantes, mas num comportamento inverso aos anteriormente referidos, pois a sua rendibilidade dos Capitais Próprios piorou com a contratualização. É de salientar que o Hospital que mais piorou o seu retorno, após a contratualização, foi o Hospital Garcia da Orta. Segundo o relatório e contas de 2007 deste mesmo hospital, devido a razões de política nacional de saúde, alguns dos preços ou tarifas praticadas revelam-se inferiores aos necessários para assegurar proveitos que permitam a cobertura dos custos totais de exploração e níveis adequados de remuneração do capital investido, bem como de autofinanciamento.

Segue-se a análise do desempenho dos indicadores EVA e MVA nas Figuras 7, 8, 9 e 10.

Começando por analisar o desempenho do indicador EVA, ilustrado pelo gráfico da Figura 7, este permite averiguar a existência de criação de valor após a contratualização.

Figura 7- Comportamento do desempenho do indicador EVA antes e após
contratualização



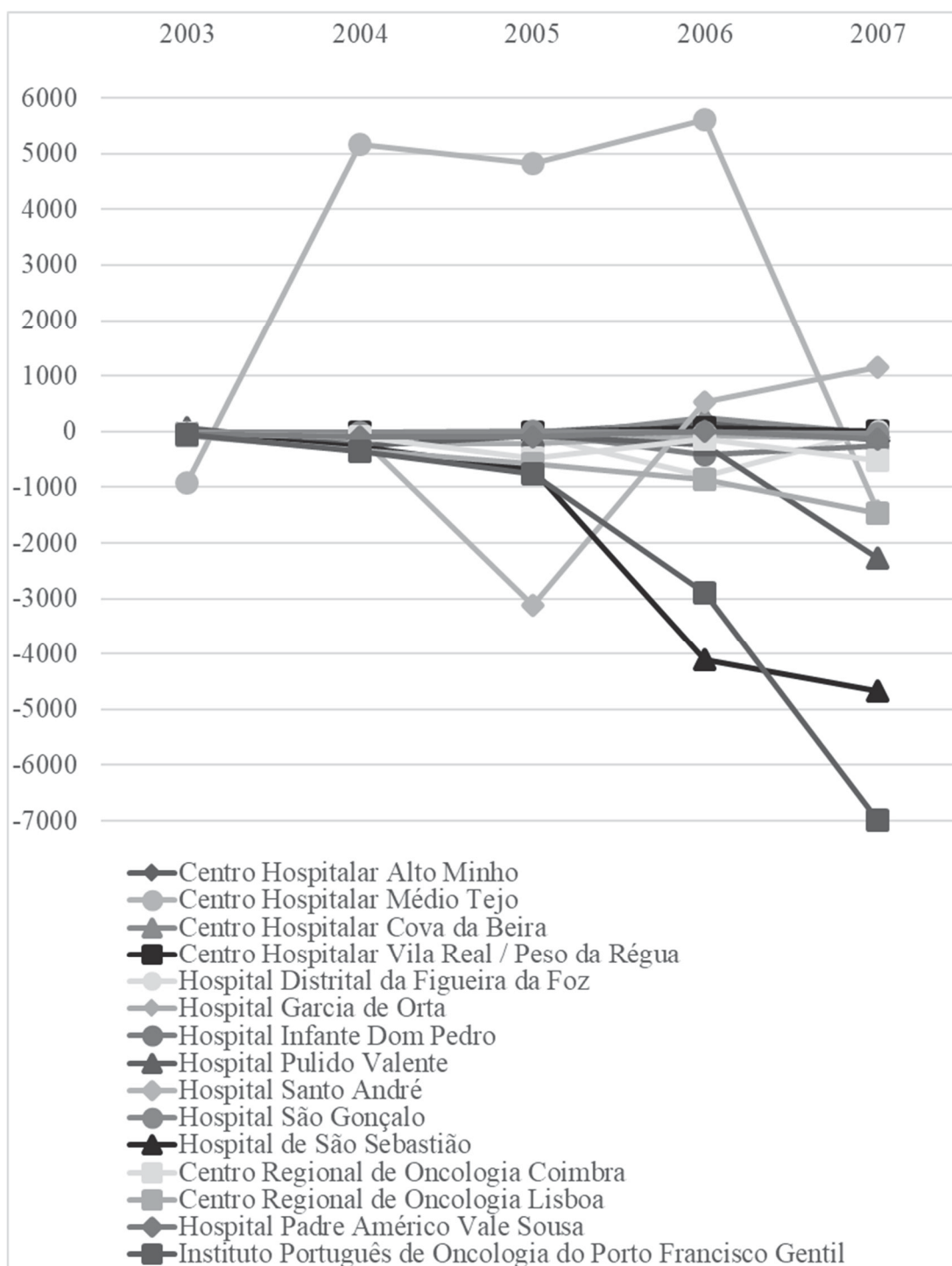
Dos quinze Hospitais, apenas constata-se um aumento no desempenho económico em seis deles: Hospital de São Gonçalo, Infante Dom Pedro, Garcia da Orta, Distrital da Figueira da Foz, Centro Hospitalar Cova da Beira e Centro Hospitalar Peso da Régua Vila

Real. Deste modo, estes seis Hospitais passaram a criar mais valor depois de atravessarem um processo da contratualização. Neste sentido, o Hospital onde houve uma maior criação de valor, após a contratualização, foi o Hospital de São Gonçalo. Os restantes Hospitais, face à contratualização, não obtiveram melhores resultados em relação à criação de valor, pois todos eles delapidaram valor após o processo da contratualização. É de referir que o Hospital que mais deteriorou valor, ou seja, desvalorizou, foi o Instituto Português de Oncologia do Porto São Francisco Gentil. Os Capitais Investidos foram superiores aos Resultados Operacionais, sendo que houve um grande investimento já acima referido.

Por último, mas não menos importante, apresentam-se as Figuras 8, 9 e 10, onde são apresentados os gráficos com o desempenho do indicador MVA, calculado por duas maneiras diferentes: a primeira, através da atualização do modelo EVA, e a segunda, através do Método dos Múltiplos em que foram utilizados 2 múltiplos diferentes.

A figura 8 apresenta o gráfico com o desempenho do indicador MVA1, calculado pelo método direto da atualização do modelo EVA.

Figura 8- Comportamento do desempenho do indicador MVA1 antes e após a contratualização



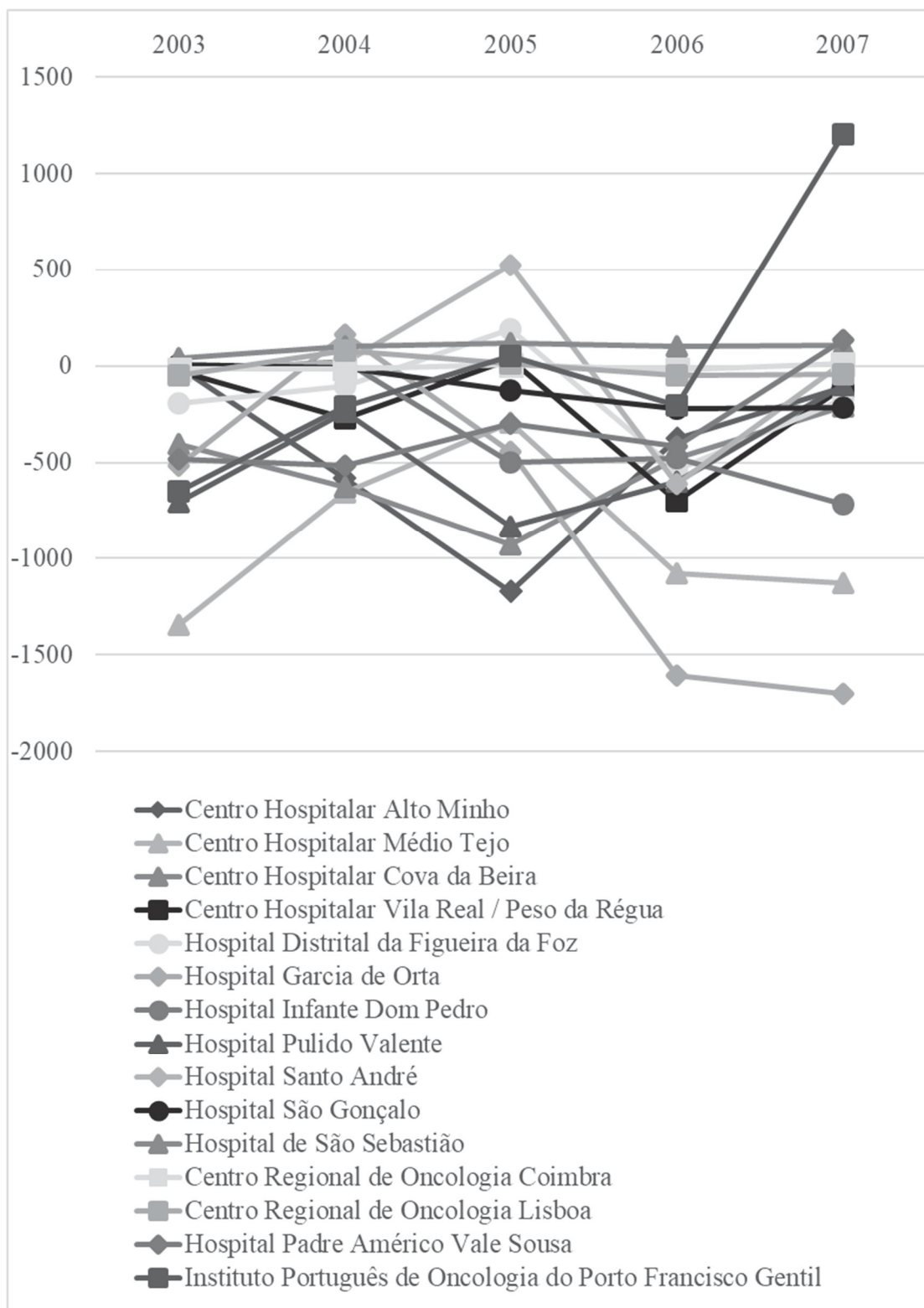
Observando o gráfico apresentado na Figura 8, pode-se observar que apenas em três Hospitais, nomeadamente, Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua, Hospital Distrital

Figueira da Foz e Hospital Santo André, houve uma melhoria na criação de valor após o processo de contratualização, sendo que os restantes pioraram.

O Hospital que mais beneficiou com a contratualização e onde houve realmente uma melhoria significativa foi o Hospital Santo André, inversamente ao Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, que foi o que mais sofreu com o processo de contratualização.

A Figura 9 ilustra o gráfico com o desempenho do indicador MVA2, onde o valor de mercado dos Hospitais foi calculado através do múltiplo PER.

Figura 9- Comportamento do desempenho do indicador MVA2 antes e após
contratualização



No geral, observando o gráfico, a maior parte dos Hospitais, após o processo de contratualização, passou a criar mais valor. Apenas cinco dos quinze Hospitais pioraram a sua criação de valor após a contratualização.

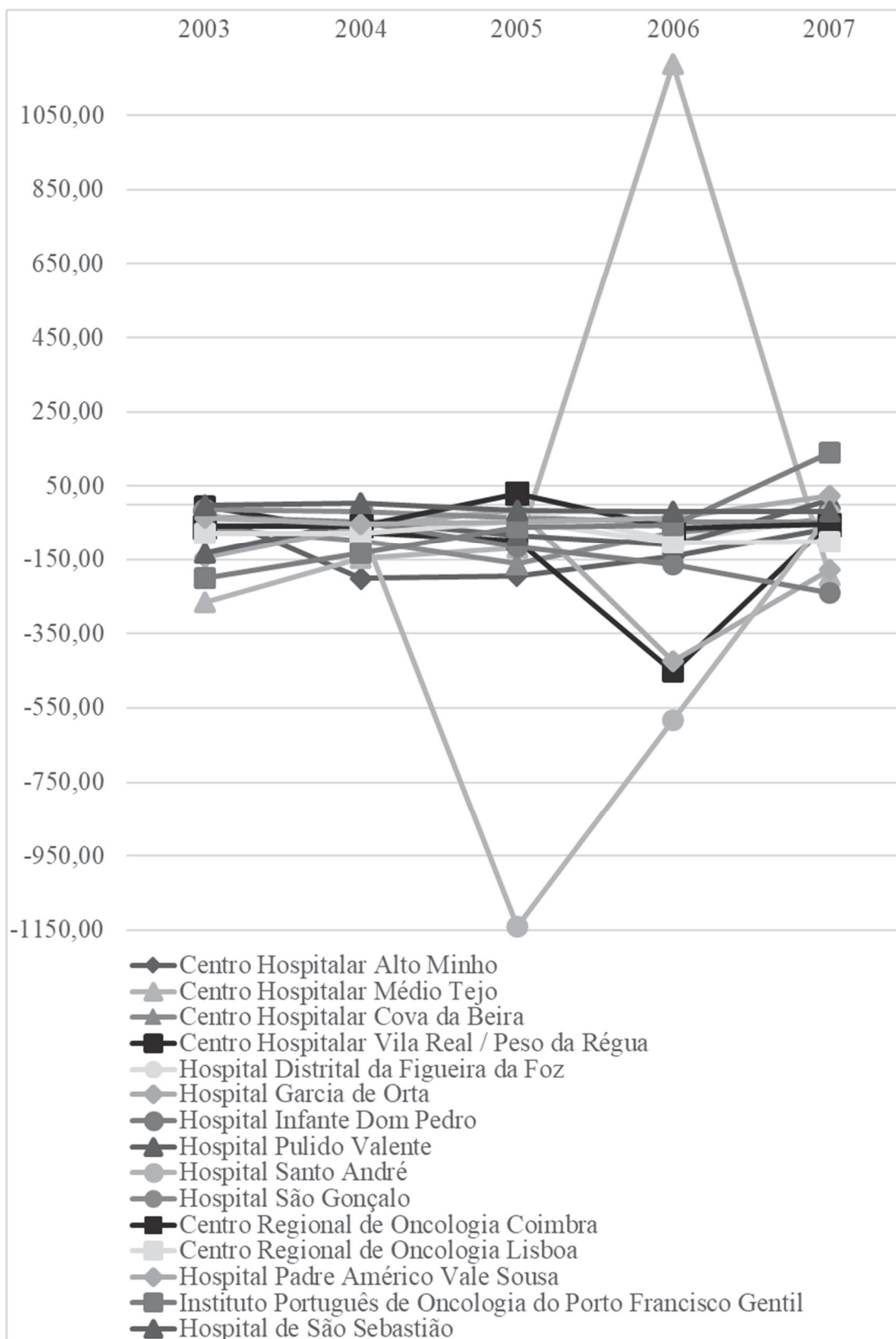
O Hospital que passou a criar mais valor, após o processo de contratualização, foi o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil e o Hospital que passou a criar mais valor, mas de forma menos significativa, foi o Centro Regional de Oncologia de Lisboa.

O Hospital em que a contratualização piorou abruptamente a sua criação de valor foi o Hospital Garcia da Horta. Os restantes pioraram a sua criação de valor após a contratualização, mas de uma forma menos considerável.

Foi escolhido o rácio PER, por ser um dos rácios mais utilizados na avaliação de empresas e pela sua facilidade de cálculo, no entanto, o mesmo apresenta muitos inconvenientes: os métodos e políticas contabilísticos adotados afetam o PER, assim como o PER não tem significado quando a empresa apresenta prejuízos e a variabilidade dos resultados torna o PER muito volátil e com pouco significado (Neves, 2002).

A figura 10 ilustra o gráfico com o desempenho do indicador MVA3, onde o valor de mercado dos Hospitais foi apurado através do múltiplo EVM.

Figura 10- Comportamento do desempenho do indicador MVA3 antes e após
contratualização



Comparativamente à análise do gráfico anterior, verifica-se que, em vez de dez Hospitais a criarem mais valor face à contratualização, apenas oito continuaram a criar mais valor após a contratualização do que antes da mesma, mais concretamente, o Hospital Pulido Valente, o Hospital de Santo André, o Hospital Distrital Figueira da Foz, o Hospital Padre Américo Vale de Sousa, o Centro Hospitalar Médio Tejo, o Centro Hospitalar Cova da Beira e os Centros Regionais de Oncologia de Lisboa e Coimbra.

O Hospital que, com o processo de contratualização, criou mais valor de forma relevante continua a ser o Instituto Português de Oncologia do Porto São Francisco Gentil. Por sua vez, o Hospital que passou a criar menos valor face à contratualização, de uma forma mais significativa, já não é o Garcia da Orta, mas, sim, o Infante Dom Pedro.

“De acordo com Morgan Stanley Dean Witter (1999), conclui-se que o EBITDA apresenta duas vantagens em relação ao PER: efetua comparações com base no investimento total da empresa antes do efeito do endividamento sobre os lucros e elimina o efeito da distorção, provocada pela política de amortizações e provisões, todavia, mantém todos os outros inconvenientes identificados em relação ao PER” (Neves, 2002).

Para complementar esta análise, foi aplicado um teste de hipóteses para testar a normalidade dos dados, onde a Hipótese nula (H_0) significa que a distribuição dos dados é normal e a Hipótese 1 (H_1) significa que a distribuição dos dados não é normal. O teste utilizado para testar a normalidade dos dados foi o teste de *Shapiro Wilk*, visto que a amostra é pequena e inferior a 30. O nível de significância considerado no estudo foi de 5%. Obteve-se os seguintes resultados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Teste de normalidade

Indicadores	SIG	Decisão
ROA	0,001	Rejeitar H0
ROE	0,006	Rejeitar H0
EVA	0,048	Rejeitar H0
MVA 1	0,000	Rejeitar H0
MVA 2	0,004	Rejeitar H0
MVA 3	0,609	Aceitar H0

Observando a Tabela 9, confere-se que apenas os dados do indicador MVA3 seguem uma distribuição normal; os restantes dados dos outros indicadores não seguem uma distribuição normal.

Posteriormente, nos indicadores ROA, ROE, EVA e MVA, onde foi rejeitada a hipótese nula no teste anterior da normalidade, foi aplicado um teste não paramétrico de diferença entre médias, cujo nome é teste *Mann Whitney* para 2 amostras diferentes. Para o indicador MVA3, onde foi aceite a Hipótese nula no teste anterior da normalidade, aplicou-se um teste paramétrico *T- student* para 2 amostras diferentes.

Em relação ao teste de *Mann Whitney* que foi aplicado, a Hipótese nula (H0) significa que existe similaridade entre as médias dos indicadores e a Hipótese 1 (H1) indica que não existe similaridade entre as médias dos indicadores. O nível de significância, novamente considerado, foi de 5 %. Assim, pode-se observar na Tabela 10 os resultados obtidos.

Tabela 10 – Teste de *Mann Whitney*

Indicadores	SIG	Decisão
ROA	0,933	Aceitar H0
ROE	0,686	Aceitar H0
EVA	0,800	Aceitar H0
MVA 1	0,476	Aceitar H0
MVA 2	0,305	Aceitar H0

Ao observar os resultados obtidos na Tabela 10, pode-se concluir que em todas as variáveis se aceita a hipótese nula, ou seja, existe similaridade estatística entre as médias dos indicadores, pois todos os parâmetros são superiores ao nível de significância de 5%. Desta forma, constata-se que os indicadores económicos são estatisticamente iguais, quando comparados antes e após a contratualização.

Por fim, o último teste realizado no SPSS foi o teste de Hipóteses paramétrico *T-student* para 2 amostras independentes, em que a Hipótese nula (H0) significa que existe similaridade entre as médias dos indicadores e a Hipótese 1 (H1) significa que não existe similaridade entre as médias dos indicadores. O nível de significância, novamente considerado, foi de 5%. Observa-se na Tabela 11 os resultados obtidos.

Tabela 11 – Teste *T Student*

Indicadores	SIG	Decisão
MVA3	0,209	Aceitar H0

Analisando a Tabela 11, pode-se verificar que a significância do coeficiente é de 0,209, ou seja, muito superior a 5%, pelo que não se rejeita a Hipótese nula, o que significa que existe similaridade entre as médias dos indicadores. Deste modo, conclui-se que os indicadores económicos não são estatisticamente diferentes, quando comparados antes e após o processo de contratualização.

CAPÍTULO V – Conclusões

Neste capítulo, são expostas as principais conclusões retiradas no decorrer do estudo de avaliação, como também serão indicados os contributos mais significativos das metodologias adotadas.

O estudo procurou analisar o impacto no Sistema Nacional de Saúde face ao processo de contratualização, através da análise do comportamento do desempenho económico de uma amostra de quinze Hospitais, no período compreendido entre 2003 e 2017. Deste modo, o objetivo desta investigação foi averiguar se o processo de contratualização trouxe uma melhoria no desempenho económico dos Hospitais Portugueses.

Os principais resultados apurados neste estudo, que analisa de forma qualitativa os dados económicos dos Hospitais, permitem concluir que, em Portugal, o comportamento do desempenho económico dos Hospitais portugueses face ao processo de contratualização apresentou-se de forma pouco significativa e desfavorável. Esta conclusão está de acordo com o estudo de Dinis (2013). A contratualização, como já foi referido anteriormente, teve um efeito pouco significativo no comportamento dos Hospitais, pelo que se pode concluir que não houve grande impacto no Sistema Nacional de Saúde.

Como limitações ao trabalho de investigação, apresentam-se a ausência de dados contabilísticos no período anterior à contratualização, uma vez que só foram encontrados dados relativos aos anos de 2003 e 2004, havendo uma falha de dados em relação a alguns anos, em diversos hospitais, após a contratualização. Além disso, verificou-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). Também existem outros autores que se defrontam e

criticam a falta de dados contabilísticos (Felício, 2016; e Batista & Raposo, 2016). Por outro lado, há que ter em consideração que existem várias limitações ao utilizar os métodos dos múltiplos para aferir o valor de mercado dos Hospitais.

De forma a enriquecer a bibliografia existente e relacionada com este tema, este trabalho poderá ser um ponto de partida para refletir sobre certos aspetos a ter em consideração, bem como para futuras pesquisas e trabalhos, no que concerne ao impacto das contratualizações e da sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, relativamente ao que diz respeito à avaliação da qualidade dos serviços do sistema de saúde, à satisfação dos utentes, no que se refere aos serviços prestados, bem como à deteção de necessidades mais significativas nos diversos setores que o sistema de saúde abrange. Neste sentido, considera-se que seria interessante analisar o efeito das políticas e reformas adotadas em Portugal, no âmbito da contratualização do Sistema Nacional de Saúde.

Este trabalho poderá ser também um contributo válido para realização futura de um estudo económico-financeiro, a fim de verificar a solvabilidade e o equilíbrio financeiro de cada hospital, antes e após a contratualização, assim como de um estudo de questões relacionadas com a sustentabilidade e problemática na eficiência da distribuição e afetação de recursos, de modo equitativo para todo o país.

Independentemente dos resultados obtidos e das limitações identificadas, visto que não existem muitos estudos acerca deste tema, espera-se ainda que este estudo desperte interesse por parte dos leitores e que os alerte para a questão da importância de gerir de forma eficiente os recursos disponíveis, com vista à reivindicação de um Sistema Nacional de Saúde mais justo, pragmático, eficiente e igual para todos.

Anexos

Anexo 1-Listagem de transformação dos Hospitais

Listagem de hospitais transformados em EPE		
Nova Designação	Antiga Designação	Legislação
Hospital Infante D. Pedro, EPE		
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, EPE		
Hospital de São Gonçalo, EPE		
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE		
IPOFG _ Centro Regional de Oncologia de Coimbra, EPE		
Hospital Distrital de Bragança, EPE		
Hospital Geral de Santo António, EPE		
IPOFG - Centro Regional de Oncologia do Porto, EPE		
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE		
Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, EPE		
Hospital de Nossa Senhora de Oliveira, EPE		
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE		
Hospital de São Teotónio, EPE		DL, nº93/2005 de 7 de Junho
Centro Hospitalar da Cova da Beira,EPE		
IPOFG - Centro Regional de Oncologia doe Lisboa, EPE		
Hospital Pulido Valente, EPE		
Hospital de Santa Cruz, EPE		
Hospital de Santa Marta, EPE		
Hospital de Santa Maria Maior, EPE		
Hospital de São João de Deus, EPE		
Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE		
Hospital de São Sebastião, EPE		
Hospital de Santo André, EPE		
Hospital Garcia de Orta, EPE		
Hospital da Nossa Senhora do Rosário, EPE		
Hospital de São Bernardo, EPE		
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE		
Hospital Distrital de Santarém, EPE		
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE		

Anexo 1-Listagem de transformação dos Hospitais (continuação)

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	DL, nº 233/2005, de 29 de Dezembro
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Agregou os Hospitais de São Bernardo EPE e o Ortopédicode 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 crianças Maria Pia e Maternidade de Júlio Dinis	DL nº326/2007, de 28 Setembro
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Agregou o Hospital Padre Américo - Vae do Sousa EPE e o Hospital de São Gonçalo EPE	
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Hospital do Espírito Santo de Évora	
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Agregou oCentro Hospitalar de Lisboa (Zona Central), o Hospital D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, EPE	
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	Centro Hospitalar de Coimbra	
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Agregou os o Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua EPE, o Hospital Distrital de Chaves e Hospital Distrital de Lamego	DL nº50-A/2007 de 28 de Fevereiro
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 de 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 de Nossa Senhora da Ajuda	
Unidade de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Unidade de Saúdedo Norte Alentejano	DL nº50-B/2007 de 28 de Fevereiro
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Agregou o Hospital Sta Maria, E.P.E. e Hospital Pulido Valente, E.P.E.	DL nº23/2008 de 8 de Fevereiro

Anexo 1-Listagem de transformação dos Hospitais (continuação)

Centro Hospitalar Povoia do Varzim/Vila do Conde, EPE	Centro Hospitalar Póvosa de Varzim/Vila do Conde	DL nº180/2008 de 25 de Agosto
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	
Hospital de Faro, EPE	Hospital Central de Faro	
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Agregou o Centro Hospitalar Alto Minho, E.P.E e os centros de saúde do distrito de Viana do Castelo	
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	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	DL nº183/2008 de 4 de Setembro
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	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 Vila Nova de Foz Côa e de Aguiar da Beira	
Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca, EPE	Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca	DL nº203/2008 de 10 de Outubro
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	Agregou o Hospital de S. Sebastião, E.P.E. , Hospital Distrital de S. João da Madeira e Hospital de São Miguel Oliveira de Azeméis	DL nº 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, E.P.E. e Hospital do Montijo	DL nº 280/2009 de 6 de Outubro
Hospital do Litoral Alentejano, EPE	Hospital do Litoral Alentejano	DL nº 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 nº318/2009, 2 de Novembro
Hospital de Curry Cabral, EPE	Hospital de Curry Cabral	DL nº21/2010, 24 de Março
Centro Hospitalar Baixo Vouga	Agregou o Hospital Infante Dom Pedro E.P.E, Hospital Distrital Águeda E.P.E e Hospital Visconde de Salreu	DL nº30/2011, 2011,2 de Março

Referências

ACSS, (2009). *Cálculo dos doentes equivalentes e do Índice de Case-Mix*. [Online]

Available at: <http://www2.acss.min->

[saude.pt/Portals/0/C%C3%A1lculo%20do%20doente%20equivalente%20e%20ICM_2009_Finaln.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%C3%A1lculo%20do%20doente%20equivalente%20e%20ICM_2009_Finaln.pdf)

[Acedido em 4 fevereiro 2018].

ACSS, (2017). *Relatórios e Contas*. [Online]

Available at: <http://www2.acss.min->

[saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPEeSPA/Relat%C3%B3rioseContas/RelContasHepe2006/tabid/381/language/pt-PT/Default.aspx](http://www2.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/HospitaisEPEeSPA/HospitaisEPEeSPA/Relat%C3%B3rioseContas/RelContasHepe2006/tabid/381/language/pt-PT/Default.aspx)

[Acedido em 6 Abril 2018].

Almeida, H. J., (1999), *A unidade funcional de saúde-impacto nos barómetros do sistema de saúde português, XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998*. Escola Nacional de Saúde Pública, 10-56.

Anuatti-Neto, F., Barossi-Filho, M., Carvalho, A. G. d. & Macedo, R., (2005). Os Efeitos da Privatização sobre o Desempenho Económico e Financeiro das Empresas Privadas. *Revista Brasileira de Economia*, 59(2), pp. 151-175.

Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S., (2002). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema*. Coimbra: Centre for Social Studies of the University of Coimbra.

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

Barros, P. P. & Gomes, J. P., (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, Principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar*

português. Lisboa: Gabinete da análise económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

Batista, V. & Raposo, V., (2016). Desempenho Económico e Financeiro dos Hospitais Empresarializados – Uma Análise Regional no Período entre 2007 e 2011. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, n° 43.

Bentes, M., (1997). *Formas de Pagamento de Serviços Hospitalares: resumo da comunicação*. In I. Lisboa: 1.

Bentes, M., (1998). *O financiamento dos hospitais*.. Lisboa: IGIF.

Bentes, M., Gonçalves, M. d. L. & Tranquada, S. & U. J., (1996). *A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar*. Gestão Hospitalar: s.n.

Brealey, R., Myers, S. & Allen, F., (2016). *Principles of Corporate Finance*. 12 ed. United States: McGraw-Hill.

Campos, A. C., (2001). *Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma Análise Social*. [Online]

Available at:

<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218730534N7wVI8eg6Nb31BK7.pdf>

[Acedido em 2 dezembro 2017].

Campos, A. C. & Simões, J., (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.

Cardoso, V. I. d. C., Maia, A. B. G. R., Santos, S. M. d. & Soares, F. d. A., (2013). O impacto da privatização no desempenho económico: um estudo em empresas. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, Issue 12.

Carrondo, C., (2014). *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde n°13*. s.l.:Sociedade Portuguesa de Gestão da Saúde.

Costa, C., Lopes, S. & Santana, R., (2008). Diagnosis Related Groups e Disease Staging: Importância. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático(7), pp. 7 - 28.

Damodaran, (2018). *Data Current*. [Online]

Available at: http://pages.stern.nyu.edu/~adamodar/New_Home_Page/datacurrent.html

[Acedido em 2 Junho 2018].

DGTF. *Sector Empresarial do Estado*. [Online]

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

[Acedido em 16 Novembro 2017].

Diniz, V. C. A., (2013). *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

DRE, (2005). *Decreto de Lei n° 93/2005*. [Online]

Available at: <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2005/06/07/p/dre/pt/html>

[Acedido em 1 Fevereiro 2018].

ERS, (2011). *Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde*.

[Online]

Available at:

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SN

[S.pdf](#)

[Acedido em 23 Dezembro 2017].

Escoval, A. M., (2003). *Evolução da administração pública da saúde : o papel da contratualização : factores críticos do contexto português*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Escoval, A. M. S., (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996 - 2005). *Revista portuguesa de saúde pública*, Issue 9, pp. 7-24.

Felício, M. T. d. A. M., (2016). *Análise da Performance do Serviço*. Lisboa: Instituto Superior Ciências Trabalho Empresa.

Ferreira, A. S.; Escoval, A.; Lourenço, A.; Matos, T.; Ribeiro, R., (2010). *A contratualização de cidade de saúde in Simões, Jorge (COORD) 30 anos de Serviço Nacional de Saúde*. Coimbra: Almedina.

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

INE, (2017). *Conta Satélite da Saúde 2014 – 2016Pe*. [Online]

Available at:

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=297108579&att_display=n&att_download=y

[Acedido em 12 Janeiro 2018].

Investing.com, (2007). *Investing.com - Stock Market Quotes & Financial News*.

[Online]

Available at: <https://www.investing.com/>

[Acedido em 1 Maio 2018].

Mozzicafreddo, J., (2000). *Estado-providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora

Neves, J. C. d., (2000). *Análise Financeira Volume 1 Técnicas Fundamentais*. 12ª ed. Lisboa: Texto Editora .

Neves, J. C. d., (2002). *Avaliação de Empresas e Negócios*. Lisboa : McGraw- Hill de Portugal, Lda.

Neves, J. C. d., (2004). *Análise Financeira Volume 2 - Avaliação do desempenho baseada no valor*. Lisboa : Texto Editora.

Neves, J. C. d., (2005). *Avaliação e Gestão da Performance Estratégica*. 1ª ed. Lisboa: Texto Editores, LDA.

OECD, (2017). *OECD HEALTH STATISTICS*. [Online]

Available at: <https://stats.oecd.org/>

[Acedido em 15 Fevereiro 2018].

OPSS, (2009). Evolução do sistema de saúde.

PorData, (2017). *PorData - Nova Consulta*. [Online]

Available at: <https://www.pordata.pt/DB/Ambiente+de+Consulta/Nova+Consulta>

[Acedido em 1 Maio 2018].

Santos, J. & Watanab, R., (2005). Uma Análise da Correlação entre o EVA e o MVA no Contexto das Empresas Brasileiras de Capital Aberto. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 12(1), pp. 19-32.

Simões, J., (2004a). *Retrato Politico da Saúde Pública. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde : da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Simões, J., (2004b). A Avaliação de Desempenho de Hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, Issue 4, pp. 91-120.

Simões, J. & Barros, P. P., (2007). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 9(5), pp. 1-140.

SNS, (2017). *Serviço Nacional de Saúde*. [Online]

Available at: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

[Acedido em 5 Janeiro 2018].

Urbano, J. & Bentes, M., (1990). *Definição da produção do hospital: os grupos de diagnósticos*. *Administração Hospitalar* 8: 1.

UNIVERSIDADE DOS AÇORES
Faculdade de Economia e Gestão

Rua da Mãe de Deus
9500-321 Ponta Delgada
Açores, Portugal

O Impacto da Contratualização no Sistema Nacional de Saúde

Maria Dulce Costa Rocha



DM