



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém



Filipe André Teodoro Esteves Mateus

# **O DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO E O RISCO FINANCEIRO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

O Caso dos Hospitais e das Unidades Locais de Saúde EPE

Dissertação de natureza científica na área de Gestão e Saúde, na especialidade de Gestão de Unidades de Saúde, apresentada ao Instituto Politécnico de Santarém para obtenção do grau de Mestre

Orientação Científica: Professor Doutor Sérgio Rosa

Santarém, 2021

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Sérgio Rosa quero expressar a minha gratidão pela inteira disponibilidade, elevado interesse e apoio, essenciais na realização de um trabalho desta natureza;

A todos os meus colegas e amigos que, através das suas sugestões, dúvidas e críticas, me ajudaram a tornar mais completo e claro o conteúdo deste estudo;

À minha esposa Susana e filhas Carolina e Catarina pelo carinho, amizade, dedicação, presença incondicional e pela forma como sempre me apoiaram e entusiasmaram a ultrapassar as dificuldades;

Aos meus pais e irmã, pelo carinho, incentivo e pela forma como sempre me apoiaram.

Um reconhecimento especial à Paula Silva e Mário Pedro pela troca de experiências, pela disponibilidade e pelo constante incentivo nos momentos de dificuldade.

## RESUMO

A gestão financeira das Entidades Públicas Empresariais (EPE) da área da saúde têm sido uma temática que tem ganho cada vez mais importância na atualidade. Sucessivamente, nos diversos canais de comunicação, radiofónicos, televisivos e digitais e nos variadíssimos painéis de comentadores ligados à saúde é possível ouvir notícias do subfinanciamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Com a criação do SNS, Portugal tem introduzido ao longo dos anos algumas reformas no sistema nacional de saúde. A contratualização e o subsequente financiamento são uma das reformas introduzidas durante o processo de empresarialização das entidades hospitalares, possibilitando uma afetação dos recursos mais orientada para o mercado, através da separação dos agentes financiador-prestador e da maior responsabilização das estruturas através do assumir dos compromissos plasmados nos contratos-programa das EPE.

Assim esta investigação estuda o desempenho económico – financeiro, o risco financeiro e analisa a execução dos contratos-programa referentes a cada categoria das EPE do SNS e as relações entre estes.

Os principais resultados permitem concluir que o grau de execução dos contratos-programa não é influenciado pelas categorias das EPE, e que o desempenho económico-financeiro é influenciado pelas categorias das EPE. Por outro lado, o risco financeiro é influenciado pelas categorias EPE em 3 anos do período de estudo. O prazo médio de pagamentos não é influenciado pelas categorias das EPE. Existe, contudo, uma associação positiva entre o desempenho-financeiro e o grau de execução dos contrato-programa em alguns anos de estudo e uma associação negativa entre o desempenho económico financeiro e o risco financeiro, bem como uma associação positiva entre o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro.

**Palavras-chave:** contratualização; financiamento, desempenho económico-financeiro, risco financeiro, prazo médio de pagamentos

## ABSTRACT

The financial management of Public Business Entities (EPE) in the health area has been a topic that has gained increasing importance today. Subsequently, in the various communication channels, radio, television and digital and in the various panels of commentators linked to health, it is possible to hear news about the underfunding of the National Health Service (SNS).

With the creation of the SNS, Portugal has introduced over the years some reforms in the national health system. Contracting and subsequent financing are one of the reforms introduced during the process of corporateization of hospital entities, enabling a more market-oriented allocation of resources, through the separation of the financing-provider agents and greater accountability of the structures through the assumption of commitments enshrined in the EPE program contracts.

Thus, this investigation studies the economic-financial performance, the financial risk and analyzes the execution of the program contracts referring to each category of SNS EPE and the relationships between them.

The main results allow us to conclude that the degree of execution of the program contracts is not influenced by the EPE categories, and that the economic and financial performance is influenced by the EPE categories. On the other hand, the financial risk is influenced by the EPE categories in 3 years of the study period. The average payment term is not influenced by the EPE categories. There is, however, a positive association between financial performance and the degree of execution of the program contracts in some years of study and a negative association between economic-financial performance and financial risk, as well as a positive association between the average term of payments and financial risk.

**Keywords:** contractualization; financing, economic and financial performance, financial risk, average payment term.

# ÍNDICE GERAL

<b>1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>O Estado da Arte.....</b>	<b>5</b>
2.1	<i>Caraterização das EPE.....</i>	5
2.2	<i>Financiamento das EPE.....</i>	7
2.3	<i>Contratualização dos Contratos-Programa.....</i>	11
2.4	<i>Composição do SNS.....</i>	17
2.5	<i>O Desempenho Económico-Financeiro das EPE.....</i>	19
2.6	<i>O Risco Financeiro das EPE.....</i>	22
<b>3</b>	<b>Modelo Proposto e Hipóteses de Estudo .....</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>Metodologia .....</b>	<b>27</b>
4.1	<i>Tipo de Abordagem.....</i>	27
4.2	<i>Definição das Variáveis .....</i>	27
4.3	<i>A construção de indicadores .....</i>	29
4.3.1	<i>Indicador de Desempenho Económico-Financeiro.....</i>	29
4.3.2	<i>Indicador de Grau de Execução dos Contratos-Programa.....</i>	33
4.3.3	<i>Indicador de Risco Financeiro.....</i>	34
4.3.4	<i>Indicador do Prazo Médio de Pagamento .....</i>	36
4.4	<i>Pressupostos da Análise .....</i>	36
<b>5</b>	<b>Apresentação de Resultados.....</b>	<b>38</b>
5.1	<i>Análise às variáveis que compõem o IDEF .....</i>	38
5.2	<i>Análise ao IDEF.....</i>	39
5.3	<i>Análise ao IGE.....</i>	40
5.4	<i>Análise ao IRF.....</i>	41
5.5	<i>Análise ao IPMP .....</i>	42
5.6	<i>Análise e Resultados das Hipóteses do Estudo.....</i>	46
<b>6</b>	<b>Principais Conclusões, Limitações e Sugestões de Investigação Futura .....</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>71</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fórmula de apuramento do financiamento efetivo .....	11
Tabela 2 - Tipo de EPE que integram o SNS .....	18
Tabela 3 - Distribuição da EPE por Região de Saúde .....	18
Tabela 4 - Evolução do valor anual afeto à contratualização com as EPE-SNS por região de saúde (Unidade: M€).....	19
Tabela 5 - Evolução do valor anual afeto à contratualização por ULS (Unidade: M€).....	19
Tabela 6 - Despesa do Estado em Saúde (Un: M€).....	19
Tabela 7 - Fluxos Financeiros para o SNS e Evolução da Dívida (unidade: M€) .....	20
Tabela 8 - Prós e Contras no uso dos indicadores compostos .....	28
Tabela 9 - Subindicadores e respetivas fórmulas .....	31
Tabela 10 – Escala definida para o IGE .....	34
Tabela 11 - Estrutura de metodologia do IRF .....	36
Tabela 12 - EPE pertencentes à categoria B.....	37
Tabela 13 – IDEF das EPE por categorias 2013-2018 .....	43
Tabela 14 – IGE das EPE por categorias 2013-2018.....	44
Tabela 15 - IRF das EPE por categoria 2013-2018 .....	45
Tabela 16 - IPMP nas EPE por categoria 2013-2018 .....	46
Tabela 17 -Teste de Kruskal-Wallis para avaliar se a categoria do contrato-programa influencia o grau de execução .....	48
Tabela 18- Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o desempenho económico-financeiro segue uma distribuição normal .....	51
Tabela 19 – Resultados do Teste de Levene - IDEF.....	52
Tabela 20 – Resultados do teste ANOVA - IDEF .....	52
Tabela 21 – Resultados do teste de Bonferroni para o desempenho económico-financeiro por categoria (nível de significância).....	53
Tabela 22 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o risco financeiro segue uma distribuição normal.....	54
Tabela 23 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para o risco financeiro, por categoria e por ano .....	55
Tabela 24 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o prazo médio de pagamentos segue uma distribuição normal .....	59
Tabela 25 – Teste de Levene .....	60
Tabela 26 – Resultados do teste F e teste de Welch/ One way ANOVA para o prazo médio de pagamento .....	60
Tabela 27- Resultados do teste de Bonferroni para o prazo médio de pagamentos por categoria (nível de significância).....	61
Tabela 28 – Prazo médio de pagamentos (em dias), por categoria.....	62
Tabela 29- Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contrato-programa seguem uma distribuição normal.....	63

Tabela 30 – Associação entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contrato-programa (coeficiente de correlação de Spearman) .....	63
Tabela 31 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o desempenho económico-financeiro e o risco financeiro seguem uma distribuição normal.....	65
Tabela 32 – Associação entre o desempenho-financeiro e o risco financeiro (coeficiente de correlação de Spearman).....	65
Tabela 33 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro seguem uma distribuição normal .....	66
Tabela 34 – Associação entre o Prazo Médio de Pagamentos e o Risco Financeiro (coeficientes de correlação de Spearman).....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Âmbito financeiro do contrato-programa .....	16
Figura 2 - Modelo conceptual.....	24
Figura 3 – Evolução média do IDEF dos Hospitais e ULS por categoria .....	40
Figura 4 – Evolução média do IGE dos Hospitais e ULS por categoria.....	41
Figura 5- Evolução média do IRF dos Hospitais e ULS por categoria.....	41
Figura 6 – Evolução média do indicador PMP dos Hospitais e ULS por categoria .....	42
Figura 7– Caixa de bigodes do grau de execução dos contratos-programa do ano de 2018 e por categoria .....	48
Figura 8 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn para o grau de execução dos contrato-programa do ano de 2018 e por categoria .....	49
Figura 9 - Caixa de bigodes do risco financeiro do ano de 2013 e por categoria .....	55
Figura 10 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn do risco financeiro do ano de 2013 e por categoria.....	56
Figura 11 - Caixa de bigodes do risco financeiro do ano de 2016 e por categoria.....	56
Figura 12 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn do risco financeiro do ano de 2016 e por categoria.....	57
Figura 13 - Caixa de bigodes do risco financeiro do ano de 2017 e por categoria .....	57
Figura 14 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn do risco financeiro do ano de 2017 e por categoria.....	58
Figura 15 – Evolução dos valores médios do IDEF e do IGE.....	64
Figura 16 - Evolução dos valores médios do IDEF e do IRF .....	66
Figura 17 - Evolução dos valores médios do IPMP e do IRF.....	67

## ÍNDICE DE EQUAÇÕES

Equação 1 – Homogeneização das variáveis.....	33
Equação 2 – Formula do indicador IDEF por ano.....	33
Equação 3 – Desvio dos valores realizados em relação aos contratualizados.....	33
Equação 4 – Fórmula do IGE por ano.....	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP  
ARSA – Administração Regional do Alentejo, IP  
ARSAL – Administração Regional do Algarve, IP  
ARSC – Administração Regional do Centro, IP  
ARSLVT – Administração Regional de Lisboa e Vale de Tejo, IP  
ARSN – Administração Regional do Norte  
CA- Conselho de Administração  
CH – Centro Hospitalar  
CMVMC – Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas  
CN – Circular Normativa  
DL – Decreto-Lei  
DP – Desvio Padrão  
EBITDA – Resultados antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
FSE – Fornecimentos e Serviços Externos  
GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos  
GP – Gastos com Pessoal  
IDEF- Indicador de Desempenho Económico-Financeiro  
IGE – Indicador do Grau de Execução dos Contratos-Programa  
IRF – Indicador de Risco Financeiro  
IPMP – Indicador Prazo Médio de Pagamento  
OPSS – Observatório Permanente dos Sistemas de Saúde  
PMP – Prazo Médio de Pagamentos  
RCM – Resolução do Conselho de Ministros  
RF – Risco Financeiro  
SA – Sociedade Anónima  
SEE – Setor Empresarial do Estado  
SNC-AP – Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SPA – Setor Público Administrativo  
TC – Tribunal de Contas  
ULS – Unidades Locais de Saúd

# 1 INTRODUÇÃO

A despesa em saúde tem sido uma temática que tem ganho uma maior relevância no nosso cotidiano.

Para Diniz (2013) o acelerado ritmo de crescimento das despesas em saúde tem assumido uma importância na nossa sociedade. A procura de equidade no acesso aos cuidados de saúde primários e hospitalares, levaram os vários governos a tomarem decisões ao nível da política da saúde tentando ir ao encontro da eficiência dos serviços e de efetividade de resultados.

Para o Observatório Permanente dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2018), os hospitais são percecionados muitas vezes (e indevidamente) como a solução mais imediata em caso de problema.

A contratualização, enquanto instrumento de apoio ao financiamento nas EPE, assume uma importância cada vez maior e a sua medição em termos de eficiência e eficácia representa um grande desafio para o SNS e subsequentemente para as contas públicas do país.

O financiamento dos hospitais públicos que integram o SNS compreende um orçamento de Estado e receitas provenientes da faturação a terceiros (Oliveira, 2014).

Existe uma tendência clara e progressiva para a transição de modelos de financiamento de cariz retrospectivo, baseados no reembolso, para modelos de cariz prospetivo, em que definem antecipadamente preços, tipo e volume de serviços prestados (Campos & Simões, 2011).

O modelo de pagamento prospetivo tem implícito um contrato-programa, que consiste num documento que resulta de um processo de negociação entre a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) (pagador), os departamentos de contratualização de cada Administração Regional de Saúde (ARS) (negociador) e cada unidade hospitalar (prestador) (Costa, Santana & Boto, 2008).

A luta pela eficiência na gestão dos hospitais não seria possível sem uma forte concentração de unidades transformando-as em entidades públicas empresariais para ganhos de responsabilização e autonomia gestonárias (Campos, 2008).

O Decreto-Lei (DL) n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, estabelece como um dos objetivos melhorar a governação do SNS, tendo em conta obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis, ou seja, aumentar a eficiência do SNS, tendo em vista a melhoria dos instrumentos de governação do SNS, através de medidas como: o reforço da capacidade do SNS através da alocação dos recursos humanos, técnicos e financeiros adequados; o aperfeiçoamento do atual modelo de contratualização dos serviços, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, inseridos nos contratos de gestão; o reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores do SNS e das unidades prestadoras de serviços; a clarificação das funções de acionista, financiador, regulador e prestador dentro do SNS, terminando com as ambiguidades derivadas de sobreposições de várias funções.

Contudo, segundo o OPSS (2018), a dissonância tendencialmente crescente entre os ciclos de tesouraria e os ciclos económicos das unidades prestadoras de cuidados de saúde de natureza EPE, pertencentes ao SNS português, provoca um diferencial que gera falta de liquidez e um aumento de stock de dívida a fornecedores de bens e serviços essenciais para garantir a prestação de cuidados de saúde às populações. O OPSS (2018) refere que o ciclo de geração de deficits de exploração e consequentemente de criação de stock de dívida é um problema estrutural e histórico do SNS português.

Em face do relatado anteriormente, este estudo procura responder a questões tais como:

- ✓ Será possível conhecer o desempenho económico-financeiro das entidades públicas empresariais do setor da saúde?
- ✓ Haverá alguma ligação entre os contratos-programa e o desempenho económico-financeiro das entidades públicas empresariais do setor da saúde?
- ✓ Será possível aferir o risco financeiro das entidades públicas empresariais do setor da saúde?

Assim, esta investigação procura:

- ✓ Estudar a relação entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contratos-programa das EPE na área da saúde;
- ✓ Analisar a relação entre o desempenho económico-financeiro e o risco financeiro das EPE na área da saúde;
- ✓ Investigar a relação entre o risco financeiro e o Prazo Médio de Pagamentos da Resolução do Conselho de Ministros RCM n.º 34/2008 de 22 de fevereiro das EPE na área da saúde;
- ✓ Analisar se a categoria das EPE, quanto ao contrato programa, influencia os seus níveis de desempenho económico-financeiro, o seu risco financeiro e o grau de execução dos contratos-programa.

Foram encontrados poucos estudos relacionados com o desempenho económico-financeiro e com o risco financeiro das entidades públicas empresariais em relação ao setor da saúde relacionados com SNS.

Este trabalho está dividido em 7 capítulos, incluindo a introdução e as referências bibliográficas. O segundo capítulo, intitulado estado da arte, encontra-se subdividido em 6 partes. Numa primeira é abordado a caracterização das EPE; a segunda o financiamento das EPE; a terceira a contratualização dos contratos-programa; a quarta a composição do SNS; a quinta o desempenho económico-financeiro das EPE; por fim, a sexta é abordada o risco financeiro das EPE.

O terceiro capítulo apresenta o modelo proposto e as hipóteses de estudo de investigação.

O quarto capítulo intitulado metodologia especifica o tipo de abordagem, a definição das variáveis, a construção dos indicadores, designadamente, de desempenho económico-financeiro; do grau de execução do contrato-programa; do risco financeiro e do prazo médio de pagamento e por fim refere-se os pressupostos de análise do estudo.

O quinto capítulo apresenta os resultados relacionados com os indicadores propostos no presente estudo nas várias categorias das EPE. Especifica os testes estatísticos desenvolvidos para responder às questões apresentadas.

No sexto capítulo efetua-se uma síntese conclusiva, apresentando algumas limitações do estudo e deixando algumas recomendações para eventuais estudos futuros.

O sétimo capítulo corresponde às referências bibliográficas elencadas no presente trabalho.

## **2 O ESTADO DA ARTE**

O presente trabalho inicia-se por uma abordagem geral do estado da arte, no que tange à caracterização das EPE e as suas transformações ocorridas ao antes e durante o período de estudo. Destaca-se igualmente o financiamento da EPE conjugado com a contratualização dos contratos-programa, fazendo-se referência às EPE no perímetro do SNS.

### **2.1 Caracterização das EPE**

Com a introdução da Lei n.º 27/2002, 8 de novembro, no seu artigo 2º, previu-se quatro tipos diferentes de natureza jurídica para os hospitais:

- ✓ Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira com ou sem autonomia patrimonial;
- ✓ Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e natureza empresarial;
- ✓ Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- ✓ Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos.

Contudo a mudança para este regime, designadamente dos Hospitais Sociedade Anónima (SA) provocou perturbação, que para o OPSS (2009) prendeu-se com estratégias de descongelamento do sistema, de desorçamentação e contribuição formal para a diminuição do défice das finanças públicas. O Tribunal de Contas (TC) (2004) no seu relatório refere que essa mesma evidência, aludindo que a exclusão do regime orçamental destas entidades enquadra-se na temática dos potenciais fenómenos de desorçamentação cujas consequências mais imediatas se materializam nos montantes reais do défice orçamental das contas públicas.

Em 2005, por via da Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 85/2005, de 27 de abril, o Governo procedeu à criação de uma comissão com vista à avaliação dos hospitais que foram transformados em sociedades anónimas, tendo esta comissão constatado ligeiras melhorias em algumas atividades hospitalares, mas noutras o seu efeito foi quase inexistente ou nulo.

O TC (2006) procedeu à realização de uma auditoria ao modelo de Gestão dos Hospitais do Setor Empresarial do Estado (SEE), com incidência nos Hospitais SA, tendo concluído

que alguns resultados não diferem entre os Hospitais SA e os Hospitais do Setor Administrativo (SPA). Refere inclusive que a situação económico-financeira se manteve igualmente deficitária.

Através do DL n.º 93/2005, de 7 de junho, procedeu à transformação dos Hospitais SA em EPE. Esta mudança coloca as entidades sujeitas a um regime mais preciso a nível das orientações estratégicas a exercer pela tutela setorial (Ministério da Saúde) e pela tutela financeira (Ministério das Finanças) quer ao nível operacional quer ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento.

Em 2007, continua o alargamento dos hospitais ao estatuto das EPE, em que este é o que melhor se adequa à gestão dos hospitais por partilhar autonomia de gestão com sujeição a tutela governamental.

Para o OPSS (2009) assiste-se a um reforço de experiências de centros hospitalares, numa redefinição da rede hospitalar e de aposta na melhoria de eficiência com base em economias de escala, e de unidades locais de saúde, experiência que procura estimular sinergias e capturar ganhos de produtividade e eficiência decorrentes da integração vertical e horizontal entre cuidados de saúde primários e hospitalares.

Uma das intenções da implementação da gestão empresarial foi garantir menor desperdício de recursos. Os hospitais passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos para uma cultura de performance baseada na otimização da gestão (Moreira, 2011).

De acordo com o artigo 18.º do DL n.º 18/2017, de 10 de fevereiro<sup>1</sup>, as EPE do SNS são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Tal como infere Viana e Centeno (2019), estas EPE tem um regime jurídico especial por força do presente diploma legislativo, e subsidiariamente pelo regime jurídico do setor público empresarial, designadamente o artigo 70.º do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial e de acordo com o n.º 3 do artigo 18.º do DL n.º 18/2017.

---

<sup>1</sup> O DL n.º 18/2017 revogou o DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro alterado e republicado pelo DL n.º 12/2015, de 26 de janeiro, alterado pelo DL n.º 183/2015, de 31 de agosto, com exceção dos números 1 e 2 do artigo 1.º.

Assim, pertencem ao grupo das EPE do SNS, os Hospitais, os Centros Hospitalares, Institutos Portugueses de Oncologia, Hospitais Psiquiátricos (estas 4 entidades doravante designadas por Hospitais) e as Unidades Locais de Saúde (ULS).

No decurso do exercício orçamental de 2015, as EPE integradas no SNS foram reclassificadas no perímetro das Administração Públicas, ficando sujeitas ao Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas (SNC-AP) e, conseqüentemente, vinculadas a adotar o SNC-AP, a partir de 1 de janeiro de 2018.

## **2.2 Financiamento das EPE**

No final dos anos setenta do século XX, o financiamento dos hospitais públicos portugueses tinha por base a atribuição de subsídios de exploração (dotações) com base na análise das contas do ano anterior e nos acréscimos de verbas governamentais transferidas pelo Orçamento de Estado ao SNS (Barros & Gomes, 2002).

A partir dessa data urge a preocupação de conter e controlar os gastos públicos em saúde, levando ao aparecimento e introdução das taxas moderadoras, por via da inclusão de legislação aprovada à data para fazer face aos gastos existentes. O financiamento aos hospitais passou a estar associado parcialmente à produção final.

Barros (1999) refere que a partir de 1987 dá-se início à implementação de um modelo prospetivo de pagamento aos hospitais. Este modelo consiste num pagamento fixo para um determinado tipo de diagnóstico que é independente dos custos realmente tidos com o caso.

Em termos de financiamento, o SNS é predominantemente financiado pela arrecadação de impostos oriundos dos contribuintes, todavia, os copagamentos, designados em algumas circunstâncias por taxas moderadoras, têm vindo, nos últimos anos a ter uma diminuição fruto das isenções decretadas sucessivamente pela tutela, sendo considerados embora sem peso significativo para o financiamento da saúde.

Contudo o modelo de financiamento estabelecidos nos anos de 2003 e 2004 era potenciador de uma menor eficácia, uma vez que financia a produção não realizada para suportar parte dos custos fixos dessas linhas de produção e uma menor eficiência, concretizada na atribuição de valores de convergência para compensar o desvio entre

custos unitários mais elevados atingidos pela entidade hospitalar e os custos médios das entidades hospitalares do mesmo grupo (TC, 2006). A partir de 2006, o modelo foi alterado, introduzindo-se uma componente variável no valor de convergência em função do cumprimento dos indicadores de desempenho.

Em 2004, já tinham sido implementadas as taxas moderadoras no acesso às consultas, meios complementares de diagnóstico e intervenções cirúrgicas, restringindo o acesso à procura desnecessária e excessiva do hospital, através da introdução do conceito de utilizador-pagador<sup>2</sup> (Moreira, 2011) e por outro lado constitui receita das próprias entidades hospitalares.

O modelo de financiamento tem-se desenvolvido, tendencialmente, no sentido do pagamento do ato/episódio, com base nas linhas de produção (v.g. consultas externas, urgências, internamento, hospital de dia e outros), com limites definidos para a produção a realizar (OPSS, 2009).

Para Rego (2011), a problemática do financiamento dos cuidados de saúde e as preocupações com o incremento das despesas, no setor da saúde, levou entre outras, à introdução dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)<sup>3</sup> como base da distribuição de recursos financeiros nos hospitais.

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

Assim os episódios de internamento são classificados em GDH. De acordo com a Circular Normativa (CN) n.º 16/2016, da ACSS, de 1 de julho, a produção medida é ajustada por um índice *case-mix*<sup>4</sup> contratada resultante da produção cirúrgica e da produção médica atualizado à atividade realizada num determinado ano.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> O conceito do utilizador-pagador consiste no paradigma de que os beneficiários dos serviços públicos sempre que possível devem suportar os custos.

<sup>3</sup> Classificação dos episódios agudos de doença tratados em internamento definidos em termos de uma ou mais das seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente e destino após alta (TC, 2018a).

<sup>4</sup> Coeficiente global de ponderação dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e consequentemente mais consumidoras de recurso (TC, 2018 a e ACSS, CN n.º 16/2016)

<sup>5</sup> Neste caso o ano de referência é o ano de 2013.

O preço do GDH compreende todos os serviços prestados em regime de internamento, quer em enfermaria, quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria. Estipula a mesma circular da ACSS que a cada episódio só pode corresponder um GDH, desde a data de admissão até à data de alta, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado.

Rego (2011) refere que nos finais dos noventa do século XX começou-se a assistir a um modelo de financiamento público conjugado com um sistema de contratos estabelecidos entre as entidades responsáveis pela prestação e pelo pagamento de cuidados de saúde.

Para Escoval, Santos e Barbosa (2016) desde a década de noventa do século XX que se iniciou o desenvolvimento da contratualização, enquanto importante instrumento de apoio ao financiamento numa perspetiva de maior equidade e garantia de acesso aos cidadãos. A conceção do modelo de financiamento do SNS é da responsabilidade da ACSS, no qual é definida a distribuição dos recursos financeiros por cada região de saúde, com base nas características da população e de acordo com um modelo de capitação ajustada (introduzido em 2012), sob a responsabilidade de cada Administração Regional de Saúde (ARS).

Em média, o SNS é responsável por cerca de 80% das receitas anuais das EPE. A restante base de receitas é assegurada pelos subsistemas da saúde, empresas seguradoras e privados (Moreira, 2011).

Por sua vez, o artigo 25º do DL n.º 18/2017, refere que o financiamento, no que concerne ao pagamento de atos e serviços das EPE integradas no SNS, é feito através de contratos-programa plurianuais a celebrar com a ACSS e a ARS. Estes contratos-programa são celebrados entre estas 3 entidades: o prestador de cuidados de saúde (EPE do SNS); a entidade compradora de cuidados de saúde (ARS territorialmente competente) e a entidade financiadora dos cuidados de saúde (ACSS).

Nestes contratos-programa deve ficar estabelecido:

- ✓ A atividade contratada;
- ✓ Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas, bem como a respetiva calendarização;

- ✓ Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- ✓ Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos aros clínicos.

A celebração dos contratos-programa é precedida de autorização dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, tornando-se eficazes com a sua assinatura (n.º 5 do artigo 25.º do DL n.º 18/2017).

Compete à ACSS propor o modelo de acompanhamento do contrato-programa e dos instrumentos de monitorização, acompanhamento e avaliação do desempenho assistencial, os quais são aprovados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde (artigo 26.º do DL n.º 18/2017).

Segundo o TC (2018 b), as EPE do setor da saúde do SEE são financiadas pelo Orçamento de Estado através do contrato-programa, que remuneram anualmente os cuidados de saúde prestados aos utentes e que estabelecem indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes com impacto no financiamento.

O contrato-programa é financiado pelo Orçamento do SNS, sendo que as modalidades de pagamento são diferenciadas, consoante se trate de Hospitais ou ULS (Viana & Centeno, 2019)

Assim, os Hospitais são financiados em função das prestações de saúde produzidas, no quadro da produção contratada que faz parte do Anexo ao contrato-programa, que é revisto anualmente, onde existem componentes aditivas e subtrativas.

Nas ULS, a contrapartida financeira pela prestação dos cuidados de saúde primários e secundários é calculada de acordo com um valor *per capita* por utente residente. A este valor ocorrem deduções na eventualidade de incumprimento de objetivos de qualidade e sustentabilidade, penalidades por incumprimento de prazos de reporte de informação, de metas, registos e regras.

Viana e Centeno (2019) referem que o apuramento do financiamento decorre da seguinte soma algébrica, conforme Tabela 1:

**Tabela 1 - Fórmula de apuramento do financiamento efetivo**

Produção efetuada no âmbito da doença aguda ou crónica e valorizada de acordo com as regras em vigor	(+)
Produção efetuada a utentes em programas de saúde específicos	(+)
Pagamento por utente em tratamento no âmbito de patologias específicas	(+)
Incentivos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e sustentabilidade	(+)
Penalidades por incumprimentos	(-)
Componentes variáveis	(+) / (-)
<b>Financiamento efetivo (€)</b>	<b>(x)</b>

Fonte: Viana e Centeno (2019)

O contrato-programa visa estabelecer a atividade hospitalar a realizar, os objetivos e os resultados a alcançar, em contrapartida do montante máximo previsível com o qual o Estado está disposto a financiar essa produção, e dos incentivos institucionais a atribuir em função da melhoria da qualidade e da eficiência atingida por cada uma das unidades hospitalares (TC, 2018b).

Para a Inspeção Geral de Finanças (2016), o modelo de financiamento assenta na celebração de um contrato-programa e acordos modificativos com o Ministério da Saúde, nos quais são definidos os valores a receber pelas EPE do SNS como contrapartida financeira pelos resultados obtidos na produção contratada, prestação de serviços e incentivos institucionais. Estes incentivos são pagos em função do cumprimento de determinados objetivos de qualidade e eficiência económico-financeira. O financiamento é ainda complementado por um pagamento correspondente à atividade assistencial prestada no âmbito de programas verticais específicos, cujo valor depende do cumprimento de regras detalhadas em cada contrato-programa/acordo modificativo, como sejam ajudas técnicas, assistência médica no estrangeiro, incentivos aos transplantes, entre outros.

### **2.3 Contratualização dos Contratos-Programa**

A contratualização é referida como um processo que conjuga uma série de procedimentos associados à gestão descentralizada, sendo considerado como um meio de gestão que diferencia as responsabilidades entre as partes e que possibilita alcançar os resultados estipulados (Escoval et al, 2007).

A contratualização de serviços de saúde surgiu como um meio de melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de cuidados de saúde

Em 2006 foram uniformizadas e publicadas as cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as EPE integradas no SEE para pagamentos de atos e atividades (OPSS, 2009).

Com a contratualização pretendia-se que a gestão de recursos passasse para uma gestão baseada em resultados com uma responsabilidade acrescida, com o objetivo de garantir o acesso com qualidade das populações aos cuidados de saúde que deles necessitam e combater o desempenho deficitário (Diniz, 2013).

Para Viana e Centeno (2019) é através do processo de contratualização de cuidados de saúde que ocorre um encontro entre as necessidades de saúde e o respetivo financiamento, pois a sua satisfação implica o consumo de recursos escassos, quer humanos, quer materiais, com elevado custo.

A contratualização tem por base o relacionamento entre financiadores, compradores e prestadores, assente numa filosofia contratual na qual são estabelecidos os resultados em saúde esperados para os níveis de financiamento disponibilizados (Escoval, Santos & Barbosa, 2016)

Para Viana e Centeno (2019), o contrato programa celebrado com as EPE do SNS é o mecanismo que institucionaliza os direitos e obrigações entre as partes contratantes.

Os contratos-programa vigoram desde 2007, com as necessárias adaptações, permitindo reforçar o peso das medidas na qualidade de acesso, a evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e a responsabilização das entidades hospitalares pelos gastos gerados (ACSS, 2014).

O contrato-programa abrange um triénio e é atualizado anualmente por um acordo modificativo ao contrato-programa, através do qual se explicita os resultados a alcançar em cada instituição do SNS, no que respeita à produção e remuneração contratada, à sustentabilidade económico-financeira, aos objetivos de acesso, ao desempenho assistencial e eficiência, aos incentivos, penalidades, programas específicos, aos pagamentos, aos adiantamento e eventuais deduções (v.g. adiantamento por dívidas).

O contrato-programa abrange dois modelos: um para os hospitais, centros hospitalares, institutos de oncologia e hospitais psiquiátricos e outro para as ULS.

Para Escoval et al. (2016) através da assinatura do contrato-programa são definidos objetivos institucionais a atingir, que refletem metas de produção, de desempenho e de qualidade, tendo como contrapartida um determinado nível de financiamento e pressupondo assegurada autonomia e responsabilização das partes tendo por base um sistema de incentivos institucionais.

O processo de contratualização das EPE compreende três fases:

- ✓ Planeamento e avaliação das necessidades em saúde;
- ✓ Contratualização propriamente dita, que abrange a negociação e a celebração do contrato-programa em que o objetivo é ajustar as propostas de produção às necessidades em saúde da população, acordando níveis de produção que assegurem os princípios de equidade, efetividade e eficiência do sistema e, bem assim, da sua sustentabilidade económico-financeira;
- ✓ Acompanhamento da execução do contrato-programa e avaliação do desempenho dos objetivos contratualizados, por forma a promover medidas corretivas ou potenciar resultados.

Por sua vez, a ACSS (2014) refere que o processo de contratualização implica uma atitude de responsabilização e comprometimento com os resultados a alcançar pelas entidades hospitalares, em função dos recursos disponíveis e das necessidades em saúde da população contemplando três elementos essenciais:

- ✓ Contratação de atividade assistencial, que permite a contratar o volume e o pacote de serviços de acordo com as necessidades da população;
- ✓ Modalidade de pagamentos, permitem sinalizar os incentivos para os prestadores, alinhar os incentivos com o processo global de prestação de cuidados, alavancando a obtenção de melhores níveis de desempenho assistencial e económico-financeiro;
- ✓ Avaliação de desempenho, por via de indicadores de processo, *outputs* e resultados, que permitam medir o desempenho das instituições em áreas estratégicas e prioritárias a nível nacional.

O modelo de contratualização para os cuidados hospitalares engloba uma vertente orientada para o desempenho, pelo que as EPE do SNS contratualizam metas de indicadores de acesso (Domingues, 2018).

Para Viana e Centeno (2019), as cláusulas gerais do contrato programa atualmente em vigor sustentam-se nos seguintes princípios gerais:

- ✓ Promoção do acesso, melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados, satisfação dos utentes e obtenção em ganhos de saúde;
- ✓ Gestão transparente, racional e eficiente dos recursos disponíveis, visando a sustentabilidade económico-financeira das EPE do SNS;
- ✓ Articulação e gestão partilhada de recursos no SNS entre as entidades pertencentes ao SNS, visando a obtenção de sinergias e o aumento da produtividade global das instituições.

De acordo com os termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS (ACSS, 2018) os contratos-programa não podem dar origem a rendimentos superiores ao valor estabelecido no contrato como contrapartida da produção contratada, ou seja, a remuneração da atividade contratada é limitada ao valor máximo estabelecido em sede de contrato-programa, isto é, o princípio de orçamento global. Este constrangimento de desenvolvimento das linhas de produção pode levar a instituição a afetar recursos em áreas em que podem maximizar o valor do contrato a negociar, podendo as decisões gerar ineficácia e ineficiência, numa perspetiva de oferta (OPSS, 2012).

Por outro lado, é permitido praticar critérios para a faturação de atividade marginal (entre linhas de produção) estando o montante global limitado à valorização global da produção contratada.

Os contratos-programa contemplam objetivos de acesso, desempenho assistencial e eficiência com incentivos associados. Estes incentivos têm por fim compensar o cumprimento de desempenho assistencial e de eficiência em áreas de atividade consideradas prioritárias, sendo definidos objetivos nacionais com uma ponderação de 60% e objetivos regionais com uma ponderação de 40%. Estes incentivos institucionais representam geralmente 5% do valor do contrato-programa.

Existem EPE que são contempladas com uma compensação financeira designada de custos de contexto. Este tipo de apoio configura um apoio financeiro destinado a realizar uma compensação por força de situações extraordinárias que se verifiquem na entidade quando comparadas com a média nacional das entidades inseridas no mesmo grupo de

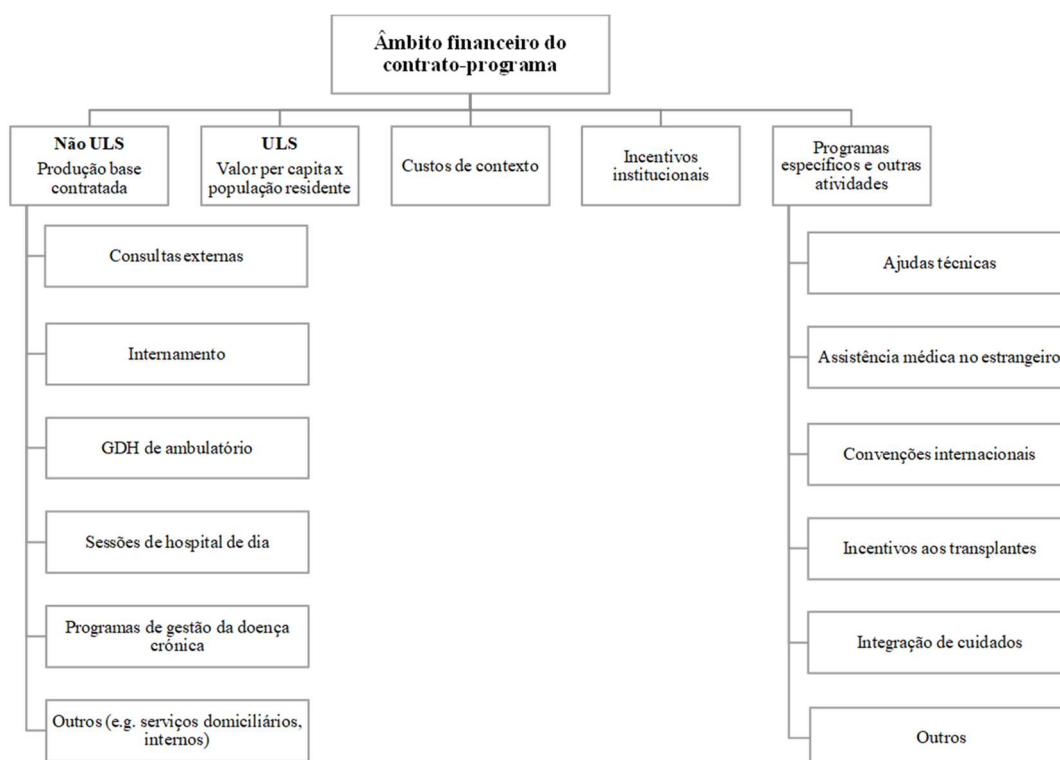
*benchmarking*. Trata-se de um apoio limitado no tempo até que a instituição disponha de uma adequada estrutura de gastos aos preços e volume de produção contratada e/ou eliminação dos custos de contexto. A atribuição do valor relativo aos custos de contexto está dependente de pedido expresso pelo Conselho de Administração da EPE validado pela ARS e acompanhado de um plano de ajustamento viável (ACSS, 2018).

As EPE também estão sujeitas a penalidades até um máximo de 3% do valor do contrato-programa e são aplicadas pelo incumprimento dos objetivos estabelecidos, mormente, na operacionalização; nos programas de promoção e adequação do acesso; nas obrigações de reporte de informação e de gestão; de registo; consulta; partilha de informação e desmaterialização de processos; na cobrança de determinadas receitas e nos desvios nos resultados financeiros.

As prestações de saúde que fazem parte do contrato-programa, à medida que vão sendo realizadas, são objeto de faturação, à entidade financiadora (ACSS). Esta entidade é responsável pela conferência das faturas emitidas ao abrigo do contrato-programa, emitindo circulares normativas específicas, as quais suportam aos procedimentos relacionados com a faturação (Viana & Centeno, 2019), tal como se atesta na Figura 1.

No sentido de agilizar o processo de faturação e de forma a existir um documento contabilístico de contrapartida pelo valor transferido mensalmente para as instituições, a ACCS emitiu a CN n.º 8/2018, de 1 de junho, dando conta que há lugar à apresentação de uma única fatura de produção mensal realizada, havendo lugar a um acerto final após validação final dos ficheiros mensais justificativos decorrentes da produção efetivamente realizada com base nos vários tipos de prestação e cuidados de saúde no âmbito da contratação de volumes de produção (ACSS, 2018).

**Figura 1 - Âmbito financeiro do contrato-programa**



Fonte: Viana e Centeno (2019)

No contrato-programa cada entidade hospitalar pertence um grupo. Esse grupo foi criado pela ACSS de forma a ajudar a determinar os preços que o hospital irá receber pelo SNS. A ACSS (2016) estabeleceu grupos de financiamento que resultaram do teste e avaliação de técnicas estatísticas alternativas, que seguiram as seguintes etapas;

- ✓ Identificação de efeitos com impacto na estrutura de custos dos hospitais: identificação preliminar dos efeitos que condicionam estruturalmente os hospitais;
- ✓ Seleção de variáveis: utilização de 22 combinações de variáveis a partir de análise de sensibilidade para um leque alargado de variáveis disponíveis;
- ✓ Tratamento das análises selecionadas: standardização das variáveis, seguida de análise de componentes principais<sup>6</sup> para eliminação de efeitos de correlação entre variáveis;

<sup>6</sup> A análise de componentes principais é uma técnica estatística de redução de variáveis que traduzem os efeitos considerados, tendo em conta a variância total das variáveis.

- ✓ Criação dos grupos com recurso a *clustering*: construção dos grupos com base em técnica de *clustering* hierárquico<sup>7</sup> com agregação pelo método de *Ward*<sup>8</sup> para as *n* combinações de variáveis testadas, seguida de determinação da solução final com base na configuração mais frequente das combinações testadas.

Os custos unitários por linha de produção dos diferentes hospitais foram corrigidos e normalizados por forma a serem comparáveis e posteriormente determinaram-se os custos unitários de cada grupo nas linhas de atividade de consultas (ACSS, 2016).

A nível da sua contabilização, a ACSS produziu a CN n.º 6/2019 de 21 de março, dando conta das orientações associadas às diversas transações do contrato-programa, designadamente produção contratada, incentivos institucionais e custos de contexto.

## 2.4 Composição do SNS

De acordo com o artigo 1º do DL n.º 11/93 (Estatuto do SNS), de 15 de janeiro o SNS “*é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde*”. Por sua vez, na nova lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, estabelece-se que o SNS é um conjunto de instituições (estabelecimentos e serviços públicos).

Para o caso presente, refere-se que a ACSS (2018b), define quais são as entidades que pertencem ao perímetro do SNS, através das orientações que emana. A 31 de dezembro de 2018, o SNS era composto por 53 entidades, dos quais 40 (75%) pertencem ao Setor Público Empresarial e 13 (25%) ao Setor Público Administrativo<sup>9</sup>.

Importa realçar que existem algumas entidades que não pertencem ao SNS, apesar de integrarem o Ministério da Saúde, como são os casos do INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e da Direção Geral de Saúde (DGS).

---

<sup>7</sup> A técnica de *clustering* hierárquico é um método estatístico exploratório para classificar *n* casos em grupos (clusters) relativamente homogéneos, mas heterogéneos entre si.

<sup>8</sup> O método de *Ward* é o método estatístico que determina a formação de preços pela maximização da homogeneidade dentro desses grupos.

<sup>9</sup> Ver anexo I

No período em análise tem havido uma estabilidade do tipo de estrutura jurídica das entidades prestadoras conforme se pode aferir na Tabela 2 abaixo descrita.

**Tabela 2 - Tipo de EPE que integram o SNS**

Tipo	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Centro Hospitalar	20	20	20	20	20	21
Hospital	7	7	7	7	7	7
Unidade Local de Saúde	8	8	8	8	8	8
Instituto de Oncologia	3	3	3	3	3	3
Hospital Psiquiátrico	1	1	1	1	1	1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>40</b>

Fonte: Elaborado a partir de ACSS

Em 2018, ocorreu a integração do Centro Hospitalar do Oeste (CHO), no universo das empresas públicas prestadores de cuidados de saúde, outrora pertencente ao Setor Público Administrativo. Contudo essa integração desta EPE procedeu-se no 2º semestre, pelo que esta entidade não é alvo de estudo no presente trabalho.

**Tabela 3 - Distribuição da EPE por Região de Saúde**

Tipo	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARSA	ARSAL	Total	Peso
Centro Hospitalar	2	1	3	0	1	7	18%
Hospital	8	5	7	1	0	21	53%
Unidade Local de Saúde	1	1	1	3	0	6	15%
Instituto de Oncologia	3	2	0	0	0	5	13%
Hospital Psiquiátrico	1	0	0	0	0	1	3%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado a partir de ACSS

Como se pode constatar da Tabela 3 mais de metade das EPE são hospitalares, em que a Administração Regional do Norte (ARSN) tem 15 unidades hospitalares, seguida da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) com 11%, ou seja, estas duas ARS representam 65% das unidades hospitalares em estudo.

**Tabela 4 - Evolução do valor anual afeto à contratualização com as EPE-SNS por região de saúde (Unidade: M€)**

Hospitais, Centros Hospitalares e ULS	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Norte	1 178	28%	1 154	29%	1 218	28%	1 250	29%	1 275	29%	1 338	29%
Centro	675	16%	667	17%	722	17%	722	17%	737	17%	768	17%
Lisboa e Vale Tejo	1 416	34%	1 357	34%	1 470	34%	1 460	34%	1 488	34%	1 503	33%
Alentejo	72	2%	69	2%	69	2%	69	2%	71	2%	72	2%
Algarve	172	4%	166	4%	175	4%	181	4%	188	4%	195	4%
<b>Hospitais e Centros Hospitalares [1]</b>	<b>3 513</b>	<b>84%</b>	<b>3 414</b>	<b>85%</b>	<b>3 654</b>	<b>85%</b>	<b>3 682</b>	<b>85%</b>	<b>3 760</b>	<b>85%</b>	<b>3 875</b>	<b>85%</b>
<b>ULS [2]</b>	<b>646</b>	<b>16%</b>	<b>623</b>	<b>15%</b>	<b>646</b>	<b>15%</b>	<b>649</b>	<b>15%</b>	<b>669</b>	<b>15%</b>	<b>694</b>	<b>15%</b>
<b>Total [1]+[2]</b>	<b>4 159</b>	<b>100%</b>	<b>4 037</b>	<b>100%</b>	<b>4 300</b>	<b>100%</b>	<b>4 331</b>	<b>100%</b>	<b>4 429</b>	<b>100%</b>	<b>4 569</b>	<b>100%</b>

Fonte: Viana e Centeno (2019)

**Tabela 5 - Evolução do valor anual afeto à contratualização por ULS (Unidade: M€)**

Desagregação das ULS	Região de Saúde	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
		V	%	V	%	V	%	V	%	V	%	V	%
ULS Alto Minho	Norte	127	20%	123	20%	124	19%	124	19%	130	19%	134	19%
ULS Matosinhos	Norte	95	15%	91	15%	98	15%	98	15%	103	15%	108	16%
ULS Nordeste	Norte	77	12%	74	12%	80	12%	80	12%	81	12%	85	12%
ULS Castelo Branco	Centro	64	10%	62	10%	62	10%	62	10%	63	9%	66	9%
ULS Guarda	Centro	79	12%	76	12%	82	13%	82	13%	85	13%	89	13%
ULS Baixo Alentejo	Alentejo	76	12%	73	12%	76	12%	77	12%	79	12%	81	12%
ULS Litoral Alentejano	Alentejo	52	8%	50	8%	50	8%	50	8%	51	8%	52	8%
ULS Norte Alentejano	Alentejo	76	12%	74	12%	74	11%	76	12%	77	11%	80	11%
<b>Total</b>		<b>646</b>	<b>100%</b>	<b>623</b>	<b>100%</b>	<b>646</b>	<b>100%</b>	<b>649</b>	<b>100%</b>	<b>669</b>	<b>100%</b>	<b>694</b>	<b>100%</b>

Fonte: Viana e Centeno (2019)

De acordo com as Tabelas 4 e 5, as oito ULS situam-se em três regiões, com exceção da região Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. A região Norte representa 47% dos montantes alocados à contratualização. Os montantes alocados à contratualização, a exceção do ano de 2014, tem vindo a crescer ano após ano.

## 2.5 O Desempenho Económico-Financeiro das EPE

Ao longo do tempo, o Estado tem despendido valores consideráveis em saúde, a saber:

**Tabela 6 - Despesa do Estado em Saúde (Un: M€)**

Anos	Montante
2010	9 776,5
2011	9 171,7
2012	10 403,5
2013	8 588,8
2014	8 332,1
2015	8 518,4
2016	8 811,5
2017	8 757,7
2018	8 897,8

Fonte: Pordata (2020)

Segundo a Tabela 6, desde 2014, que a despesa do Estado em saúde tem sido sistematicamente crescente até 2018.

A situação dos hospitais EPE tem vindo nos últimos anos a deteriorar-se, agravando défices e o nível de endividamento. Estas constatações ainda se mantêm presentemente (OPSS, 2012).

Segundo a Tabela 7, os fluxos financeiros para o SNS por via do Orçamento de Estado de 2010 a 2017 ascenderam a 68,3 mil milhões de euros, e os montantes a pagar a fornecedores e credores ascenderam a 21,6 mil milhões de euros.

**Tabela 7 - Fluxos Financeiros para o SNS e Evolução da Dívida (unidade: M€)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totais
Transferência de OE e reforços de capital	9 092	8 102	9 694	7 930	8 721	7 927	8 179	8 628	<b>68 273</b>
Dívida a fornecedores e credores	3 300	3 615	2 729	2 487	1 930	2 258	2 382	2 926	<b>21 627</b>

Fonte: TC (2018b)

Para o TC (2018b), nas várias recomendações que tem feito à tutela setorial e financeira, refere que se deve adequar os níveis de financiamento às necessidades efetivas da produção das EPE, de forma a não criar expectativas aos vários Conselhos de Administração (CA) destas unidades hospitalares, no que respeita aos financiamentos extraordinários, cíclicos, veiculados através de dotação de capitais ou reforços de verbas por via dos contratos-programa, destinados aos pagamentos de dívidas a fornecedores. Este procedimento não tem contribuído para a redução do endividamento nem para o equilíbrio das contas das EPE.

Esta preocupação está evidente nos contratos-programa em que se faz referência à sustentabilidade económico-financeira, designadamente o não acumular de novas dívidas a fornecedores nem novos pagamentos em atraso em relação ao ano anterior; para efetuar o pagamento de dívidas em atraso deve-se ter em conta a antiguidade das mesmas; respeitar os gastos operacionais (custos operacionais) limitando esses gastos em consonância com o EBITDA<sup>10</sup> contratualizado; obter rendimentos (proveitos) operacionais extra contrato programa e contratualizar um determinado valor para o EBITDA.

---

<sup>10</sup> *Earnings Before Taxes, Depreciation and Amortization*

Na avaliação de desempenho dos hospitais, tem-se recorrido à construção de indicadores, com o intuito de avaliar as diferentes atividades desenvolvidas na entidade hospitalar e comparar os resultados obtidos com os objetivos previamente definidos, detetando possíveis desvios e orientando a definição das medidas corretivas a aplicar (Diniz, 2013).

Para Alves (2011) a avaliação só financeira dos hospitais pode ser negativa. O uso apenas de indicadores económicos- financeiros é suscetível de por exemplo produzir resultados errados e não promover a melhoria necessária e não alavancar as mudanças de gestão e na estrutura interna.

Giraldes (2007), por sua vez procedeu a uma avaliação dos hospitais numa perspetiva de eficiência, utilizando indicadores de gestão, e de qualidade da prestação, com base em indicadores de processo e de *outcome*, utilizando os dados da contabilidade de gestão (analítica), pondo de lado os indicadores económico-financeiros.

A informação credível disponível, é o sustento de todo o processo de avaliação de desempenho, em que deverá diagnosticar as necessidades, definir metas e planear ações tendo em vista o colmatar das lacunas que possam existir (Antunes, Gonçalves, Santos, Alexandre & Godinho, 2011).

Para Escoval et al (2007), o desempenho económico e financeiro centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, por forma a garantir a sustentabilidade económica, neste caso, das entidades hospitalares em estudo.

Costa e Lopes (2015), referem que existem pelo menos 3 modelos distintos para avaliar o desempenho dos hospitais: A análise de benchmarking da ACSS (ACSS, 2013), o SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (ERS, 2014) e o IAmetrics (IASIST, 2010).

Em relação à avaliação podem ser consideradas três vertentes, a efetividade dos cuidados prestados, a eficiência das organizações de saúde e o seu desempenho financeiro (Costa & Lopes, 2015).

Existem diplomas legislativos (Anexo ao Despacho n.º 11374/2011) e auditorias realizadas pelo TC (2006; 2018) às entidades hospitalares, que usaram diversos tipos de indicadores económicos- financeiros, nomeadamente, autonomia financeira, solvabilidade financeira, liquidez geral, endividamento, rentabilidade dos capitais, Prazo

Médio de Pagamentos (PMP), resultados operacionais, custos operacionais, Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Primas Consumidas (CMVMC), Fornecimentos e Serviços Externos (FSE), Gastos com Pessoal (GP), proveitos totais, custos totais entre outros.

## **2.6 O Risco Financeiro das EPE**

Embora o risco financeiro esteja intimamente relacionado com os mercados financeiros, neste trabalho, procurou-se estudar o risco financeiro, mormente relacionado com o risco de negócio.

Para Seabra (2013), este tipo de risco está relacionado com o conjunto de riscos que a empresa (neste caso a entidade hospitalar) assume voluntariamente com intuito de obter uma vantagem competitiva face aos concorrentes.

Damodaran (1997) identifica vários efeitos que a gestão do risco pode ter sobre a organização, em particular, os efeitos do valor da empresa e os potenciais ganhos de valor áreas, nomeadamente, impostos, risco de incumprimento / capacidade de endividamento, políticas de investimento, entre outros.

A análise de risco financeiro, pode-se sintetizar como a avaliação das incertezas relacionadas às operações financeiras de uma empresa, que incluem da gestão do fluxo de caixa até a alocação de recursos em investimentos.

O risco corresponde a um acontecimento futuro, incerto, para o qual se conhece a probabilidade de vir a acontecer (Pereira, 2004).

Segundo Pinho, Madaleno, Valente e Vieira (2011), estamos perante uma situação de risco quando existe a probabilidade de uma determinada situação ter um resultado que não é o desejado.

Para Neves (2012) a análise do risco desempenha dois papéis fundamentais na gestão das empresas: fornece uma perspetiva mais abrangente para estruturar o processo de tomada de decisão e fornece um conjunto de técnicas para avaliar o interesse das alternativas em jogo com vista a uma decisão racional.

Por outro lado, o indicador do risco financeiro que se deseja aferir não pretende ser uma medida de avaliação do desempenho económico-financeiro de cada EPE, mas apenas permitir determinar a probabilidade de incumprimento futuro das suas obrigações financeiras, devendo a sua leitura ser integrada com outros indicadores de desempenho económico - financeiro e não financeiro.

Neste trabalho propõe-se uma metodologia consubstanciada numa análise de 3 critérios que se julgam preponderantes na saúde económico-financeira das entidades, designadamente o endividamento, a performance e a liquidez e que possam aferir o risco financeiro das EPE.

Nos capítulos seguintes serão abordados o modelo proposto, as hipóteses e as variáveis em estudo na investigação, assim como os objetivos, o instrumento de recolha dos dados, os procedimentos metodológicos utilizados na realização deste estudo, desde a descrição dos procedimentos de recolha da informação, à caracterização da amostra, opções metodológicas em termos de análise, depois apresentam-se e analisam-se os resultados e finalmente, estabelecem-se as conclusões relativamente ao estudo.

### 3 MODELO PROPOSTO E HIPÓTESES DE ESTUDO

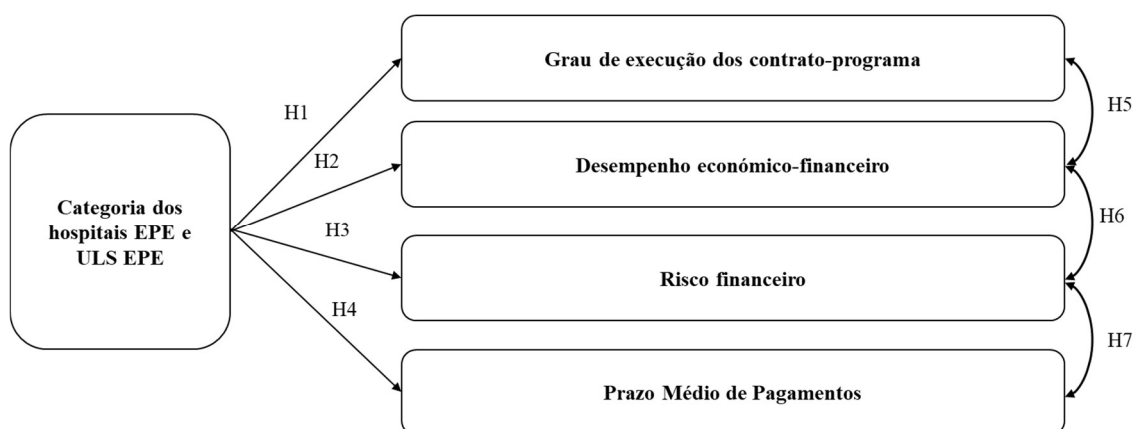
Esta investigação estuda o desempenho económico – financeiro, o risco financeiro e analisa a execução dos contratos-programa referentes a cada categoria das EPE, designadamente Hospitais e ULS do SNS.

Considerando este objetivo geral, ir-se-á orientar a investigação tendo por base as seguintes premissas:

- ✓ Estudar a relação entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contratos-programa das EPE na área da saúde;
- ✓ Analisar a relação entre o desempenho económico-financeiro e o risco financeiro das EPE na área da saúde;
- ✓ Investigar a relação entre o risco financeiro e o Prazo Médio de Pagamentos da Resolução do Conselho de Ministros RCM n.º 34/2008 de 22 de fevereiro das EPE na área da saúde;
- ✓ Analisar se a categoria das EPE, quanto ao contrato programa, influencia os seus níveis de desempenho económico-financeiro, o seu risco financeiro e o grau de execução dos contratos-programa.

Assim, o modelo conceptual está vertido na figura baixo descrita.

**Figura 2 - Modelo conceptual**



As hipóteses de estudo no presente trabalho são as seguintes:

H<sub>1</sub> – O grau de execução dos contratos-programa dos Hospitais e das ULS é influenciado pelas categorias das EPE;

Os resultados obtidos, por via da contratualização, devem ter em conta o seu nível de financiamento. Para isso é importante conhecer-se com algum detalhe o grau de execução do contrato-programa e verificar se esse fator é influenciado pelas categorias das várias EPE.

H<sub>2</sub>- O desempenho económico-financeiro dos Hospitais e das ULS é influenciado pelas categorias das EPE;

O desempenho económico-financeiro é uma das ferramentas que se pode recorrer de forma que se possa a proceder uma análise às EPE. A situação financeira das EPE tem vindo a deteriorar-se sistematicamente. O TC (2018) tem feito diversas referências de forma a que se possa adequar os níveis de financiamento às necessidades de produção das EPE. Assim, urge a necessidade de tentar perceber se o desempenho económico-financeiro é influenciado pelas categorias das EPE.

Neste caso, já existem na atualidade algumas análises de benchmarking da ACSS, do SINAS e o IAmetrics, ao nível de gastos, de rendimentos, do acesso, qualidade e desempenho assistencial, mas não ao nível desta hipótese de estudo proposta.

H<sub>3</sub> – O risco financeiro dos Hospitais e ULS é influenciado pelas categorias das EPE;

O risco financeiro está relacionado com a saúde económica – financeira das EPE, tendo por base a experiência inglesa na monitorização dos *Foundation Trusts* realizada pela Monitor<sup>11</sup>(2013) e Greenwood, Baylis e Tao (2017). Assim, pretende-se aferir se esse risco financeiro é influenciado pelas diversas categorias das EPE.

H<sub>4</sub> - O prazo médio de pagamentos é influenciado pelas categorias das EPE;

O prazo médio de pagamentos, é um indicador que está a ser monitorizado de forma sistemática pela ACSS (Ministério da Saúde) e pelo Gabinete de Planeamento de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI, Ministério das

---

<sup>11</sup> Organismo regulador destas entidades

Finanças), contudo até à data, desconhece se esse prazo é influenciado pelas categorias das EPE.

H<sub>5</sub> – Existe uma associação positiva entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contratos- programas dos Hospitais e ULS EPE;

Partindo do pressuposto que quanto maior o desempenho económico-financeiro melhor o grau de execução dos contratos-programa, pretende-se estudar a existência desta associação positiva entre estas variáveis, tal como fez Diniz (2013).

H<sub>6</sub> – Existe uma associação negativa entre o desempenho económico-financeiro e o risco financeiro dos Hospitais e ULS EPE;

Nesta hipótese de estudo pretende-se aferir se quanto maior for o desempenho económico-financeiro menor é o risco financeiro das EPE, ou seja, estudar esta associação negativa entre estas variáveis.

H<sub>7</sub> – Existe uma associação positiva entre o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro dos Hospitais e ULS EPE.

Partindo do pressuposto que quanto maior o prazo médio de pagamentos maior o risco financeiro das EPE, pretende-se estudar a existência desta associação positiva entre estas variáveis.

## **4 METODOLOGIA**

Este capítulo tem por objetivo dar a conhecer a metodologia de estudo utilizada (o tipo de estudo, o meio onde se realiza o estudo, o instrumento de recolha dos dados e as entidades alvo da presente investigação), assim como demonstrar as opções metodológicas tidas em consideração na utilização do instrumento de colheita de dados e na respetiva análise dos dados.

### **4.1 Tipo de Abordagem**

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

É um estudo de investigação, tal como refere Diniz (2013), que procura explorar a relação entre conceitos e variáveis.

Numa fase inicial procede-se a uma análise de informação documental vertida nos contratos-programa e respetivas metodologias adotadas e nos documentos de prestações de contas das entidades alvo do presente estudo.

A fonte do estudo é o Ministério da Saúde, nomeadamente a informação produzida e publicada pela ACSS e os dados utilizados foram obtidos a partir dos relatórios e contas existentes nos *sites* das respetivas entidades a estudar (Hospitais e ULS) para o período de 2013-2018.

A base de dados construída contém os principais indicadores económico-financeiros das EPE, obtidos através das contas inseridas nas demonstrações financeiras alvo de estudo do presente trabalho, nomeadamente do balanço e da demonstração dos resultados.

### **4.2 Definição das Variáveis**

Como o próprio termo indica, variável é qualquer coisa que varia, são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2009).

No desenvolvimento deste trabalho optou-se pela utilização de indicadores compósitos (ou agregados)<sup>12</sup> com a finalidade de serem obtidos e analisados os resultados globais de desempenho, tal como preconiza Diniz (2013).

A utilização destes indicadores compósitos tal como refere Diniz (2013) e o Manual da OECD (2008), tem fatores positivos e menos positivos identificados na Tabela 8.

**Tabela 8 - Prós e Contras no uso dos indicadores compósitos**

Prós	Contras
Permitem resumir realidades complexas e multidimensionais para apoiar a tomada de decisões.	Podem enviar mensagens políticas enganosas caso sejam mal construídos ou mal interpretados.
São mais fáceis de interpretar do que uma bateria de indicadores distintos.	Podem gerar conclusões simplistas.
Reduzem o tamanho visível de um conjunto de indicadores sem perder informação base subjacente.	A seleção de indicadores a incluir e respetivas ponderações podem ser objeto de controvérsias. Podem disfarçar falhas graves em algumas dimensões e aumentar a dificuldade em identificar medidas corretivas adequadas, caso o processo de construção não seja transparente.
São palco de questões relativas ao desempenho e progresso de países no contexto político.	Podem gerar políticas inadequadas se as medidas de desempenho de mais difícil medição forem ignoradas.
Facilitam a comunicação com o público em geral (e.g. cidadãos, <i>media</i> , etc.).	
Ajudam a construir / consolidar informação para leigos e alfabetizados.	
Permitem a comparação eficiente de dimensões complexas.	

Fonte: Diniz (2013) e Manual da OECD (2008)

No Manual da OECD (2008), tal como refere Diniz (2013), são apresentadas alternativas para agregação, num único indicador, de variáveis cujo dados são apresentados em diferentes unidades de medida, designadamente o *ranking* (avalia o desempenho ao longo do tempo em termos de posicionamento relativo), o min-max (agrega indicadores num intervalo idêntico de [0,1], a distância a uma referência (mede a posição relativa do valor de um indicador em relação a um valor de referência), a homogeneização de variáveis (converte indicadores numa escala comum com média nula) e categorização de escalas (assume *um score* para cada indicador permitindo os melhores desempenhos e penalizando os piores).

Existem alguns estudos com a utilização de indicadores compósitos, designadamente Afonso, Skhunknecht e Tanzi (2003), Afonso e Fernandes (2005), Giraldes (2007), INE (2017) e Caleiro (2018).

<sup>12</sup> Ver Giraldes (2007)

A escolha nesta abordagem reside na adoção de ponderadores iguais ou diferentes para os domínios em análise e no seio de cada domínio a decisão de se atribuir ou não a mesma ponderação a cada um dos indicadores selecionados (INE, 2017).

### **4.3 A construção de indicadores**

No presente estudo pretende-se construir vários indicadores:

- ✓ Indicador de Desempenho Económico-Financeiro (IDEF);
- ✓ Indicador do Grau de Execução dos Contratos-Programa (IGE);
- ✓ Indicador de Risco Financeiro (IRF);
- ✓ Indicador do Prazo Médio Pagamento (IPMP).

Em relação ao IDEF, IGE e IRF optou-se pela utilização de indicadores compósitos por ser uma mais-valia para a prossecução do objetivo deste estudo. No que respeita ao IDEF utilizou-se a homogeneização das variáveis. Para o IGE e o IRF utilizou-se a categorização das escalas. Em relação ao IPMP, optou-se pela fórmula que consta na Resolução do Conselho de Ministros (RCM) nº 34/2008.

#### **4.3.1 Indicador de Desempenho Económico-Financeiro**

Na análise financeira encontra-se 3 vertentes de estudo (Martins, 2002, Neves, 2012; Fernandes, Peguinho, Vieira & Neiva, 2012) e que passam pelo equilíbrio financeiro, que se prende com a capacidade da entidade poder solver os seus compromissos correntes e não correntes; a rendibilidade dos capitais, que permite aferir da capacidade da entidade poder gerar resultados através dos seus recursos, designadamente dos ativos, capital próprio e volume de negócios; e o risco, que envolve a análise da incerteza relativa a acontecimentos futuros.

Para Neves (2012), a técnica mais usada pela análise financeira consiste em estabelecer relações entre contas e agrupamentos de contas de balanço e da demonstração dos

resultados<sup>13</sup> é o rácio, pois é o único que não se utiliza na linguagem corrente com diversas aceções.

Diniz (2013) considera como critério principal o estabelecimento de um padrão de comparação: neste caso, «quanto maior o valor do indicador, melhor é o desempenho económico-financeiro do hospital».

Os subindicadores que compõem este indicador compósito são financeiros e económicos e são os seguintes rácios<sup>14</sup>:

- ✓ Liquidez geral - subindicador financeiro de curto prazo;
- ✓ Liquidez imediata - subindicador financeiro de curto prazo;
- ✓ Autonomia financeira – subindicador financeiro de médio e longo prazo;
- ✓ Solvabilidade - subindicador financeiro de médio e longo prazo;
- ✓ Performance (ROA) - subindicador económico;
- ✓ Rentabilidade dos rendimentos operacionais - subindicador económico;
- ✓ Peso dos CMVMC nos rendimentos operacionais - subindicador económico;
- ✓ Peso dos FSE nos rendimentos operacionais – subindicador económico;
- ✓ Peso dos Gastos com Pessoal nos rendimentos operacionais – subindicador económico;
- ✓ DMP, ou seja, a diferença entre o PMP e o PMR - subindicador económico

---

<sup>13</sup> Neste trabalho não se estudou as demonstrações de fluxos de caixa.

<sup>14</sup> Este subindicadores tem por base diversas análises produzidas pela ACSS, pelo TC e pelas próprias EPE nos seus relatórios e contas. Seguiu-se a inserção de subindicadores preconizados por Diniz (2013), mas com adaptações.

**Tabela 9 - Subindicadores e respetivas fórmulas**

<b>Subindicador</b>	<b>Formula</b>	<b>Ponderação</b>
Liquidez Geral (LG)	Ativo corrente / Passivo corrente	1
Liquidez Imediata (LI)	Disponibilidades / Passivo corrente	1
Autonomia Financeira (AF)	Fundos próprios / Ativo total	1
Solvabilidade Financeira (SF)	Fundos próprios / Passivo total	1
Performance (ROA)	EBITDA / Ativo total	1
Rentabilidade dos Rendimentos operacionais (RRO)	EBITDA / Rendimentos operacionais	1
Peso dos CMVMC nos Rendimentos operacionais (PCMVMC)	CMVMC / Rendimentos operacionais	1/3
Peso dos FSE nos Rendimentos operacionais (PFSE)	FSE / Rendimentos operacionais	1/3
Peso dos Gastos com pessoal nos rendimentos operacionais (PGP)	Gastos com pessoal / Rendimentos operacionais	1/3
Diferença entre PMP-PMR (DMP)	[RCM n.º34/2008] - [(Clientes / VN) *365]	1

Fonte: Adaptado de Diniz (2013)

A análise do equilíbrio financeiro assenta em dois subindicadores de liquidez, a geral e a imediata, que permitem estudar a capacidade que um determinado ativo possa ser transformado em meios líquidos e poder fazer face ao passivo corrente. Para Neves (2012), a liquidez geral verifica se a entidade está equilibrada no curto prazo, ou seja, se o ativo corrente, designadamente o dinheiro e os direitos e créditos se transformam em dinheiro no prazo máximo de um ano, e se permite pagar o passivo corrente, designadamente as obrigações que entidade tem para pagar no mesmo período de tempo. Por sua vez a liquidez imediata, é quando se pretende conhecer o grau de cobertura do passivo circulante, excluindo o inventário e créditos, e se existem meios financeiros líquidos para fazer face às obrigações correntes.

O equilíbrio de médio e longo prazo, ou não corrente, averigua a solidez patrimonial das empresas, isto é, a capacidade para solver os compromissos em prazos dilatados (Martins, 2002). Para análise do equilíbrio financeiro não corrente, optou-se por recorrer aos rácios de autonomia financeira e solvabilidade. Para Martins (2002) a autonomia financeira representa o peso que os fundos próprios têm no ativo total da EPE. Para Fernandes, Peguinho, Vieira e Neiva (2012) determina a independência da entidade face ao capital alheio. Por sua vez, a EPE que apresenta solvabilidade, quer dizer que tem meios à sua disposição para satisfazer todos os compromissos em dívida (Neves, 2012). Em caso contrário encontra-se numa situação de falência técnica.

Relativamente aos subindicadores económicos, destaca-se o rácio de rentabilidade do ativo e o da rentabilidade dos rendimentos operacionais. O primeiro advém da

necessidade de se perceber qual foi o resultado da atividade operacional, e o que o EBITDA<sup>15</sup> representa em termos do ativo total das EPE<sup>16</sup>; e no segundo pretende-se analisar o que o EBITDA representa em termos dos rendimentos operacionais das EPE.

Para Martins (2002) a estrutura dos gastos consiste em estabelecer a evolução do respetivo peso percentual, permitindo uma visão da variação temporal do peso relativo dos gastos e a identificação de potenciais situações problemáticas.

Para Diniz (2013), é prática comum analisar-se as principais rubricas de gastos, designadamente o CMVMC, os FSE e os GP. Assim, nestas rubricas seleccionou-se o peso das mesmas nos rendimentos operacionais (integrados no indicador de base inversa).

O PMR e o PMP, são bastante utilizados nas análises de atividade das instituições. Para Neves (2012), o PMR, é o rácio que mede a celeridade com que se recebe dos clientes, contribuintes e utentes, na nova designação do novo normativo contabilístico, sendo apresentado em dias. Em relação ao PMP, foi utilizada a fórmula contemplada na RCM n.º 34/2008 e que será expressa no ponto 4.3.4 do presente trabalho. Para Diniz (2013), tendo em conta, que quanto maior o valor do IDEF, melhor o desempenho, assim foi seleccionado o subindicador DPM, tendo em conta, que, quando o  $PMP > PMR$ , a DPM é positiva, representando uma situação favorável.

Como se pode aferir na Tabela 9, a ponderação dos subindicadores é de 1<sup>17</sup>, à exceção, dos relacionados com pesos dos CMVMC, dos FSE e dos GP nos rendimentos operacionais, em que apresenta uma ponderação de 1/3, de forma que a soma desses 3 custos representem a unidade, tal como preconiza Diniz (2013).

No presente estudo, para a construção do IDEF, utiliza-se a homogeneização de variáveis que compõem este indicador, em virtude dos vários subindicadores não apresentarem a mesma escala de medida, com média nula e desvio padrão (OECD, 2008; Diniz, 2013) (ver Equação 1).

---

<sup>15</sup> Resultados antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos (*earnings before interest, taxes, depreciation and amortization*)

<sup>16</sup> Ou seja, a mediação da eficiência operacional em gerar resultado líquido positivo a partir dos seus ativos (Damodaran, 1997)

<sup>17</sup> Optou-se por atribuir a mesma ponderação a cada indicador, não tanto pelo facto de ter identificado um racional que justifique tal opção, mas pela simples razão de não encontrar uma justificação clara e objetiva para atribuição de pesos diferenciados a cada indicador (INE, 2017).

### Equação 1 – Homogeneização das variáveis<sup>18</sup>

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

Após a homogeneização dos subindicadores, calcula-se o IDEF, através da Equação 2.

### Equação 2 – Formula do indicador IDEF<sup>19</sup> por ano

$$IDEF_i^t = \frac{LG_i^t + LI_i^t + AF_i^t + SF_i^t + P_i^t + RRO_i^t + \frac{1}{3}PCMVMC_i^t + \frac{1}{3}PFSE_i^t + \frac{1}{3}PGP_i^t + DMP_i^t}{n}$$

O indicador apresenta a interpretação do tipo, quando maior o seu valor, melhor o desempenho financeiro.

### 4.3.2 Indicador de Grau de Execução dos Contratos-Programa

Este indicador teve por referência o que já foi feito por Antunes, Gonçalves, Santos, Alexandre e Godinho (2011) e Diniz (2013). Assim, os subindicadores do indicador composto de avaliação estão consubstanciados no desvio percentual dos valores reais em relação aos contratualizados, na qual, quanto maior o indicador maior o grau de cumprimento das EPE relativamente aos valores contratualizados (Equação 3).

### Equação 3 – Desvio dos valores realizados em relação aos contratualizados

$$\text{Desvio (\%) do Grau de Execução (GE)} = \frac{\text{Valor real} - \text{valor contratualizado}}{\text{valor contratualizado}} * 100,$$

em relação às rubricas CMVMC, FSE, GP, EBITDA e RL.

Em que a fórmula do IGE é:

### Equação 4 – Fórmula do IGE por ano

$$IGE_i^{t20} = \frac{\sum_{i=0}^5 GE(CMVMC)_i^t + GE(FSE)_i^t + GE(GP)_i^t + GE(EBITDA)_i^t + GE(RL)_i^t}{n} * 100\%$$

Tal como refere Diniz (2013), optou-se por estabelecer em 5 categorias, a saber:

<sup>18</sup> I corresponde ao subindicador homogeneizado por ano (t) e por EPE (i); x ao valor observado pelo subindicador (v.g. liquidez geral) pela EPE i no ano t; Mx a média dos valores observados nesse subindicador pelas EPE em estudo; e o DPx o desvio padrão dos valores observados nesse subindicador das EPE em estudo.

<sup>19</sup> t corresponde ao exercício económico e i ao ano em causa, o que significa que existe um valor de IDEF por EPE por ano. Trata-se de uma média simples, pelo que n = 8. Fonte: Diniz (2013) com adaptações

<sup>20</sup> t corresponde ao exercício económico em estudo e i à EPE; n corresponde ao número de subindicadores em numerador. Optou-se pelo cálculo do indicador em valor percentual em detrimento do absoluto (Adaptado de Diniz 2013).

- ✓ Se o desvio for favorável ou desfavorável  $\leq 5\%$ , IGE= 1
- ✓ Se  $6\% < \text{desvio favorável} < 25\%$ , IGE = 0,75
- ✓ Se  $25\% \leq \text{desvio favorável} < 50\%$ , o IGE = 0,5
- ✓ Se  $50\% \leq \text{desvio favorável} < 75\%$ , o IGE = 0,25
- ✓ Se o desvio favorável  $> \text{ou} = 75\%$ , o IGE = 0

**Tabela 10 – Escala definida para o IGE**

Indicador	Forma de cálculo	Escala				
		1	0,75	0,5	0,25	0
IGE	$\text{Desvio} = (\text{Valor real} - \text{valor contratualizado}) / \text{valor contratualizado}$	positivo ou $\leq 5\%$	$< 25\%$	$< 50\%$	$< 75\%$	$\geq 75\%$

Fonte: Diniz (2013)

Neste caso não é pertinente premiar os desvios favoráveis, em virtude de se analisar o desempenho económico financeiro, não tendo sido levado em linha de conta outras dimensões de desempenho como a qualidade (Tabela 10).

Por outro lado, Diniz (2013) refere que não parece sentido penalizar estes desvios, tendo em conta que não existem evidências de eventual prejuízo das outras dimensões em detrimento da económico-financeiro.

A interpretação deste indicador é do tipo quanto maior o IGE, maior o cumprimento das entidades de saúde em relação ao contratualizado.

### 4.3.3 Indicador de Risco Financeiro

Pretende-se através da valorização do risco financeiro destas entidades, se identifiquem aquelas que apresentam maior risco para que se proceda a um acompanhamento mais rigoroso ao nível do controlo de gestão.

No presente trabalho o risco financeiro é apurado no sentido de se determinar a probabilidade de incumprimento financeiro futuro por parte das EPE. Assim, mediante a classificação obtida por cada EPE será possível definir prioridades de atuação, em sede de controlo de gestão.

Tendo por base a experiência inglesa na monitorização dos *Foundation Trusts* realizada pela Monitor<sup>21</sup>(2013) e Greenwood, Baylis e Tao (2017), propõe-se uma metodologia que visa proporcionar uma gestão efetiva do risco financeiro das instituições com natureza empresarial que integram o SNS.

Em relação ao IRF é delineada uma metodologia que assenta na definição de três critérios de análise considerados preponderantes na saúde económico-financeira das entidades:

- Endividamento
- Performance
- Liquidez

Define-se igualmente um indicador compósito, e a respetiva forma de cálculo, que melhor traduz o desempenho dessa unidade de saúde para cada critério de análise, sendo respetivamente:

- ✓ Autonomia financeira (AF) = Fundos próprios / Ativo total
- ✓ ROA<sup>22</sup> = EBITDA / Ativo total
- ✓ Liquidez imediata (LI) = Disponibilidades / Passivo corrente

Adicionalmente é necessário construir uma escala por números inteiros de 1 (risco baixo) a 5 (risco elevado) para valorar os montantes encontrados para cada indicador por EPE e por categoria<sup>23</sup>.

Finalmente, opta-se pela atribuição de um peso de contribuição de cada variável (rácios atrás definidos) para o cálculo do indicador de risco agregado (*um score*). Dá-se uma maior ponderação (peso) à dimensão Liquidez em detrimento da Performance e Endividamento, pela importância que tem o cumprimento dos compromissos, em especial os de curto prazo (Tabela 11).

---

<sup>21</sup> Organismo regulador destas entidades.

<sup>22</sup> Rentabilidade do Ativo (Return on Asset).

<sup>23</sup> De acordo com as categorias usada no ponto 4.3.1. deste trabalho.

**Tabela 11 - Estrutura de metodologia do IRF**

Critérios financeiros	Peso (%)	Indicador	Forma de cálculo	Escala (%)				
				5	4	3	2	1
Endividamento	0,3	Autonomia financeira	Capital Próprio/Ativo total	0,05	0,25	0,5	0,75	0,75
Performance	0,3	ROA (Return On Assets) - Rentabilidade do Ativo	EBITDA/Ativo total					
Liquidez	0,4	Liquidez imediata	Disponibilidades/Passivo corrente					
				Risco elevado		Risco moderado		Risco baixo

Fonte: Elaboração própria

O IRF permite determinar a probabilidade de incumprimento futuro das suas obrigações financeiras, devendo a sua leitura ser integrada com outros indicadores, não só económicos, mas também financeiros.

#### 4.3.4 Indicador do Prazo Médio de Pagamento

Neste trabalho, opta-se por utilizar o PMP, que as EPE, a ACSS e o GPEARl utilizam nas suas fontes.

O PMP está em consonância com o Programa Pagar a Tempo e Horas, publicado no anexo da Resolução do Conselho de Ministros nº 34/2008.

Assim, a variável PMP de cada entidade pública registado no final do trimestre  $t$  é definida pelo seguinte indicador:

$$PMP = \frac{\sum_{t=3}^t \left( \frac{DF}{A} * 91,25 \right)}{4}$$

em que  $DF$  corresponde ao valor da dívida de curto prazo a fornecedores observado no final de um trimestre e  $A$  corresponde às aquisições de bens e serviços efetuadas no trimestre, independentemente de já terem sido liquidadas.

#### 4.4 Pressupostos da Análise

Na análise às EPE, por insuficiência de dados, não foram alvo do presente estudo, ao inicialmente previsto, o Centro Hospitalar Alto do Ave, EPE e o Hospital Senhora da Guimarães, EPE. A razão associada a esta tomada de decisão prende-se com o seguinte propósito: Em 2007 foram fundidos os antigos hospitais Senhora da Oliveira e S. José de Fafe num único hospital. Em 2015, o Governo de Portugal, através da ARS Norte, devolveu a gestão do Hospital de S. José de Fafe à Misericórdia de Fafe, deixando de

estar integrada no Centro Hospitalar, pelo que a desagregação do hospital volta a ser o Hospital da Senhora da Oliveira.

Por sua vez, o CHO, só passou a EPE, em junho de 2018, pelo que também ficou fora do âmbito deste estudo.

Em relação à categoria das EPE, o Hospital Magalhães de Lemos EPE, por ser único no seu grupo, foi incorporado na categoria F.

De acordo com a ACCS (2012), as EPE estão distribuídas em diversas categorias, de acordo com Tabela 12.

**Tabela 12 - EPE pertencentes à categoria B**

	<b>Entidade</b>
Categoria B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
	Hospital Distrital S. Maria Maior, EPE – Barcelos
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE
Categoria C	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE <sup>24</sup>
	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE
	Hospital Distrital Santarém, EPE
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	
Categoria D	Hospital Garcia de Orta, EPE – Almada
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE
Categoria E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
	Centro Hospitalar do Porto, EPE
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
Categoria F	Centro Hospitalar São João, EPE
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
	Instituto Português de Oncologia de Coimbra, EPE
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, EPE
	Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE

**Fonte: ACCS com adaptações**

<sup>24</sup> Em 2013 está classificada como categoria C. No ano de 2014 e seguintes está classificada como B.

## 5 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo vai-se expor e analisar os resultados<sup>25</sup>. Assim, apresenta-se os dados através de medidas de tendência central (média), de dispersão (mínimo, máximo e desvio-padrão) e de variação (coeficiente de variação) organizados em função das hipóteses definidas neste trabalho de investigação.

Este estudo não pretende realizar análise comparativa entre as instituições individualmente, mas as eventuais relações entre categorias das EPE.

### 5.1 Análise às variáveis que compõem o IDEF

No sentido de verificar a evolução dos subindicadores que compõe o IDEF e detetar desvios relevantes entre os diferentes dados e/ou indicadores que possam de algum modo interferir nos valores do indicador composto, procedeu-se a uma análise descritiva das variáveis (não homogeneizadas) por categoria de hospital e por ano.

Em relação ao subindicador liquidez geral, os valores médios das EPE da categoria B e C tiveram uma tendência oscilante. Porém, os valores médios das EPE da categoria D e E, tiveram uma tendência decrescente, evidenciando uma homogeneidade na capacidade de as entidades hospitalares poderem solver os seus compromissos recorrendo aos meios financeiros líquidos. Os valores médios da categoria F tiveram uma tendência oscilante, contudo evidenciaram uma homogeneidade na capacidade de solver os seus compromissos. Esta categoria apresentou os valores médios mais altos no período em estudo, chegando as EPE terem um rácio superior a 2 (Anexo 2).

Em relação ao subindicador liquidez imediata, em todas as categorias a dispersão é muito significativa, evidenciando uma heterogeneidade explícita para as EPE poderem solverem os compromissos correntes. Contudo, os valores médios da categoria E foram constantes nos anos de 2015 a 2017 (Anexo 3).

O subindicador autonomia financeira, em algumas EPE, das categorias B, C, D e E, apresenta em termos médios, valores negativos, indicadores que algumas entidades hospitalares estão em falência técnica, fruto de um capital próprio negativo. Realce ainda

---

<sup>25</sup> As análises apresentadas neste estudo foram efetuadas tendo como suporte o software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences 21.0*) e o Excel (Microsoft 365).

para a dispersão de dados em relação à média com comportamentos oscilantes no período em análise (Anexo 4).

O subindicador solvabilidade financeira, em média apresenta valores positivos em todas as categorias das EPE, exceto no ano de 2013 da categoria B e nos anos de 2017 e 2018 da categoria E. Porém existem algumas EPE das categorias B, C, D e E que não conseguem ter meios financeiros para poder solver os seus compromissos em dívida. A dispersão de dados, em relação à média, é significativa em todas as categorias das EPE, com exceção dos da categoria F (Anexo 5).

Em relação aos subindicadores de rentabilidade do ativo (Anexo 6) e da rentabilidade dos rendimentos operacionais (Anexo 7) verifica-se que os valores médios da mediação da eficiência operacional são geralmente negativos nas categorias B, C, D e E. Na categoria F nos anos 2017 e 2018 os valores médios foram igualmente negativos. Contudo a dispersão de dados, em relação à média, é significativa em todas as categorias das EPE.

O subindicador peso dos CMVMC nos rendimentos operacionais, em valores médios, tem aumentado sucessivamente desde a categoria B até E. Contudo, na categoria F, a tendência tem sido crescente desde 2014 a 2018 (Anexo 8).

O subindicador peso dos FSE nos rendimentos operacionais, em valores médios, apresentam uma quase homogeneidade dos dados nas várias categorias das EPE (Anexo 9).

O subindicador peso dos GP nos rendimentos operacionais, em valores médios, apresentam valores quase constantes nas várias categorias das EPE, ao longo do período em estudo. O mesmo acontece com dispersão de dados, em que, existe uma quase homogeneidade dos dados (Anexo 10).

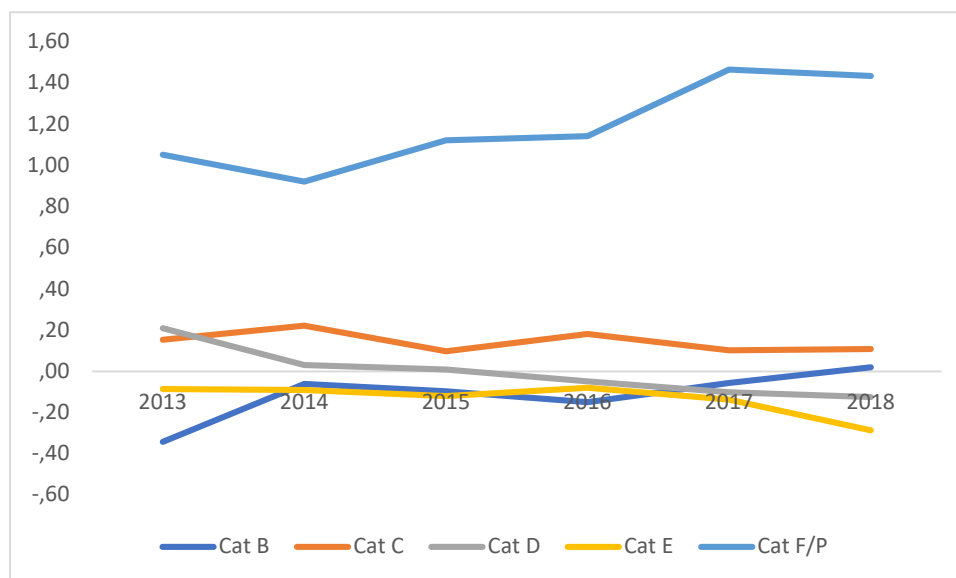
O subindicador DMP apresenta volatilidade no seu comportamento ao longo do período em estudo nas várias categorias das EPE. A dispersão de dados, apresenta uma heterogeneidade dos dados nas mesmas categorias (Anexo 11).

## **5.2 Análise ao IDEF**

Apresentados os subindicadores que compõem o indicador composto IDEF, apresenta-se a evolução do IDEF por categorias das EPE.

O IDEF das várias categorias das EPE (Tabela 13 e Figura 3), em termos de valores médios, apresenta uma volatilidade no seu comportamento ao longo do período em estudo. Realce que o indicador é positivo nas categorias C e F em todos os anos do período em estudo e negativo na categoria E. Por outro lado, a dispersão de dados, apresenta uma heterogeneidade dos dados.

**Figura 3 – Evolução média do IDEF dos Hospitais e ULS por categoria**

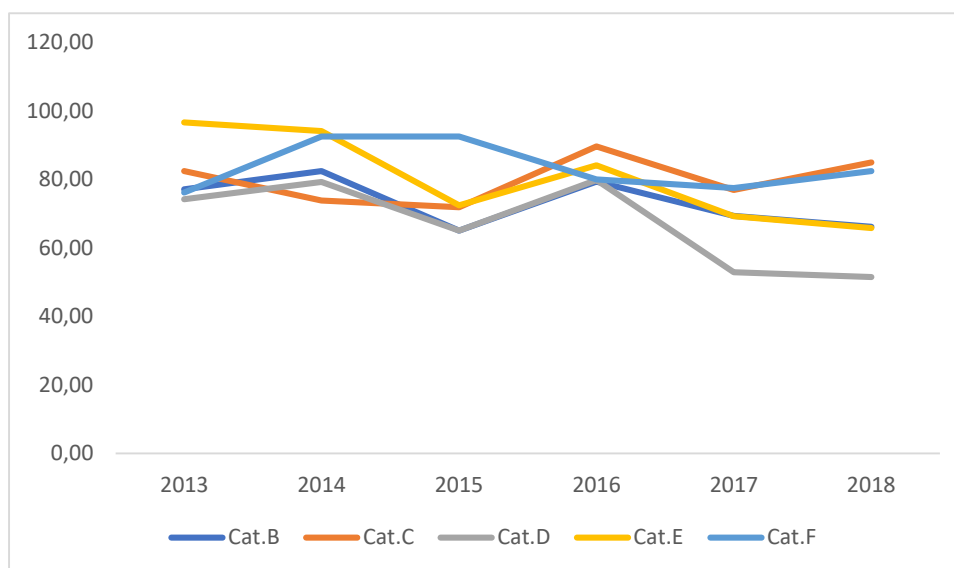


### 5.3 Análise ao IGE

De acordo com a Tabela 14 e Figura 4, em termos de valores médios, apresenta uma tendência oscilante no seu comportamento ao longo do período em análise. A dispersão de dados, apresenta alguma heterogeneidade dos dados.

Em termos médios, o valor para categoria B varia entre 65,00 % e 82,50 %; para categoria C varia entre 71,92 % e 85,00 %; para categoria D varia entre 51,43 % e 79,86 %; para categoria E varia entre 65,83 % e 96,67 % e para categoria F varia entre 76,25 % e 92,50 % .

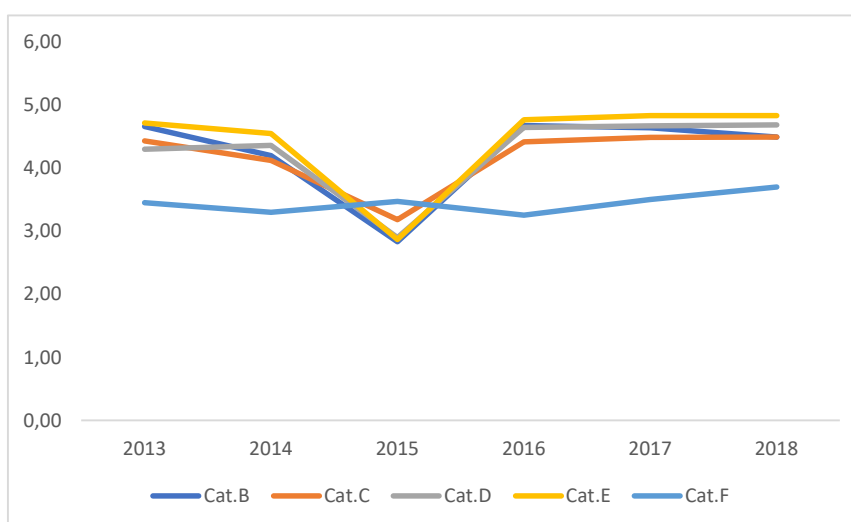
**Figura 4 – Evolução média do IGE dos Hospitais e ULS por categoria**



#### 5.4 Análise ao IRF

De acordo com Tabela 15 e Figura 5, o IRF, em valores médios, à exceção do ano 2015, tem tido um comportamento oscilante ao longo do período em estudo, nas EPE, das categorias B, C, D e E. Por sua vez na categoria F, o indicador tem tido um comportamento estável.

**Figura 5- Evolução média do IRF dos Hospitais e ULS por categoria**

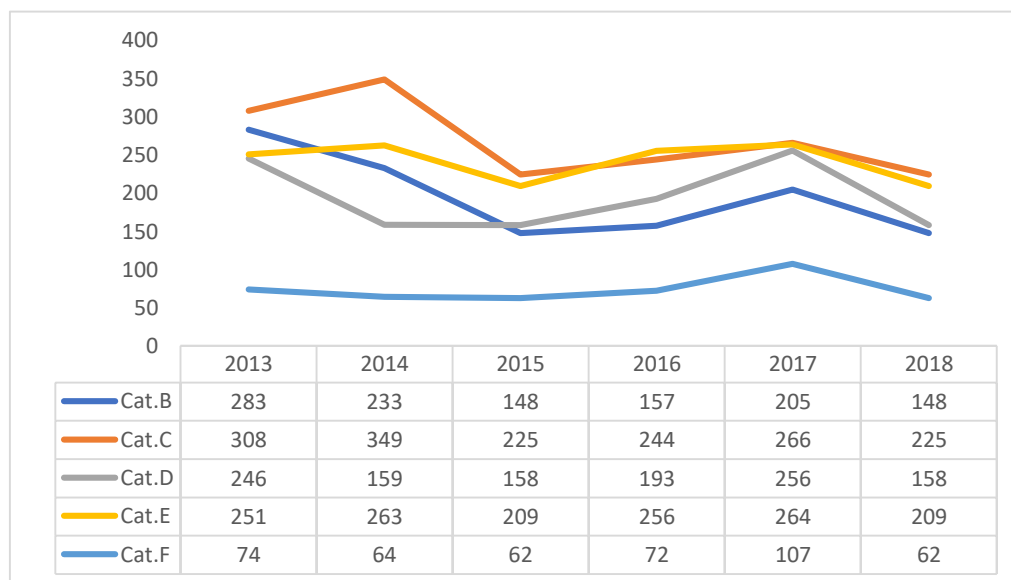


A dispersão de dados apresenta uma homogeneidade nas categorias B, C, D e E e uma heterogeneidade na categoria F. Realce para que o indicador IRF, em termos médios, que não ultrapassa o nível 3. A tendência tem situado no nível 4 e 5, ou seja, estão no ou próximo do risco elevado.

## 5.5 Análise ao IPMP

Segundo a Tabela 16 e Figura 6, o IPMP, em valores médios, tem tido um comportamento oscilante ao longo do período em estudo, nas EPE, das diversas categorias.

**Figura 6 – Evolução média do indicador PMP dos Hospitais e ULS por categoria**



A dispersão de dados apresenta uma heterogeneidade dos dados nas diversas categorias.

Realce para que o indicador IPMP na categoria F, em termos médios, tem tido o melhor desempenho.

**Tabela 13 – IDEF das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Cat.B</b>	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	-0,23	0,34	0,04	0,05	-0,06	0,08
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	-0,57	-0,31	-0,04	-0,16	-0,17	-0,08
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	-0,79	-1,01	-0,73	-0,84	-0,88	-0,46
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	-1,53	0,16	-0,58	-1,07	-0,65	-0,63
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	-0,13	-0,31	-0,23	-0,06	-0,21	-0,31
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,62	0,26	0,18	0,26	0,71	0,44
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		-0,10	-0,16	-0,01	0,04	-0,01
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,23	0,47	0,74	0,63	0,76	1,13
<b>Cat.C</b>	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	-0,79	-0,30	-0,97	-0,08	-0,17	-0,40
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	-0,18	-0,03	0,05	0,25	-0,30	-0,36
	Hospital Distrital Santarém, EPE	-0,10	-0,25	0,08	0,15	0,17	0,24
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,10	-0,05	0,21	0,09	0,25	0,00
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	-0,62	-0,04	-0,88	-0,88	-0,30	-0,74
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,26	0,14	0,24	0,50	0,73	1,10
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	0,67	0,23	0,27	0,19	0,10	0,50
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,66	0,50	0,47	0,44	0,70	1,01
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	-0,35	-0,34	-0,16	-0,13	-0,27	-0,14
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	1,71	2,17	2,02	2,09	1,18	0,96
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	-0,33	0,04	-0,36	-0,83	-0,88	-0,66
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	-0,35	-0,35	-0,38	-0,21	-0,61	-0,84
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	1,13	1,16	0,68	0,82	0,72	0,73
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	-0,32					
<b>Cat.D</b>	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	-0,47	-0,11	-0,11	-0,15	-0,64	-0,46
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,01	0,00	-0,22	-0,19	-0,37	-0,68
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,03	-0,12	-0,18	-0,19	-0,22	-0,24
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,25	0,07	0,00	-0,02	0,08	-0,12
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,15	0,03	0,17	-0,07	0,10	0,30
	Centro Hospitalar de Tondela-Viscu, EPE	1,40	0,71	0,80	0,66	0,51	0,44
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,09	-0,37	-0,41	-0,42	-0,18	-0,11
<b>Cat.E</b>	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,26	-0,50	-0,36	-0,36	-0,29	-0,34
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	-0,30	-0,21	-0,18	-0,11	-0,21	-0,59
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	-0,12	-0,19	-0,10	-0,16	-0,34	-0,32
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	-0,21	0,00	-0,10	0,13	0,33	-0,17
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,20	0,44	0,34	0,35	0,19	0,38
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	-0,35	-0,09	-0,33	-0,35	-0,51	-0,68
<b>Cat.F</b>	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	2,05	1,74	1,84	1,99	2,33	1,88
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,32	0,16	0,26	0,22	0,54	0,35
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,42	0,78	1,21	0,93	1,06	1,17
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	1,41	1,00	1,17	1,40	1,93	2,33

**Tabela 14 – IGE das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	100,00	95,00	95,00	70,00	50,00	65,00
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	55,00	55,00	65,00	45,00	45,00	85,00
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	55,00	50,00	45,00	60,00	50,00	45,00
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	85,00	95,00	55,00	70,00	70,00	85,00
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	50,00	95,00	45,00	95,00	90,00	90,00
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	95,00	95,00	60,00	95,00	100,00	55,00
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	100,00	80,00	70,00	100,00	50,00	55,00
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		95,00	85,00	100,00	100,00	50,00
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	95,00	55,00	65,00	100,00	60,00	80,00
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	100,00	60,00	100,00	90,00	50,00	70,00
	Hospital Distrital Santarém, EPE	80,00	75,00	65,00	60,00	75,00	100,00
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	100,00	95,00	80,00	100,00	100,00	90,00
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	50,00	50,00	75,00	80,00	60,00	90,00
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	100,00	100,00	100,00	100,00	95,00	95,00
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	75,00	75,00	70,00	90,00	95,00	55,00
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	100,00	100,00	90,00	85,00	60,00	95,00
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	70,00	50,00	50,00	95,00	75,00	80,00
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	100,00	60,00	65,00	65,00	45,00	90,00
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	95,00	100,00	90,00	100,00	100,00	100,00
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	90,00	45,00	35,00	100,00	100,00	95,00
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	95,00	95,00	50,00	100,00	85,00	65,00
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	95,00					
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	95,00	55,00	70,00	100,00	55,00	50,00
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	60,00	65,00	55,00	84,00	65,00	50,00
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	60,00	80,00	70,00	90,00	15,00	45,00
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	95,00	80,00	50,00	60,00	55,00	40,00
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	60,00	100,00	55,00	45,00	60,00	80,00
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	95,00	100,00	75,00	95,00	60,00	45,00
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	55,00	75,00	80,00	85,00	60,00	50,00
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	95,00	85,00	75,00	95,00	80,00	50,00
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	95,00	100,00	70,00	65,00	60,00	45,00
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	100,00	95,00	75,00	50,00	40,00	75,00
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	95,00	95,00	95,00	100,00	100,00	75,00
	Centro Hospitalar São João, EPE	100,00	95,00	70,00	100,00	71,00	85,00
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	95,00	95,00	50,00	95,00	65,00	65,00
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	80,00	100,00	80,00	55,00	60,00	95,00
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	55,00	85,00	95,00	75,00	60,00	80,00
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	95,00	100,00	95,00	95,00	95,00	55,00
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	75,00	85,00	100,00	95,00	95,00	100,00

**Tabela 15 - IRF das EPE por categoria 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	5	4	3	5	5	5
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	5	4	3	5	5	5
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	5	5	3	5	5	5
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	5	4	3	5	5	5
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	5	5	3	5	5	5
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	4	4	3	4	4	4
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	4	3	3	4	4	4
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		5	3	5	5	5
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	5	5	5	5	5	5
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	5	5	3	5	5	5
	Hospital Distrital Santarém, EPE	5	5	3	5	5	5
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	4	4	3	5	5	5
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	5	4	3	5	5	5
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	4	4	3	4	4	3
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	4	4	3	4	4	4
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	4	4	3	4	4	4
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	5	5	3	5	5	5
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	3	3	4	3	3	4
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	5	4	3	5	5	5
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	5	5	3	5	5	5
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	4	3	3	4	4	4
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	5					
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	5	4	3	5	5	5
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	5	4	3	4	5	5
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	4	4	3	5	5	5
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	4	4	3	5	4	4
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	4	4	3	4	4	4
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	4	4	3	4	4	4
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	5	5	3	5	5	5
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	4	5	3	5	5	5
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	5	5	3	5	5	5
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	5	5	3	5	5	5
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	5	5	3	5	5	5
	Centro Hospitalar São João, EPE	5	4	3	4	4	4
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	5	4	3	5	5	5
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	3	2	4	2	3	4
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	4	4	3	4	4	4
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	4	4	4	4	4	4
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	3	3	3	3	3	3

**Tabela 16 - IPMP nas EPE por categoria 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	422	236	133	163	187	148
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	55	61	97	107	207	125
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	97	194	202	207	279	309
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	455	599	182	204	291	238
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	278	288	236	246	274	200
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	376	56	39	43	54	59
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	302	58	249	235	264	175
Cat C	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		372	42	53	83	89
	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	436	444	248	398	357	315
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	422	236	133	163	187	148
	Hospital Distrital Santarém, EPE	638	588	523	492	390	243
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	224	301	294	331	385	218
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	813	720	424	472	506	407
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	78	87	68	91	103	88
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	54	62	88	104	207	218
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	83	80	98	139	192	171
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	448	447	318	277	234	181
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	37	35	37	34	79	127
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	512	506	225	186	269	288
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	236	652	201	216	272	251
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	109	43	73	111	170	174
Cat D	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	61					
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	263	246	179	146	192	192
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	98	101	109	144	178	138
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	190	193	178	261	301	266
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	134	124	147	256	340	303
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	113	99	100	141	244	207
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	677	89	270	314	395	366
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	524	258	124	89	144	156
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	274	226	269	334	356	342
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	364	350	271	321	308	331
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	177	200	195	252	293	293
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	478	504	388	471	439	364
	Centro Hospitalar São João, EPE	59	75	53	62	78	66
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	154	221	81	94	111	81
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	42	36	32	28	53	67
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	148	146	157	203	257	229
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	73	54	37	48	106	105
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	32	20	24	8	14	13

## 5.6 Análise e Resultados das Hipóteses do Estudo

Antes de se entrar na análise às hipóteses de estudo, referir que desde 2015, as entidades do MS que compõe o SEE passaram a integrar o setor institucional das Administrações Públicas. Esta alteração teve implicações nos calendários, no processo de contratualização hospitalar e no planeamento estratégico trianual, que se iniciou em 2013.

As hipóteses em estudo no presente trabalho tiveram as seguintes análises e resultados:

**H<sub>1</sub> – O grau de execução dos contratos-programa dos Hospitais e das ULS é influenciado pelas categorias das EPE**

Para testar  $H_1$ , começou-se por estudar, para cada categoria do contrato-programa e para cada ano, se o nível de execução seguia uma distribuição normal. Para o efeito, devido à reduzida dimensão da amostra, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk.

**Tabela 17 – Resultado do teste Shapiro-Wilk para avaliar se o grau de execução segue uma distribuição normal**

CCP13		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
GE13	B	,809	7	,051
	C	,766	14	,002
	D	,683	6	,004
	E	,640	6	,001
	F	,980	4	,900
CCP14		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
GE14	B	,695	8	,002
	C	,872	12	,070
	D	,910	6	,439
	E	,770	6	,031
	F	,684	5	,006
CCP15		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
GE15	B	,933	8	,542
	C	,955	13	,683
	D	,869	6	,221
	E	,913	6	,457
	F	,840	4	,195
CCP16		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
GE16	B	,871	8	,153
	C	,780	13	,004
	D	,886	6	,296
	E	,776	6	,035
	F	,863	4	,272
CCP17		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
GE17	B	,814	8	,041
	C	,887	13	,089
	D	,686	6	,004
	E	,988	6	,985
	F	,729	4	,024
CCP18		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
GE18	B	,870	8	,150
	C	,881	13	,074
	D	,735	6	,014
	E	,926	6	,548
	F	,912	4	,492

Observa-se que na grande maioria das situações, as variáveis, para cada categoria, não seguem uma distribuição normal, pelo que se recorreu a testes não paramétricos para testar  $H_1$ . O teste para  $H_1$  foi feito por recurso ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para avaliar se a categoria do contrato-programa influencia o grau de execução.

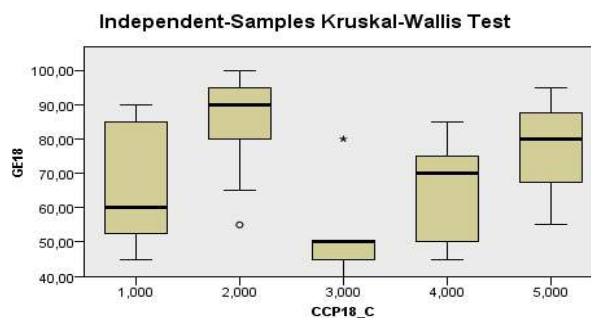
**Tabela 18 -Teste de Kruskal-Wallis para avaliar se a categoria do contrato-programa influencia o grau de execução**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
$\chi^2$	6,587	4,820	7,918	2,945	4,887	16,496
gl	4	4	4	4	4	4
Valor p	0,159	0,306	0,095	0,567	0,299	0,002

Segundo a Tabela 18, para os anos de 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017, sendo  $p > 0,05$ , não se rejeita a  $H_0$  (as distribuições dos valores da variável dependente são idênticas na K populações) e conclui-se que nestes anos a categoria dos contrato-programa não influencia o grau de execução dos mesmos. Porém, em 2018, sendo o  $p = 0,002 < \alpha = 0,05$ , rejeita-se  $H_0$  e conclui-se que o contrato-programa influencia o grau de execução dos contratos-programa neste ano.

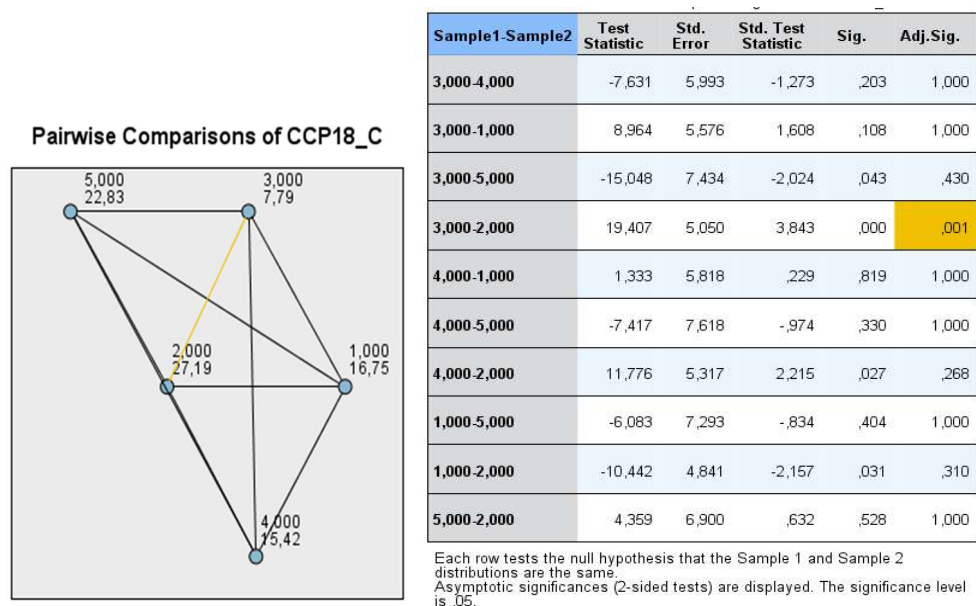
Para identificar em qual (ou quais) categorias as realidades são significativas diferentes é necessário proceder à comparação múltipla das médias das ordens (Marôco, 2007).

**Figura 7– Caixa de bigodes do grau de execução dos contratos-programa do ano de 2018 e por categoria**



<b>Total N</b>	37
<b>Test Statistic</b>	16,496
<b>Degrees of Freedom</b>	4
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,002

**Figura 8 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn para o grau de execução dos contrato-programa do ano de 2018 e por categoria**



De acordo com as Figuras 7 e 8, a comparação múltipla de médias de ordens de Dunn dos Hospitais e ULS de categoria D apresentam uma distribuição do grau de execução significativamente diferente dos Hospitais e ULS da categoria C ( $p = 0,001$ ), sendo que o grau de execução é maior nos Hospitais e ULS da categoria C e menor nos de categoria D, em 2018.

O número de entidades de saúde da categoria C são mais do dobro (13) que as entidades da categoria D (6). Contudo, o indicador compósito está elaborado de forma que se prevalece a execução das principais rubricas gastos (CMVMC, FSE e GP) e de resultados (EBITDA e RL). As diferenças registadas nas contas de resultados explicam as diferenças detetadas entre as estimadas e as realizadas.

Em 2018, com a transformação do referencial contabilístico para o SNC-AP, muitas das estimativas dos contratos-programa das várias entidades da saúde ainda foram elaboradas no antigo plano de contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), mas a prestação de contas já foi elaborada no novo normativo contabilístico, podendo originar diferenças de contabilização.

Assim, à exceção do ano de 2018, o grau de execução dos contratos-programa não é influenciado pelas categorias das EPE. Este resultado, deriva do facto, dos contratos-programa, serem assinados, com uma estimativa de produção contratada, e que no decurso

do ano em curso sofrem alguns ajustamentos, por via do surgimento de adendas, consubstanciado na transferência de montantes por parte da ACSS para as referidas entidades. Por outro lado, muitos dos contratos-programa são ajustados depois de ter sido encerrado o ano de prestação de contas, chegando inclusive alguns deles terem sido assinados<sup>26</sup> passados quase 2 anos após a conclusão do ano contabilístico em causa. Para que isso não viesse a análise, neste trabalho, foi analisado o primeiro contrato-programa assinado pela entidade no ano em causa. Foi igualmente verificado que muitos deles são assinados já no decurso do segundo trimestre do ano em causa.

Outro fator associado está no encerramento definitivo do contrato programa do ano em causa, que ocorre posteriormente, após aprovação das contas da entidade hospitalar. Esta referência tem sido sistematicamente reiterada pelo TC aquando das suas auditorias ao setor da saúde. Assim, o TC (2017)<sup>27</sup>, referiu, que a faturação e o encerramento do contrato-programa, continuam a serem efetuados com atrasos consideráveis, o que aumenta o risco de distorções nas demonstrações financeiras, ao obrigar ao registo contabilístico de estimativas de montantes elevados e ao originar regularização de valores elevados de exercícios anteriores, pelo urge a sua regularização.

Esta problemática é reiteradamente expressa pelo TC (2020), em relação ao ano de 2018<sup>28</sup>, que recomendou que o fecho dos contrato-programa do ano não pode exceder mais de um ano após o final de cada ano do exercício económico a que cada um diz respeito. A mesma entidade refere que a 31 de dezembro de 2018, o último ano efetivamente encerrado para todas as entidades, era o de 2011, não existindo nenhum contrato encerrado referente ao ano de 2015 e seguintes.

## **H<sub>2</sub> - O desempenho económico-financeiro dos Hospitais e das ULS é influenciado pelas categorias das EPE**

Para testar H<sub>2</sub>, começou-se por estudar, para cada categoria da EPE, e para cada ano, se o indicador de desempenho económico-financeiro (IDEF) seguia uma distribuição normal. Recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para o efeito.

---

<sup>26</sup> Pela ACSS, ARS e entidade hospitalar.

<sup>27</sup> Auditoria referente à conta consolidada de 2015 e 2016 do Ministério da Saúde.

<sup>28</sup> Auditoria de seguimento à conta consolidada do Ministério da Saúde – Exercício de 2018.

**Tabela 19- Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o desempenho económico-financeiro segue uma distribuição normal**

CCP13		Shapiro-Wilk		
		Statistic	Gf	Sig.
	B	0,984	7	0,977
	C	0,941	14	0,432
IDEF13	D	0,799	7	0,040
	E	0,902	6	0,251
	F	0,885	4	0,382
CCP14		Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
	B	0,912	8	0,366
	C	0,753	13	0,002
IDEF14	D	0,844	7	0,108
	E	0,938	6	0,646
	F	0,987	4	0,944
CCP15		Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
	B	0,963	8	0,841
	C	0,904	13	0,151
IDEF15	D	0,867	7	0,173
	E	0,857	6	0,178
	F	0,941	4	0,660
CCP16		Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
	B	0,926	8	0,476
	C	0,896	13	0,118
IDEF16	D	0,795	7	0,037
	E	0,916	6	0,474
	F	0,997	4	0,991
CCP17		Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
	B	0,930	8	0,520
	C	0,963	13	0,797
IDEF17	D	0,979	7	0,955
	E	0,907	6	0,416
	F	0,953	4	0,733
CCP18		Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
	B	0,925	8	0,474
	C	0,922	13	0,265
IDEF18	D	0,960	7	0,816
	E	0,906	6	0,409
	F	0,974	4	0,863

Observa-se na Tabela 19 que na grande maioria dos grupos (27 em 30 possíveis), o desempenho económico-financeiro segue uma distribuição normal ( $p > 0,05$ ), pelo que para testar se existem diferenças nesta variável devido à categoria da EPE vai-se recorrer aos testes paramétricos (one-way ANOVA). Contudo, antes da realização desse teste é necessário testar a homocedasticidade das variâncias, recorrendo ao teste de Levene. Atendendo que o nível de significância associado ao teste de Levene é sempre superior a

0,05, observa-se que as variâncias dos diferentes IDEF são homocedásticas (i.e., apresentam variâncias homogêneas entre categorias das EPE (Tabela 20).

Consequentemente pode-se recorrer ao teste F da One-way ANOVA para investigar se há diferenças significativas entre grupos (i.e., categorias das EPE) (Tabela 21).

**Tabela 20 – Resultados do Teste de Levene - IDEF**

Ano	Levene Statistic	gl1	gl2	Sig.
2013	1,441	4	33	0,243
2014	0,985	4	33	0,429
2015	0,937	4	33	0,455
2016	0,996	4	33	0,424
2017	1,659	4	33	0,183
2018	2,348	4	33	0,075

**Tabela 21 – Resultados do teste ANOVA - IDEF**

Ano	Estatística F	Sig	R <sup>2</sup>
2013	3,185	0,026	28%
2014	2,634	0,052	24%
2015	3,681	0,014	31%
2016	3,701	0,013	31%
2017	6,785	0,000	45%
2018	5,805	0,001	41%

Tal como se observa na Tabela 21, para todos os anos, exceto o ano de 2014, é possível afirmar que a categoria EPE tem um efeito estatisticamente significativo sobre o desempenho económico-financeiro dos Hospitais e ULS ( $p < 0,05$ ). Em 2014, o valor encontra-se no limiar da significância estatística, pois o nível de significância é de 0,052. A percentagem de variação do desempenho económico-financeiro explicada pela categoria EPE varia entre 24% (em 2014) e 45% (em 2017).

Como afirma Marôco (2010, p. 226), “quando na ANOVA rejeitamos  $H_0$ , podemos concluir que existe pelo menos uma média populacional que é significativamente diferente das restantes”, porém será necessário recorrer a um teste *post-hoc* para a comparação múltipla das médias. Para esse efeito, optou-se pelo teste de Bonferroni por se estar a trabalhar com amostras pequenas (Marôco, 2010). O teste de Bonferroni só foi aplicado aos anos em que, no teste ANOVA existiram diferenças significativas entre as categorias EPE (logo, não foi aplicado ao ano 2014).

**Tabela 22 – Resultados do teste de Bonferroni para o desempenho económico-financeiro por categoria (nível de significância)**

Categorias		2013	2015	2016	2017	2018
B	C	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	D	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	E	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	F	0,015	0,015	0,012	0,001	0,005
C	B	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	D	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	E	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	F	0,193	0,037	0,085	0,001	0,005
D	B	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	C	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	E	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	F	0,449	0,039	0,031	0,001	0,002
E	B	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	C	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	D	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	F	0,100	0,020	0,032	0,001	0,001
F	B	0,015	0,015	0,012	0,001	0,005
	C	0,193	0,037	0,085	0,001	0,005
	D	0,449	0,039	0,031	0,001	0,002
	E	0,100	0,020	0,032	0,001	0,001

Nota: não se apresenta os resultados do teste de Bonferroni para o ano de 2014 dado não existirem diferenças significativas entre as categorias nesse ano.

De acordo com a Tabela 22, em 2013, os Hospitais e ULS de categoria B diferem significativamente dos da categoria F ( $p < 0,05$ ) quanto ao seu desempenho económico-financeiro sendo que em média o desempenho económico-financeiro dos Hospitais e ULS da categoria B era de -0,34 ( $dp^{29} = 0,70$ ) enquanto na categoria F era de 1,05 ( $dp = 0,83$ ).

Em 2015, observa-se que os Hospitais da categoria F diferem significativamente dos Hospitais e ULS de todas as restantes categorias ( $p < 0,05$ ). Em média, o desempenho económico-financeiro dos Hospitais e ULS de categoria F é de 1,12 ( $dp = 0,65$ ) enquanto nos restantes Hospitais e ULS varia entre -0,12 (categoria E) e 0,10 (categoria C).

Em 2016, observa-se que os hospitais da categoria F diferem significativamente dos de categorias B, D e E. Em média, o desempenho económico-financeiro dos Hospitais e ULS de categoria F é de 1,14 ( $dp = 0,75$ ), enquanto os de categoria B é de -0,15 ( $dp = 0,56$ ), os de categoria D é de -0,53 ( $dp = 0,34$ ) e os de categoria E é de -0,08 ( $dp = 0,28$ ).

Em 2017, repetiu-se o padrão de 2015, sendo que o desempenho económico-financeiro dos Hospitais e ULS de categoria F se cifre, em média, nos 1,47 ( $dp = 0,81$ ), enquanto os das restantes categorias varia entre -0,14 (categoria E) e 0,10 (categoria C).

<sup>29</sup> Desvio Padrão.

Em 2018, repetiu-se o padrão de 2015 e de 2017. Observa-se que os Hospitais da categoria F diferem significativamente dos Hospitais e ULS das restantes categorias. Em média, o desempenho económico-financeiro dos Hospitais e ULS da categoria F ascendeu a 1,43 ( $dp = 0,87$ ) enquanto os das restantes categorias varia entre -0,29 (categoria E) e 0,11 (categoria C).

Os resultados alcançados permitem corroborar parcialmente  $H_2$ , ou seja, o desempenho económico-financeiro dos Hospitais e ULS é influenciado pelas suas categorias, exceto o ano de 2014. As EPE da categoria F têm em todos os anos analisados, desempenho financeiro, significativamente superior às das restantes categorias. Nas EPE das restantes categorias não emergiram diferenças significativas entre si quanto ao desempenho económico-financeiro.

### **$H_3$ - O risco financeiro dos Hospitais e ULS é influenciado pelas suas categorias**

Para testar  $H_3$ , começou-se por estudar, para cada categoria do contrato-programa e para cada ano, se o risco financeiro seguia uma distribuição normal. Para isso utilizou-se o teste Shapiro-Wilk.

**Tabela 23 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o risco financeiro segue uma distribuição normal**

Variável		Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Valor p
RF13	B	0,60	7	0,000
	C	0,73	14	0,001
	D	0,64	6	0,001
	E	0,50	6	0,000
	F	0,73	4	0,024
RF14	B	0,83	8	0,056
	C	0,81	13	0,009
	D	0,45	7	0,000
	E	0,64	6	0,001
	F	0,86	4	0,272
RF15	C	0,46	13	0,000
	F	0,73	4	0,024
RF16	B	0,57	8	0,000
	C	0,71	13	0,001
	D	0,66	7	0,001
	E	0,50	6	0,000
	F	0,86	4	0,272
RF17	B	0,57	8	0,000
	C	0,71	13	0,001
	D	0,66	7	0,001
	E	0,50	6	0,000
	F	0,73	4	0,024
RF18	B	0,57	8	0,000
	C	0,71	13	0,001
	D	0,66	7	0,001
	E	0,50	6	0,000

Nota: A variável RF15 é constante quando a categoria do contrato-programa é B, D e E. O mesmo acontece com a variável RF18 quando a categoria do contrato-programa é F/P.

Tal como se observa na Tabela 23, como na maioria dos grupos a variável em estudo não apresenta uma distribuição normal, optou-se por recorrer aos testes não paramétricos (teste de Kruskal- Wallis) para testar H<sub>3</sub>.

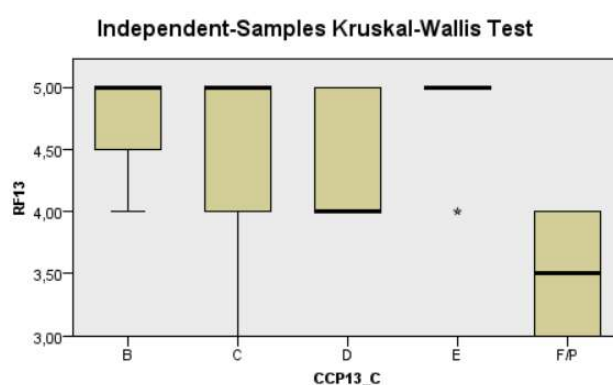
**Tabela 24 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para o risco financeiro, por categoria e por ano**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
$\chi^2$	10,714	7,679	8,779	10,566	10,419	6,135
Gl	4	4	4	4	4	4
Valor p	0,030	0,104	0,067	0,032	0,034	0,189

De acordo com a Tabela 24, o teste de Kruskal-Wallis, para os anos de 2014, 2015 e 2018 não se rejeita H<sub>0</sub> (as distribuições dos valores da variável dependente são idênticas na K populações) e conclui-se que nestes anos a categoria do contrato-programa não influenciou o risco financeiro. Porém, em 2013, 2016 e 2017, sendo  $p < \alpha = 0,05$ , rejeita-se a hipótese H<sub>0</sub>, e conclui-se que o contrato-programa influencia o risco financeiro nestes anos.

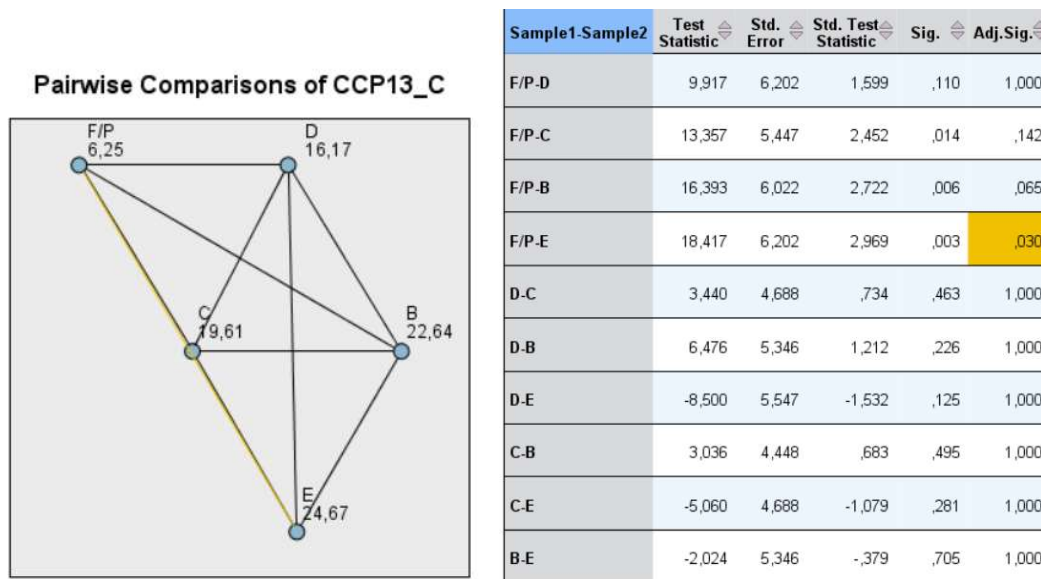
Para os anos de 2013, 2016 e 2017, para identificar qual, ou quais, as categorias em que o risco financeiro é significativamente diferente é necessário proceder à comparação múltipla das médias de ordens (Marôco, 2007).

**Figura 9 - Caixa de bigodes do risco financeiro do ano de 2013 e por categoria**



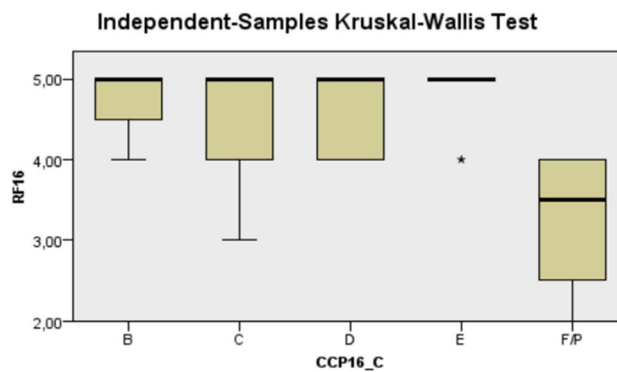
<b>Total N</b>	37
<b>Test Statistic</b>	10,714
<b>Degrees of Freedom</b>	4
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,030

**Figura 10 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn do risco financeiro do ano de 2013 e por categoria**



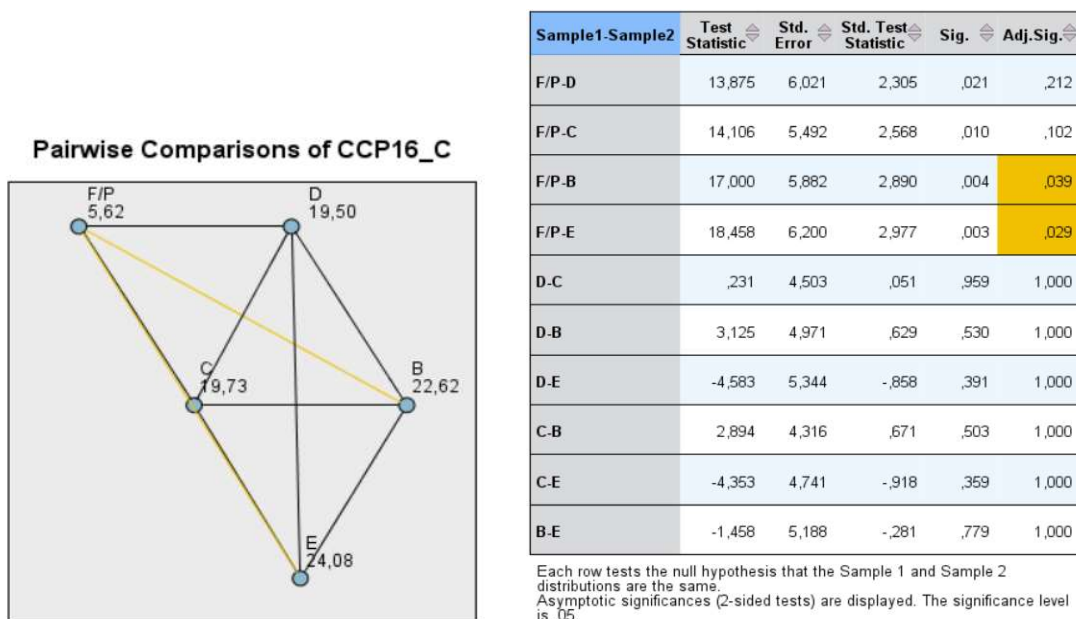
De acordo com as Figuras 9 e 10, para o ano de 2013, a comparação múltipla de médias de ordens de Dunn dos Hospitais e ULS do risco financeiro, os hospitais de categoria F apresentam uma distribuição do risco financeiro significativamente diferente dos hospitais e ULS de categoria E ( $p = 0,030$ ). Assim, em 2013 o valor de risco financeiro foi menor nos Hospitais e ULS de categoria F e maior nos hospitais e ULS de categoria E.

**Figura 11 - Caixa de bigodes do risco financeiro do ano de 2016 e por categoria**



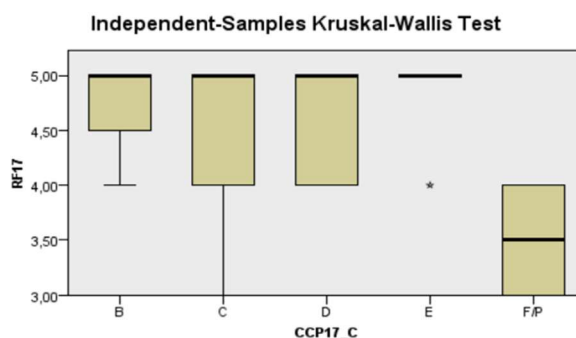
<b>Total N</b>	38
<b>Test Statistic</b>	10,566
<b>Degrees of Freedom</b>	4
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,032

**Figura 12 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn do risco financeiro do ano de 2016 e por categoria**



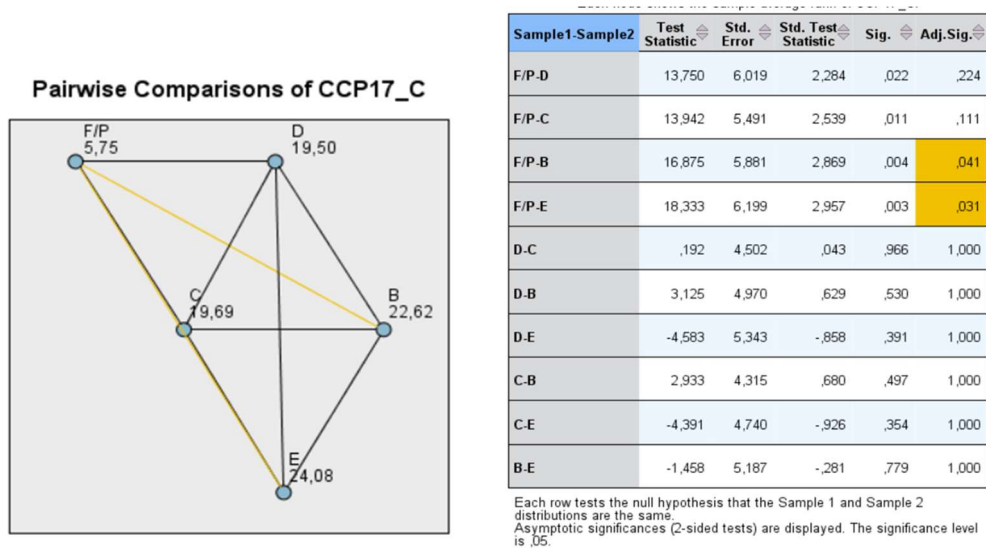
De acordo com as Figuras 11 e 12, para o ano de 2016, a comparação múltipla de médias de ordens de Dunn dos Hospitais e ULS do risco financeiro, os hospitais de categoria F apresentam uma distribuição do risco financeiro significativamente diferente dos hospitais e ULS de categoria B ( $p = 0,039$ ) e de E ( $p = 0,029$ ). Assim, em 2016 o valor de risco financeiro foi menor nos Hospitais e ULS de categoria F e maior nos hospitais e ULS de categoria B e E.

**Figura 13 - Caixa de bigodes do risco financeiro do ano de 2017 e por categoria**



Total N	38
Test Statistic	10,419
Degrees of Freedom	4
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,034

**Figura 14 - Comparações múltiplas das ordens de Dunn do risco financeiro do ano de 2017 e por categoria**



De acordo com as Figuras 13 e 14, para o ano de 2017, a comparação múltipla de médias de ordens de Dunn dos Hospitais e ULS do risco financeiro, os hospitais de categoria F apresentam uma distribuição do risco financeiro significativamente diferente dos hospitais e ULS de categoria B ( $p = 0,041$ ) e E ( $p = 0,031$ ). Assim, em 2017 o valor de risco financeiro foi menor nos Hospitais e ULS de categoria F e maior nos hospitais e ULS de categoria B e E.

Como quanto maior o valor, menor o risco financeiro, os hospitais de categoria F são os que apresentam menor risco e os da categoria B e E os que têm maior risco.

Os resultados permitem corroborar parcialmente  $H_3$ , dado que em 2013, 2016 e 2017, observou-se que o risco financeiro dos Hospitais e ULS é influenciado pela categoria das instituições de saúde. Note-se que nos restantes anos tal resultado não foi visível. Em 2013, 2016 e 2017, o risco foi menor nos Hospitais da categoria F e maior nos Hospitais e ULS de categorias C e E.

#### **$H_4$ – O prazo médio de pagamentos dos Hospitais e ULS é influenciado pelas categorias das EPE**

Para testar  $H_4$ , começou-se por testar para cada categoria do EPE e para cada ano, se o prazo médio de pagamentos seguia uma distribuição normal. Recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para o efeito.

**Tabela 25 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o prazo médio de pagamentos segue uma distribuição normal**

		Shapiro-Wilk		
		Estatística	Gl	Valor p
PMP13	B	0,91	7	0,364
	C	0,88	14	0,063
	D	0,73	6	0,013
	E	0,97	6	0,916
	F	0,87	4	0,307
		Shapiro-Wilk		
CCP14		Estatística	Gl	Valor p
PMP14	B	0,89	8	0,214
	C	0,87	13	0,058
	D	0,84	7	0,095
	E	0,94	6	0,636
	F	0,84	4	0,189
		Shapiro-Wilk		
CCP15		Estatística	Gl	Valor p
PMP15	B	0,92	8	0,402
	C	0,93	13	0,382
	D	0,89	7	0,277
	E	0,94	6	0,678
	F	0,71	4	0,014
		Shapiro-Wilk		
CCP16		Estatística	Gl	Valor p
PMP16	B	0,89	8	0,227
	C	0,94	13	0,451
	D	0,90	7	0,304
	E	0,94	6	0,659
	F	0,80	4	0,095
		Shapiro-Wilk		
CCP17		Estatística	Gl	Valor p
PMP17	B	0,85	8	0,093
	C	0,98	13	0,969
	D	0,95	7	0,748
	E	0,91	6	0,464
	F	0,91	4	0,463
		Shapiro-Wilk		
CCP18		Estatística	Gl	Valor p
PMP18	B	0,98	8	0,974
	C	0,98	13	0,957
	D	0,95	7	0,713
	E	0,78	6	0,039
	F	0,91	3	0,430

Observa-se na Tabela 25 que na grande maioria dos grupos (27 em 30 possíveis), o prazo médio de pagamentos segue uma distribuição normal ( $p > 0,05$ ), pelo que para testar se existem diferenças nesta variável devido à categoria da EPE vai recorrer-se a testes paramétricos (One-way ANOVA). Contudo, antes de prosseguir, é necessário testar a homocedasticidade das variâncias recorrendo ao teste de Levene.

O teste de Levene para o prazo médio de pagamentos por categorias para os anos de 2013 e 2014 sugere que as variâncias não são homogêneas ( $p < 0,05$ ), embora nos anos de 2015 a 2018 a homocedasticidade ocorra ( $p > 0,05$ ) (Tabela 25).

**Tabela 26 – Teste de Levene**

IPMP	Teste de Levene	gl1	gl2	Valor p
2013	3,36	4	32	0,021
2014	6,17	4	33	0,001
2015	2,51	4	33	0,061
2016	2,19	4	33	0,092
2017	0,52	4	33	0,720
2018	1,51	4	32	0,222

Face aos resultados do teste de Levene, para os anos de 2013 e 2014, deve-se recorrer à estatística de Welch (quando as variâncias não são homogêneas) e nos restantes anos à Estatística F (quando as variâncias são homogêneas), ambos da One way ANOVA.

De acordo com os resultados da estatística Welch (Tabela 27), nos anos 2013 e 2014, a categoria EPE tem um efeito estatisticamente significativo sobre o prazo médio de pagamentos dos Hospitais e ULS. Nos restantes anos não se observa um efeito significativo da categoria no prazo médio de pagamento.

**Tabela 27 – Resultados do teste F e teste de Welch/ One way ANOVA para o prazo médio de pagamento**

IPMP	Teste Welch	Teste F
2013	Sig =0,011	
2014	Sig =0,011	
2015		Sig = 0,140
2016		Sig = 0,110
2017		Sig = 0,147
2018		Sig = 0,276

Prossegue-se, agora, com a comparação múltipla das médias, recorrendo ao teste Bonferroni, para os anos de 2013 e 2014 (Tabela 28). Apesar do resultado sugerido pela estatística de Welch, a comparação múltipla das médias sugere que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o prazo médio de pagamento dos Hospitais e das ULS com diferentes categorias.

**Tabela 28- Resultados do teste de Bonferroni para o prazo médio de pagamentos por categoria  
(nível de significância)**

Categorias		2013	2014
B	C	1,000	1,000
	D	1,000	1,000
	E	1,000	1,000
	F	1,000	1,000
C	B	1,000	1,000
	D	1,000	0,404
	E	1,000	1,000
	F	0,552	0,132
D	B	1,000	1,000
	C	1,000	0,404
	E	1,000	1,000
	F	1,000	1,000
E	B	1,000	1,000
	C	1,000	1,000
	D	1,000	1,000
	F	1,000	1,000
F	B	1,000	1,000
	C	0,552	0,132
	D	1,000	1,000
	E	1,000	1,000

Pese embora as diferenças entre Hospitais e ULS de diferentes categorias não seja estatisticamente significativa, observa-se o seguinte (Tabela 29):

- ✓ Nos anos 2013, 2014, 2015, 2017, 2018 as entidades hospitalares da categoria C, apresentam os prazos médios de pagamentos mais elevados;
- ✓ No ano 2016 as entidades hospitalares da categoria E é que tiveram um prazo médio de pagamento superior;
- ✓ Em todos os períodos de análise, as entidades hospitalares da categoria F tiveram o menor prazo médio de pagamento. Só em 2017 é que ultrapassaram os 100 dias.

**Tabela 29 – Prazo médio de pagamentos (em dias), por categoria**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cat.B	283	233	148	157	205	148
Cat.C	308	349	225	244	266	225
Cat.D	246	159	158	193	256	158
Cat.E	251	263	209	256	264	209
Cat.F	74	64	62	72	107	62

Os resultados não permitem corroborar H<sub>4</sub>, ou seja, não existem evidências estatísticas que o prazo médio de pagamentos seja influenciado pelas categorias EPE. Apesar de não ser possível afirmar tal relação, observa-se, ainda assim, que os Hospitais e ULS da categoria F são as que apresentam prazo sistematicamente menores.

Contudo, os prazos médios de pagamentos no período do estudo são muitos elevados, devido aos valores do passivo de todas EPE, que em 2018, são superiores a 4,3 mil milhões de euros, apesar de nos anos da troika e seguintes ter existido uma injeção de capital nas EPE para pagar aos fornecedores.

Porém, a média do prazo médio dos pagamentos das EPE, continua em valores elevados, em todas as suas categorias, exceto a categoria F. Contudo em 2017 e 2018 o prazo médio de pagamentos, nesta categoria, apesar de ser a mais baixa de todas as outras, situa-se acima dos 100 dias no ano 2017 e inferior no ano de 2018.

#### **H<sub>5</sub> – Existe uma associação positiva entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contratos-programa dos Hospitais e ULS, EPE**

Para testar H<sub>5</sub>, recorrer-se-á ao cálculo de coeficientes de correlação. Para o efeito começa-se por testar se o grau de execução dos contratos-programa e o desempenho financeiro seguem uma distribuição normal (Tabela 30). Recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para o efeito.

**Tabela 30- Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contrato-programa seguem uma distribuição normal**

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Valor p
GE13	0,78	37	0,000
GE14	0,83	37	0,000
GE15	0,96	37	0,152
GE16	0,82	37	0,000
GE17	0,92	37	0,011
GE18	0,91	37	0,006
IDEF13	0,95	37	0,074
IDEF14	0,87	37	0,000
IDEF15	0,91	37	0,006
IDEF16	0,90	37	0,003
IDEF17	0,91	37	0,008
IDEF18	0,91	37	0,006

Atendendo que a maioria das variáveis não segue uma distribuição normal (segundo o teste de Shapiro-Wilk), opta-se por testar a  $H_5$  através do coeficiente de correlação de Spearman.

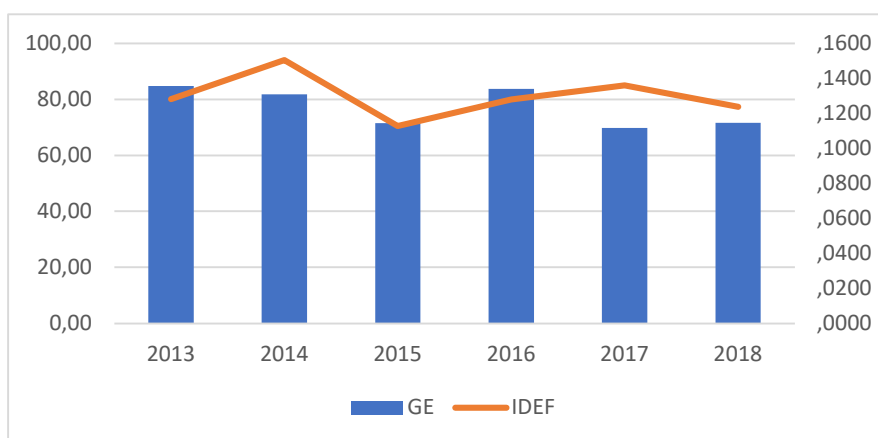
**Tabela 31 – Associação entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contrato-programa (coeficiente de correlação de Spearman)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Correlação	0,23	0,48*	0,35*	0,15	0,14	0,17
Valor p	0,161	0,002	0,031	0,372	0,388	0,301

De acordo com Tabela 31, nos anos de 2014 e 2015, verificou-se uma associação positiva entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contratos-programa (coeficientes de correlação de Spearman de 0,48 e 0,35, respetivamente).

A média de execução dos contratos-programa para os anos de 2014 e 2015 foi respetivamente 81,84 e 71,45 pontos em 100 pontos possíveis. Por sua vez o IDEF destes 2 anos tiveram como valores 0,15 e 0,11, respetivamente (Figura 15).

**Figura 15 – Evolução dos valores médios do IDEF e do IGE**



Nos restantes anos a associação positiva entre estas variáveis não ocorreu. A  $H_5$ , é, portanto, parcialmente corroborada.

Este resultado pode estar associado, a uma planificação deficiente dos contratos-programa, em virtude de muitos deles terem sofrido várias adaptações até à sua versão final. A última versão ocorreu, em algumas vezes, passados 2 anos, após a feitura das demonstrações financeiras do respetivo ano. O autor para mitigar eventuais erros, tal como referiu anteriormente, analisou unicamente a 1.<sup>a</sup> versão dos contratos-programa assinados por cada EPE.

Diniz (2013), refere que os investigadores têm sugerido a introdução de sistemas de incentivos para a promoção de uma melhoria no cumprimento das cláusulas em sede de contrato-programa. Assim, seria de prever que essa melhoria do grau de execução conduzisse a uma melhoria do desempenho económico-financeiro, mas tal ainda não foi visível com a análise destes dados.

#### **$H_6$ – Existe uma associação negativa entre o desempenho económico-financeiro e o risco financeiro dos Hospitais e ULS, EPE**

Para testar  $H_6$ , recorrer-se-á ao cálculo de coeficientes de correlação. Para o efeito começa-se por testar se o grau de execução dos contrato-programa e o desempenho financeiro seguem uma distribuição normal (Tabela 32). Recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para o efeito.

Atendendo que a maioria das variáveis não segue uma distribuição normal (segundo o teste de Shapiro-Wilk), opta-se por testar a  $H_6$  através do coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 33).

**Tabela 32 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o desempenho económico-financeiro e o risco financeiro seguem uma distribuição normal**

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
IDEF13	0,95	37	0,074
IDEF14	0,87	37	0,000
IDEF15	0,91	37	0,006
IDEF16	0,90	37	0,003
IDEF17	0,91	37	0,008
IDEF18	0,91	37	0,006
RF13	0,73	37	0,000
RF14	0,80	37	0,000
RF15	0,37	37	0,000
RF16	0,70	37	0,000
RF17	0,71	37	0,000
RF18	0,70	37	0,000

**Tabela 33 – Associação entre o desempenho-financeiro e o risco financeiro (coeficiente de correlação de Spearman)**

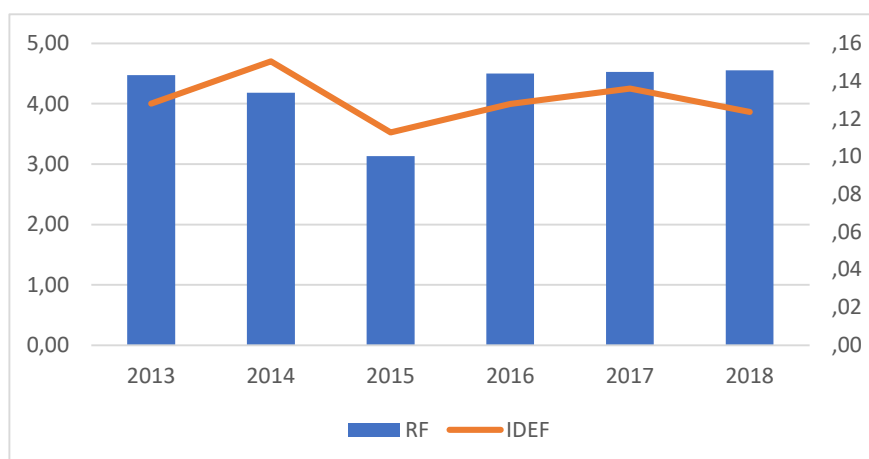
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Correlação	-0,83*	-0,81*	0,24	-0,76*	-0,82*	- 0,83*
Valor p	0,000	0,000	0,141	0,000	0,000	0,000

Nota: \* valor  $p < 0,05$

Nos anos de 2013, 2014, 2016, 2017 e 2018 verificou-se uma associação negativa entre o desempenho económico-financeiro e o risco financeiro (coeficientes de correlação de Spearman entre -0,76 e -0,83). Apenas no ano de 2015 esta associação não ocorreu. A  $H_6$ , é, portanto, parcialmente corroborada.

Em síntese, os resultados permitem corroborar  $H_6$ , ou seja, existem evidências estatísticas que exista uma associação negativa entre o desempenho económico financeiro e o risco financeiro, com exceção do ano de 2015. Nesse ano a média do risco financeiro das EPE foi de 3 e do desempenho económico foi de 0,93, as mais baixas do período em estudo (Figura 16).

**Figura 16 - Evolução dos valores médios do IDEF e do IRF**



**H<sub>7</sub> – Existe uma associação positiva entre o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro dos Hospitais EPE e ULS, EPE**

Para testar H<sub>7</sub>, recorrer-se-á ao cálculo de coeficientes de correlação. Para o efeito começa-se por testar se o grau de execução dos contrato-programa e o desempenho financeiro seguem uma distribuição normal (Tabela 34). Recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para o efeito.

Atendendo que a maioria das variáveis não segue uma distribuição normal (segundo o teste de Shapiro-Wilk), opta-se por testar a H<sub>7</sub> através coeficientes de correlação de Spearman (Tabela 35).

**Tabela 34 - Resultados do teste de Shapiro-Wilk para avaliar se o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro seguem uma distribuição normal**

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.
RF13	0,73	37	0,000
RF14	0,80	37	0,000
RF15	0,37	37	0,000
RF16	0,70	37	0,000
RF17	0,71	37	0,000
RF18	0,70	37	0,000
PMP13	0,89	37	0,002
PMP14	0,88	37	0,001
PMP15	0,93	37	0,028
PMP16	0,95	37	0,103
PMP17	0,98	37	0,665
PMP18	0,98	37	0,773

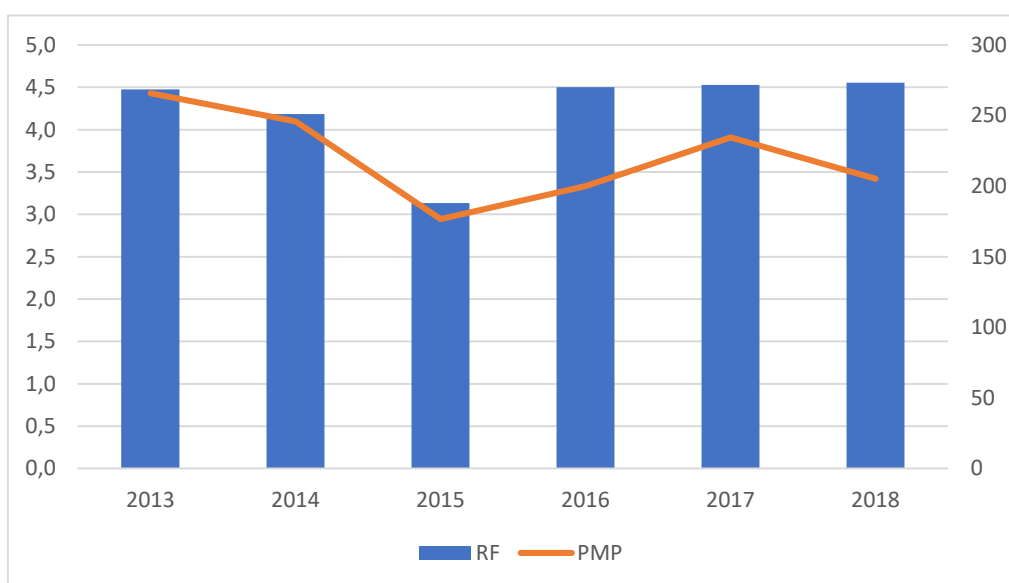
**Tabela 35 – Associação entre o Prazo Médio de Pagamentos e o Risco Financeiro (coeficientes de correlação de Spearman)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Correlação	0,48*	0,70*	-0,30	0,63*	0,51*	0,43*
Valor p	0,002	0,000	0,06	0,000	0,001	0,007

Nos anos de 2013, 2014, 2016, 2017 e 2018 verificou-se uma associação positiva entre o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro (coeficientes de correlação de Spearman entre 0,48 e 0,70). Apenas no ano de 2015 esta associação positiva não ocorreu.

Em síntese, os resultados permitem corroborar  $H_7$ , ou seja, existem evidências estatísticas que exista uma associação positiva entre o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro, com exceção do ano de 2015. Nesse ano a média do IPMP foi 172 dias e o IRF foi de 3, as mais baixas do período em estudo (Figura 17).

**Figura 17 - Evolução dos valores médios do IPMP e do IRF**



## **6 PRINCIPAIS CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÃO FUTURA**

A situação económica e financeira do sistema de saúde tem vindo a deteriorar-se gerando défices e endividamento, pelo que assume uma maior importância a contratualização, enquanto instrumento de apoio ao financiamento das EPE.

O processo de contratualização das EPE e respetivo financiamento atualmente vigente enferma de algumas vicissitudes. Esta conduta, deriva do facto, dos contratos-programa, serem assinados, com uma estimativa de produção contratada, e que no decurso do ano em curso sofrem alguns ajustamentos, por via do surgimento de adendas, consubstanciado na transferência adicional de montantes por parte da ACSS.

Por outro lado, o encerramento definitivo dos contratos-programa, só ocorre posteriormente, e muito deles após aprovação das contas das EPE do ano em causa.

No que respeita às variáveis em estudo, o IDEF, o IGE e o IPMP, em termos de valores médios, apresentam uma volatilidade nos comportamentos ao longo do período em estudo. Por sua vez o IRF, com exceção do ano de 2015, apresenta um comportamento estável.

Contudo, é possível afirmar de uma forma geral, que os objetivos propostos em relação às hipóteses de estudo no presente trabalho foram atingidos.

Os resultados encontrados permitem concluir que o grau de execução dos contratos-programa não é influenciado pelas categorias das EPE, com exceção do ano de 2018; o indicador composto desempenho económico-financeiro é influenciado pelas categorias EPE, exceto no ano de 2014; o indicador composto risco financeiro só é influenciado pelas categorias EPE nos anos de 2013, 2016 e 2017 e o indicador prazo médio de pagamentos não é influenciado pelas categorias EPE.

Todavia, só se verifica associação positiva entre o desempenho económico-financeiro e o grau de execução dos contratos-programa nos anos de 2014 e 2015.

Porém, ficou demonstrado pela evidência estatística que existe uma associação negativa entre o desempenho económico financeiro e o risco financeiro, com exceção do ano de

2015 e uma associação positiva entre o prazo médio de pagamentos e o risco financeiro, com exceção do ano de 2015, aliás já expectável.

Pelo exposto, apesar do financiamento das EPE ter uma forte expressão nas contas do SNS, o processo de contratualização ainda precisa de melhorias, com métricas objetivas, evitando sucessivas adendas que possam ocorrer no decurso do ano, de modo a se poder fazer análises mais pragmáticas ao desempenho das EPE, de forma a se poder criar planos para minimizar o impacto das contas das EPE nas contas do Orçamento de Estado do ano em causa.

Para que isto possa acontecer, é indispensável ter presente a tempestividade da informação enviada pelas EPE aos organismos tutelares, de forma a sanar as incongruências detetadas nos diversos relatórios elaborados pelos organismos de auditoria competentes.

Como limitações ao presente trabalho apresentam-se a escassez de estudos desenvolvidos com o mesmo objeto de estudo, ou de um estudo similar com a dimensão das EPE envolvidas.

O autor deseja que os resultados deste trabalho possam fornecer importantes contributos para o desenvolvimento do conceito de desempenho financeiro e risco financeiro na perspetiva académica, bem como motivar futuros trabalhos na realização de análises relativas ao impacto destes conceitos no setor da saúde, assim como nas organizações em geral.

A realização deste trabalho deixa, com certeza, algumas questões por responder que não são abarcadas pelo tema desta investigação, mas podem suscitar o interesse em pesquisas futuras.

Adicionalmente, o autor verificou a necessidade de desenvolver uma nova investigação com outro tipo de variáveis, por forma a analisar um conjunto de fatores mais alargados, que poderão ter impacto na análise do desempenho económico-financeiro e no risco financeiro das EPE.

Como sugestões de investigação futura ao impacto do desempenho económico-financeiro e do risco financeiro, elenca-se o estudo de outras áreas de desempenho, designadamente, qualidade e eficiência, acesso e desempenho assistencial, de forma que se possa estudar

alguma associação negativa ou positiva entre as diferentes variáveis e as elencadas nesta investigação.

Por outro lado, a elaboração de um estudo comparativo internacional (europeu e/ou mundial) entre os hospitais públicos existentes nos países alvo do estudo pode ser uma temática a explorar.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2012) *Contrato-Programa 2013 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*, novembro de 2012. DPS, Lisboa

ACSS (2014) *Contrato Programa 2015-Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*, julho de 2014, DPS, Lisboa.

ACSS (2016) *Circular Normativa n.º 16, de 1 de julho- Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP, ADM das Forças Armadas, Imprensa Nacional Casa da Moeda que devam ser cobradas*, DPS, Lisboa

ACSS (2017) *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*. Lisboa

ACSS (2018) *Circular Normativa n.º 8, de 1 de junho – Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas Instituições Hospitalares ao abrigo do Contrato-Programa 2018*. DPS, Lisboa

ACSS (2019) *Circular Normativa n.º 6, de 21 de março - Registos Contabilísticos associados ao Contrato Programa, Programas Verticais e Convenções Internacionais*, Lisboa.

Afonso, A.; Fernandes, S. (2005) *Assessing and explaining the relative efficiency of local government: evidence for Portuguese Municipalities*.

Afonso, A; Schuknecht, L.; Tanzi, V. (2003) *Working Paper n.º 242- Public Sector Efficiency: An International Comparison*, Working Paper Series, European Central Bank.

Alves, A.S.D. (2011) *Responsabilidade e Governação na Moderna Gestão Hospitalar*, tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Antunes, E; Gonçalves, J.P; Santos, M. de F.; Alexandre, M & Godinho, P. (2012) *Contratualização em Saúde- Efetividade do Sistema de Incentivos*, 8º Congresso Nacional de Administração Pública – Desafios e Soluções, INA, Lisboa, pp.191-217.

Barros, P.P (1999) *Eficiência e modos de pagamento aos hospitais*, In Livro de homenagem a Augusto Mantas, Pedro Pita Barros e Jorge Simões (Editores), Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa.

Barros, P.P. & Gomes, J.P (2002) *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalares e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*; GANEC- Gabinete de Análise Económica, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Barros, P. P. (2014) *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Sustentabilidade em Saúde*, Direção-Geral de Saúde, Lisboa.

Caleiro, A.B. (2018) *Bem Estar, Qualidade de Vida e Saúde em Portugal – Uma proposta metodológica para os seus indicadores*, Desenvolvimento e Sociedade, n.º 4, julho, pp. 21-27.

Campos A. (2008) *Reforma da Saúde: o fio condutor*. Edições: Almedina, Coimbra.

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

Campos, A.C de (2019) *Administração Pública e Saúde- Ensaio de Circunstância*, Almedina, Coimbra.

Costa, C.; Santana, R. & Boto, P. (2008) *Financiamento por capitalização ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume 7, pp.67-102.

Costa & Lopes S. (2014) *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (Internamento) em Portugal Continental: 2013*, Relatório provisório. ENSP/UNL, Lisboa.

Damodaran, A (1997) *Corporate Finance: Theory and Practice*, John Wiley & Sons.

Diniz, V.C.A (2013) *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses- o Caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.*, Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Finanças, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Domingues, D.C.O (2018) *A Contratualização como um Processo de Melhoria do Desempenho das Instituições de Saúde – O Caso das Unidades Hospitalares da Região Centro*, Relatório de Estágio – Mestrado em Gestão, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Escoval et al. (2007) *Projeto de investigação inovação em políticas de saúde: O caso da contratualização em Portugal*. ACSS, Lisboa.

Escoval, A, Santos, A.T.L & Barbosa, P. (2016) *Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados*, Tempus, actas da saúde colet, Brasília 10(1), pp.17-27. DOI:<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1858>.

Fernandes, C; Peguinho, C., Vieira, C. & Neiva, J. (2012) *Análise Financeira: teoria e prática*. Editora: Sílabo, Lisboa.

Fortin, M. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lisboa: Lusodidata

Giraldes, M. do R (2007) *Avaliação da eficiência e da qualidade em centros de saúde*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 25, n.º 2, julho / dezembro, pp.31-50.

Greenwood, J.M, Baylis R.M. & Tao. L (2017) *Regulatory incentives and financial reporting quality in public healthcare organisations*, Accounting and Business Research, Vol.47, n.º 7, 831-855. <https://doi.org/10.10180/00014788.2017.1343116>.

Instituto Nacional de Estatística (2017) *Índice de Bem Estar 2004-2016*. Lisboa

Inspeção Geral de Finanças (2016) *Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Auditoria à aplicação da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso*, Relatório n.º 2016/1655, Ministério das Finanças, Lisboa.

Martins, A (2002) *Introdução à Análise Financeira de Empresas*, Vida Económica, Porto.

Marôco, J. (2007) *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª edição)*. Edições Sílabo, Lisboa.

Marôco, J. (2010) *Análise estatística com PASW Statistics (ex-SPSS)*. Report Number, Pero Pinheiro.

Monitor (2011) *Compliance Framework 2011/12*. London. IRG 04/11.

Monitor (2013) *Compliance Framework 2013/14*. London. IRG 07/13.

Moreira, I.M.D (2011) *Comparação de Resultados: Prestação de Cuidados Saúde Hospitalares Públicos e Privados*, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto.

Neves, J.C das (2012) *Análise e Relato Financeiro - Uma Visão Integrada de Gestão*, Texto Editores, Alfragide.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) *10 anos de OPSS, 30 anos de SNS, Razões para continuar*, Relatório Primavera, Escola Nacional de Saúde Pública /Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) *Crise & Saúde – um país em sofrimento*, Relatório Primavera, Escola Nacional de Saúde Pública /Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018) *Meio Caminho Andando*, Relatório Primavera, Escola Nacional de Saúde Pública /Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Oliveira, R. (2014) *Fusão de hospitais em centros hospitalares: impacto no seu desempenho operacional e financeiro*, dissertação de mestrado em Contabilidade e Análise Financeira, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa.

OECD (2008) *Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide*. European Commission.

Pereira, J. (2004) *Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos*, Documento de Trabalho n.º 1/93, 4ª Edição, Escola Nacional de Saúde Pública /Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa

Pinho, C., Valente, R., Madaleno, M., & Vieira, E. (2011) *Risco Financeiro- Medida e Gestão*, Edições Sílabo.

Prodanov, C & Freitas, E. (2013) *Metodologia do trabalho científico -Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico (2ª edição)*. Brasil: Editora Feevale.

Rego, G (2008) *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos – Um Aplicação no Setor da Saúde*, Vida Económica, Porto.

Seabra, J.M.Z., (2013) *A Gestão do Risco Financeiro*, Relatório de Estágio- Mestrado em Gestão, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Tribunal de Contas (2004) *Setor Empresarial do Estado- Situação financeira e práticas de bom governo*, Relatório n.º 01/04- 2ª Secção, Lisboa.

Tribunal de Contas (2006) *Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE – Período - 2001 a 2004*, Vol. I- Relatório n.º 20/06- Audit., Lisboa.

Tribunal de Contas (2017) *Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde- Exercícios de 2015 e 2016*, Relatório n.º 27/2017 – 2º Secção, Lisboa

Tribunal de Contas (2018a) *Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE*, Relatório n.º 12/2018, Volume I- Relatório e Anexo. 2ª Secção, Lisboa.

Tribunal de Contas (2018b) *Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercício de 2017*, Relatório n.º 20 / 2018, 2ª Secção, Lisboa.

Tribunal de Contas (2020) *Auditoria de seguimento à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercício de 2018*, Relatório n.º 3 /2020, Volume I, 2º Secção, Lisboa.

Viana, L.C. & Centeno, L.G., (2019) *Contratualização com as Empresas Públicas Prestadoras de Cuidados de Saúde – Documento Ocasional*, Conselho de Finanças Públicas, Lisboa.

## **Legislação**

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.*

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

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

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro *Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.*

Despacho n.º 11374/2011, 29 de agosto *Divulgação mensalmente por parte da Administração Central do Serviço de Saúde, I.P. dos dados de atividade, desempenho assistencial e económico-financeiro das entidades do Serviços Nacional de Saúde*

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

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro *Aprova a Lei de Bases da Saúde*

Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, de 27 de abril *Criação para a Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas*

Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008, de 22 de fevereiro *Programa Pagar a Tempo e Horas*

## **Website**

Pordata (2020) Despesas do Estado em Saúde. <https://www.pordata.pt>

## **ANEXOS**

## Anexo 1- Entidades do Ministério da Saúde

<b>ANEXO 1</b>	
<b>Entidades do Ministério da Saúde</b>	
<b>Entidades não pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde</b>	
	<b>ACÇÃO GOVERNATIVA - entidade contabilística</b>
	GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE
	GABINETE DO SECRETARIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE
	GABINETE DO SECRETARIO DE ESTADO DA SAÚDE
	<b>INSPEÇÃO-GERAL DAS ATIVIDADES EM SAÚDE</b>
	<b>SECRETARIA-GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>
	<b>DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE</b>
	SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDENCIAS
	INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA, I.P (ADSE)
	ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE
	EAS EMPRESA AMBIENTE NA SAÚDE, TRATAMENTO DE RESIDUOS HOSPITALARES UNIPessoal, L
	FUNDO PARA A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
	INFARMED - AUTORIDADE NAC. DO MEDICAMENTO E PROD. DE SAUDE, I.P.
	INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MEDICA, I.P.
	SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTERIO DA SAUDE, EPE
	SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS (SUCH)
<b>Cód SIEF</b>	<b>Entidades pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS)</b>
3	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAUDE, I.P.
13	INSTITUTO PORTUGUES DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO
22	INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE I.P.
112	HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR
115	HOSPITAL ARCEBISPO JOAO CRISOSTOMO - CANTANHEDE
141	CENTRO MEDICO DE REABIL. DA REG. CENTRO - ROVISCO PAIS
147	INSTITUTO OFTALMOLOGICO DR. GAMA PINTO
891	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAUDE DO NORTE, I.P.
892	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.
893	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAUDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.
894	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAUDE DO ALENTEJO, I.P.
895	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAUDE DO ALGARVE, I.P.
950	CENTRO HOSPITALAR PSIQUIATRICO DE LISBOA
1001	CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA, EPE
1003	CENTRO HOSPITALAR MEDIO TEJO, EPE
1008	HOSPITAL DISTRITAL FIGUEIRA DA FOZ, EPE
1009	HOSPITAL DISTRITAL S.MARIA MAIOR, EPE - BARCELOS
1010	HOSPITAL DISTRITAL SANTAREM, EPE
1012	HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE - ALMADA
1018	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, EPE
1029	INSTITUTO PORTUGUES DE ONCOLOGIA DE COIMBRA, EPE
1030	INSTITUTO PORTUGUES DE ONCOLOGIA DE LISBOA, EPE
1031	INSTITUTO PORTUGUES DE ONCOLOGIA DO PORTO, EPE
1034	CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA - ZONA OCIDENTAL, EPE
1035	CENTRO HOSPITALAR DE SETUBAL, EPE
1039	HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE
1040	CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
1042	CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE
1043	CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE, EPE
1045	CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA GAIA/ESPINHO, EPE
1046	UNIDADE LOCAL SAÚDE NORTE ALENTEJANO, EPE
1047	CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, EPE
1048	CENTRO HOSPITALAR DO TAMEGA E SOUSA, EPE
1049	CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE
1051	CENTRO HOSPITALAR PÓVOA VARZIM / VILA DO CONDE, EPE
1053	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO, EPE
1054	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, EPE
1055	UNIDADE LOCAL DO BAIXO ALENTEJO, EPE
1056	HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE
1057	CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, EPE
1058	HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA, EPE
1059	CENTRO HOSPITALAR DO BARREIRO - MONTIJO, EPE
1061	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DE CASTELO BRANCO, EPE
1063	CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, EPE
1064	CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE
1065	1065 CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, EPE
1066	CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU, EPE
1067	CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, EPE
1068	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO NORDESTE, EPE
1069	UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE
1070	CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE, EPE
1071	HOSPITAL DE GUIMARÃES
1072	CENTRO HOSPITALAR DO OESTE, E.P.E

## Anexo 2- Liquidez Geral das EPE por categorias 2013-2018

	Entidade	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	0,43	0,70	0,74	0,78	0,59	0,61
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	0,26	0,67	0,73	0,74	0,77	0,43
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	0,29	0,47	0,38	0,33	0,39	0,43
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	0,14	0,86	0,44	0,22	0,51	0,45
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	0,43	0,50	0,48	0,52	0,34	0,36
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,95	1,02	1,02	1,04	1,23	1,12
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,52	0,89	1,10	1,10	1,08	1,31
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		0,63	0,60	0,65	0,66	0,68
	Média	0,43	0,72	0,69	0,67	0,70	0,67
	Desvio Padrão	0,26	0,19	0,26	0,31	0,32	0,35
	Coefficiente Variação	0,60	0,27	0,39	0,47	0,46	0,53
Min	0,14	0,47	0,38	0,22	0,34	0,36	
Máx	0,95	1,02	1,10	1,10	1,23	1,31	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,10	0,31	0,11	0,14	0,42	0,35
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,46	0,55	0,41	0,53	0,36	0,28
	Hospital Distrital Santarém, EPE	0,36	0,61	0,43	0,42	0,38	0,55
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,71	0,66	0,74	0,75	0,75	0,79
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,15	0,67	0,26	0,18	0,42	0,28
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,81	0,94	0,92	0,96	1,02	1,29
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	1,53	1,26	1,23	1,13	1,05	1,19
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,85	1,03	1,06	1,05	1,15	1,47
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	0,24	0,46	0,28	0,22	0,37	0,52
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	2,84	2,96	2,93	2,90	1,43	1,16
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	0,54	0,85	0,60	0,28	0,25	0,18
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	0,74	0,96	0,86	0,77	0,50	0,33
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	2,18	2,80	2,09	1,98	1,75	1,51
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	0,64					
	Média	0,87	1,08	0,92	0,87	0,76	0,76
Desvio Padrão	0,79	0,84	0,80	0,80	0,48	0,50	
Coefficiente Variação	0,91	0,78	0,87	0,91	0,63	0,65	
Min	0,10	0,31	0,11	0,14	0,25	0,18	
Máx	2,84	2,96	2,93	2,90	1,75	1,51	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,17	0,64	0,52	0,54	0,35	0,37
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,74	0,93	0,68	0,67	0,54	0,44
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,80	0,82	0,67	0,61	0,49	0,69
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	1,07	1,11	0,96	0,84	0,78	0,74
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	1,08	1,08	1,10	0,89	0,81	0,86
	Centro Hospitalar de Tondela-Viscu, EPE	1,85	1,86	1,87	1,66	1,31	1,21
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,77	0,87	0,87	0,83	0,48	0,46
	Média	0,93	1,05	0,95	0,86	0,68	0,68
	Desvio Padrão	0,51	0,39	0,45	0,37	0,32	0,30
	Coefficiente Variação	0,55	0,38	0,47	0,43	0,47	0,43
	Min	0,17	0,64	0,52	0,54	0,35	0,37
Máx	1,85	1,86	1,87	1,66	1,31	1,21	
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,71	0,92	0,89	0,92	0,55	0,42
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,36	0,65	0,62	0,53	0,63	0,37
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,58	0,57	0,55	0,54	0,53	0,39
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,64	0,72	0,68	0,58	0,59	0,49
	Centro Hospitalar São João, EPE	1,11	1,42	1,38	1,30	1,25	1,08
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,59	0,74	0,64	0,58	0,63	0,53
	Média	0,66	0,84	0,79	0,74	0,70	0,55
	Desvio Padrão	0,25	0,31	0,31	0,31	0,27	0,27
	Coefficiente Variação	0,37	0,37	0,39	0,42	0,39	0,49
	Min	0,36	0,57	0,55	0,53	0,53	0,37
Máx	1,11	1,42	1,38	1,30	1,25	1,08	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	2,12	2,41	2,78	2,45	2,18	2,73
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,82	0,79	0,80	0,72	0,83	0,86
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	1,20	1,77	2,54	1,92	1,70	2,20
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	1,28	1,35	1,65	1,72	1,90	2,14
	Média	1,35	1,58	1,94	1,70	1,65	1,98
	Desvio Padrão	0,55	0,68	0,90	0,72	0,59	0,80
	Coefficiente Variação	0,40	0,43	0,47	0,42	0,35	0,40
	Min	0,82	0,79	0,80	0,72	0,83	0,86
Máx	2,12	2,41	2,78	2,45	2,18	2,73	

### Anexo 3- Liquidez Imediata das EPE por categorias 2013-2018

	Entidade	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	0,02	0,01	0,01	0,00	0,03	0,03
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	0,05	0,06	0,05	0,03	0,03	0,06
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	0,03	0,11	0,07	0,04	0,04	0,07
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	0,02	0,66	0,07	0,05	0,04	0,08
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	0,01	0,07	0,01	0,02	0,02	0,01
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,07	0,07	0,01	0,01	0,02	0,01
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,06	0,45	0,59	0,42	0,49	0,48
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		0,14	0,02	0,02	0,03	0,04
	Média	0,04	0,20	0,10	0,07	0,09	0,10
	Desvio Padrão	0,02	0,23	0,20	0,14	0,16	0,16
	Coefficiente Variação	0,65	1,19	1,94	1,92	1,88	1,59
Min	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,01	
Máx	0,07	0,66	0,59	0,42	0,49	0,48	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,01	0,16	0,01	0,01	0,01	0,01
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,01	0,14	0,01	0,00	0,01	0,00
	Hospital Distrital Santarém, EPE	0,11	0,07	0,12	0,08	0,05	0,04
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,07	0,02	0,01	0,00	0,01	0,02
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,01	0,42	0,01	0,01	0,01	0,01
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,23	0,20	0,17	0,23	0,25	0,30
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	0,18	0,05	0,04	0,05	0,04	0,07
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,06	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	0,00	0,20	0,01	0,01	0,01	0,01
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	0,49	1,65	1,54	1,43	0,52	0,31
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	0,01	0,31	0,16	0,02	0,01	0,01
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	0,01	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	0,17	0,19	0,15	0,13	0,07	0,09
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	0,00					
	Média	0,10	0,27	0,17	0,15	0,08	0,07
Desvio Padrão	0,14	0,43	0,42	0,39	0,15	0,11	
Coefficiente Variação	1,42	1,57	2,42	2,57	1,93	1,60	
Min	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	
Máx	0,49	1,65	1,54	1,43	0,52	0,31	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,06	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,05	0,04	0,03	0,06	0,04	0,01
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,11	0,05	0,02	0,02	0,01	0,02
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,04	0,01	0,04	0,05	0,07	0,06
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,02	0,01	0,02	0,01	0,02	0,03
	Centro Hospitalar de Tondela-Viscu, EPE	0,24	0,20	0,09	0,01	0,08	0,02
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,00	0,04	0,00	0,00	0,01	0,01
	Média	0,07	0,09	0,03	0,02	0,03	0,02
	Desvio Padrão	0,08	0,11	0,03	0,02	0,03	0,02
	Coefficiente Variação	1,09	1,20	1,09	1,04	0,92	0,86
	Min	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Máx	0,24	0,30	0,09	0,06	0,08	0,06	
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,12	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,03	0,16	0,03	0,04	0,03	0,02
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,02	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,01	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,03	0,08	0,08	0,06	0,07	0,23
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,10	0,10	0,07	0,07	0,04	0,04
	Média	0,05	0,06	0,03	0,03	0,03	0,06
	Desvio Padrão	0,04	0,06	0,03	0,03	0,02	0,09
	Coefficiente Variação	0,84	0,98	1,06	0,93	0,80	1,55
	Min	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
Máx	0,12	0,16	0,08	0,07	0,07	0,23	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	1,24	1,40	1,66	1,27	1,08	0,17
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,00	0,10	0,07	0,05	0,05	0,03
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,14	0,00	0,04	0,05	0,04	0,25
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,56	0,63	0,32	0,31	0,31	0,30
	Média	0,48	0,53	0,52	0,42	0,37	0,19
	Desvio Padrão	0,56	0,64	0,77	0,58	0,49	0,12
	Coefficiente Variação	1,15	1,21	1,47	1,37	1,32	0,62
	Min	0,00	0,00	0,04	0,05	0,04	0,03
Máx	1,24	1,40	1,66	1,27	1,08	0,30	

### Anexo 4- Autonomia Financeira das EPE por categorias 2013-2018

	Entidade	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	-0,26	0,21	0,22	0,20	0,10	0,16
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	-0,48	0,20	0,15	0,07	0,06	-0,17
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	-0,71	-0,24	-0,55	-0,83	-0,79	-0,74
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	-2,02	0,04	-0,25	-1,03	-0,47	-0,64
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	-0,11	-0,04	-0,11	-0,12	-0,26	-0,17
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,44	0,45	0,43	0,40	0,56	0,50
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	-0,44	0,35	0,40	0,35	0,35	0,44
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		0,01	-0,03	-0,01	0,04	0,15
	Média	-0,51	0,12	0,03	-0,12	-0,05	-0,06
	Desvio Padrão	0,76	0,22	0,33	0,53	0,44	0,46
	Coefficiente Variação	-1,48	1,83	10,45	-4,45	-8,64	-8,09
	Min	-2,02	-0,24	-0,55	-1,03	-0,79	-0,74
Máx	0,44	0,45	0,43	0,40	0,56	0,50	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	-0,60	-0,03	-0,42	-0,37	-0,17	-0,08
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	-0,53	-0,02	-0,06	0,00	-0,18	-0,29
	Hospital Distrital Santarém, EPE	-0,16	0,00	-0,05	-0,06	0,01	0,11
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,35	0,30	0,25	0,18	0,17	0,22
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	-2,04	-0,06	-0,72	-1,18	-0,65	-1,11
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,31	0,35	0,40	0,45	0,49	0,58
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	0,62	0,58	0,54	0,49	0,40	0,47
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,58	0,63	0,58	0,50	0,54	0,62
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	-0,40	-0,14	-0,22	-0,48	-0,34	-0,09
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	0,70	0,70	0,69	0,68	0,40	0,27
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	-0,34	0,08	-0,01	-0,36	-0,69	-0,99
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	-0,26	0,00	-0,09	-0,18	-0,58	-0,99
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	0,66	0,73	0,66	0,62	0,55	0,46
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	-0,20					
	Média	-0,09	0,24	0,12	0,02	-0,01	-0,06
Desvio Padrão	0,73	0,32	0,44	0,54	0,47	0,61	
Coefficiente Variação	-7,85	1,35	3,69	24,62	-89,89	-9,74	
Min	-2,04	-0,14	-0,72	-1,18	-0,69	-1,11	
Máx	0,70	0,73	0,69	0,68	0,55	0,62	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	-1,24	0,02	-0,01	-0,07	-0,57	-0,53
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,23	0,45	0,23	0,09	-0,21	-0,36
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,31	0,28	0,21	0,05	-0,16	0,06
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,30	0,31	0,28	0,18	0,20	0,09
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,26	0,26	0,45	0,32	0,38	0,39
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	0,68	0,67	0,68	0,62	0,49	0,42
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	-0,15	0,00	-0,01	-0,04	-0,04	-0,11
	Média	0,05	0,28	0,26	0,16	0,01	-0,01
	Desvio Padrão	0,62	0,23	0,24	0,24	0,37	0,36
	Coefficiente Variação	11,35	0,83	0,94	1,46	29,51	-58,93
	Min	-1,24	0,00	-0,01	-0,07	-0,57	-0,53
Máx	0,68	0,67	0,68	0,62	0,49	0,42	
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,21	0,05	0,01	0,00	-0,28	-0,51
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	-0,57	0,00	-0,10	-0,20	-0,20	-0,79
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,03	0,03	0,01	-0,06	-0,16	-0,23
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	-0,11	0,01	-0,07	-0,12	-0,08	-0,21
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,25	0,53	0,47	0,41	0,34	0,33
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	-0,07	0,13	0,00	-0,14	-0,24	-0,46
	Média	-0,04	0,12	0,05	-0,02	-0,10	-0,31
	Desvio Padrão	0,30	0,20	0,21	0,22	0,23	0,38
	Coefficiente Variação	-6,97	1,64	4,02	-12,17	-2,18	-1,21
	Min	-0,57	0,00	-0,10	-0,20	-0,28	-0,79
Máx	0,25	0,53	0,47	0,41	0,34	0,33	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	0,75	0,77	0,79	0,78	0,74	0,74
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,49	0,46	0,45	0,35	0,35	0,38
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,36	0,67	0,78	0,70	0,63	0,56
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,72	0,72	0,78	0,77	0,76	0,78
	Média	0,58	0,65	0,70	0,65	0,62	0,62
	Desvio Padrão	0,18	0,14	0,16	0,20	0,19	0,18
	Coefficiente Variação	0,32	0,21	0,24	0,31	0,30	0,30
	Min	0,36	0,46	0,45	0,35	0,35	0,38
Máx	0,75	0,77	0,79	0,78	0,76	0,78	

### Anexo 5- Solvabilidade Financeira das EPE por categorias 2013-2018

	Entidade	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	-0,21	0,27	0,28	0,26	0,11	0,20
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	-0,33	0,25	0,17	0,08	0,06	-0,14
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	-0,42	-0,19	-0,35	-0,45	-0,44	-0,42
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	-0,67	0,04	-0,20	-0,51	-0,32	-0,39
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	-0,10	-0,04	-0,10	-0,10	-0,21	-0,14
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,79	0,82	0,75	0,68	1,27	1,01
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	-0,31	0,54	0,66	0,55	0,54	0,78
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		0,01	-0,03	-0,01	0,05	0,18
	Média	-0,18	0,21	0,15	0,06	0,13	0,13
	Desvio Padrão	0,46	0,34	0,40	0,43	0,55	0,52
	Coefficiente Variação	-2,63	1,57	2,70	7,12	4,15	3,96
	Min	-0,67	-0,19	-0,35	-0,51	-0,44	-0,42
Máx	0,79	0,82	0,75	0,68	1,27	1,01	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	-0,37	-0,03	-0,29	-0,27	-0,15	-0,07
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	-0,35	-0,02	-0,05	0,00	-0,15	-0,23
	Hospital Distrital Santarém, EPE	-0,14	0,00	-0,04	-0,06	0,01	0,13
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,54	0,42	0,34	0,22	0,20	0,28
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	-0,67	-0,06	-0,42	-0,54	-0,40	-0,52
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,46	0,55	0,67	0,80	0,95	1,35
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	1,64	1,38	1,17	0,96	0,67	0,89
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	1,37	1,67	1,36	1,00	1,18	1,61
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	-0,29	-0,12	-0,18	-0,32	-0,25	-0,09
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	2,34	2,31	2,19	2,14	0,67	0,36
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	-0,25	0,08	-0,01	-0,27	-0,41	-0,50
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	-0,21	0,00	-0,09	-0,15	-0,37	-0,50
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	1,93	2,74	1,90	1,63	1,21	0,86
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	-0,17					
	Média	0,42	0,69	0,50	0,40	0,24	0,28
Desvio Padrão	0,99	1,00	0,87	0,84	0,61	0,71	
Coefficiente Variação	2,38	1,45	1,74	2,11	2,52	2,57	
Min	-0,67	-0,12	-0,42	-0,54	-0,41	-0,52	
Máx	2,34	2,74	2,19	2,14	1,21	1,61	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	-0,55	0,02	-0,01	-0,07	-0,36	-0,35
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,30	0,82	0,31	0,10	-0,17	-0,27
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,45	0,39	0,26	0,05	-0,14	0,06
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,43	0,46	0,40	0,22	0,25	0,09
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,34	0,35	0,81	0,46	0,61	0,65
	Centro Hospitalar de Tondela-Viscu, EPE	2,09	2,05	2,09	1,60	0,97	0,72
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	-0,13	0,00	-0,01	-0,04	-0,04	-0,10
	Média	0,42	0,58	0,55	0,33	0,16	0,12
	Desvio Padrão	0,82	0,71	0,74	0,59	0,48	0,42
	Coefficiente Variação	1,97	1,21	1,34	1,76	3,02	3,59
Min	-0,55	0,00	-0,01	-0,07	-0,36	-0,35	
Máx	2,09	2,05	2,09	1,60	0,97	0,72	
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,27	0,06	0,02	0,00	-0,22	-0,34
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	-0,36	0,00	-0,09	-0,17	-0,17	-0,44
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,03	0,03	0,01	-0,05	-0,14	-0,19
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	-0,10	0,01	-0,07	-0,11	-0,08	-0,17
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,33	1,12	0,89	0,71	0,51	0,49
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	-0,06	0,15	0,00	-0,12	-0,19	-0,31
	Média	0,02	0,23	0,12	0,04	-0,05	-0,16
	Desvio Padrão	0,26	0,44	0,38	0,33	0,28	0,33
	Coefficiente Variação	14,18	1,95	3,03	7,91	-5,97	-2,06
	Min	-0,36	0,00	-0,09	-0,17	-0,22	-0,44
Máx	0,33	1,12	0,89	0,71	0,51	0,49	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	2,93	3,35	3,71	3,65	2,88	2,92
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,98	0,85	0,82	0,54	0,54	0,62
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,57	1,99	3,50	2,37	1,73	1,26
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	2,59	2,59	3,49	3,27	3,20	3,49
	Média	1,77	2,19	2,88	2,46	2,09	2,07
	Desvio Padrão	1,17	1,06	1,38	1,39	1,21	1,35
	Coefficiente Variação	0,66	0,48	0,48	0,56	0,58	0,65
	Min	0,57	0,85	0,82	0,54	0,54	0,62
Máx	2,93	3,35	3,71	3,65	3,20	3,49	

**Anexo 6 - Rentabilidade do Ativo das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	-0,05	0,20	0,05	0,04	-0,05	-0,08
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	-0,12	-0,04	0,01	-0,06	-0,11	-0,08
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	-0,23	-0,25	-0,27	-0,28	-0,26	-0,20
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	-0,73	-0,04	-0,30	-0,51	-0,27	-0,47
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	-0,03	-0,02	-0,05	0,00	-0,03	-0,15
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,05	0,04	0,01	0,01	0,01	-0,03
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,25	0,14	0,10	0,05	-0,07	-0,09
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		-0,01	0,00	0,05	0,02	-0,11
	Média	-0,12	0,00	-0,06	-0,09	-0,10	-0,15
	Desvio Padrão	0,31	0,13	0,15	0,20	0,11	0,14
	Coeficiente Variação	-2,51	68,47	-2,59	-2,30	-1,19	-0,91
	Min	-0,73	-0,25	-0,30	-0,51	-0,27	-0,47
Máx	0,25	0,20	0,10	0,05	0,02	-0,03	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	-0,29	-0,05	-0,35	0,06	-0,05	-0,22
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	-0,11	-0,04	-0,03	0,03	-0,14	-0,24
	Hospital Distrital Santarém, EPE	-0,10	-0,02	-0,04	0,04	-0,03	0,02
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	-0,08	-0,02	0,03	-0,02	-0,03	-0,16
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	-0,13	-0,03	-0,32	-0,29	-0,06	-0,28
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,02	0,02	0,01	0,04	0,00	-0,02
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	-0,02	-0,01	0,00	-0,06	-0,10	-0,14
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,04	0,03	0,02	0,00	-0,04	0,01
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	-0,13	-0,07	-0,01	0,12	-0,05	-0,12
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	0,21	0,68	0,67	0,65	0,76	0,83
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	0,00	0,03	-0,10	-0,27	-0,24	-0,29
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	-0,04	-0,02	-0,08	-0,03	-0,18	-0,45
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	0,05	0,06	0,00	0,02	-0,05	-0,10
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	-0,05					
	Média	-0,05	0,04	-0,01	0,02	-0,01	-0,09
Desvio Padrão	0,11	0,20	0,24	0,22	0,24	0,31	
Coeficiente Variação	-2,50	4,57	-16,11	9,94	-16,29	-3,45	
Min	-0,29	-0,07	-0,35	-0,29	-0,24	-0,45	
Máx	0,21	0,68	0,67	0,65	0,76	0,83	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,03	0,00	-0,01	-0,01	-0,16	-0,19
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	-0,07	-0,04	-0,14	-0,10	-0,12	-0,40
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	-0,09	-0,01	-0,09	-0,07	-0,08	-0,22
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,01	0,01	-0,06	-0,08	-0,12	-0,18
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	-0,01	0,01	-0,05	-0,11	-0,15	-0,16
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	-0,02	0,02	0,00	-0,05	-0,12	-0,13
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,00	0,00	0,00	-0,01	-0,07	-0,14
	Média	-0,02	0,00	-0,05	-0,06	-0,12	-0,20
	Desvio Padrão	0,04	0,02	0,05	0,04	0,03	0,09
	Coeficiente Variação	-2,12	-9,07	-1,06	-0,68	-0,29	-0,46
	Min	-0,09	-0,04	-0,14	-0,11	-0,16	-0,40
Máx	0,03	0,02	0,00	-0,01	-0,07	-0,13	
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,05	0,00	0,00	0,01	-0,11	-0,21
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	-0,02	-0,03	-0,06	-0,01	-0,08	-0,31
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	-0,03	0,03	0,00	-0,04	-0,14	-0,28
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	-0,09	0,01	-0,05	0,02	0,04	-0,13
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,02	0,04	0,00	0,00	-0,08	-0,14
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	-0,20	0,02	-0,11	-0,09	-0,08	-0,24
	Média	-0,04	0,01	-0,04	-0,02	-0,07	-0,22
	Desvio Padrão	0,09	0,02	0,04	0,04	0,06	0,07
	Coeficiente Variação	-2,06	2,14	-1,15	-2,20	-0,78	-0,32
	Min	-0,20	-0,03	-0,11	-0,09	-0,14	-0,31
Máx	0,05	0,04	0,00	0,02	0,04	-0,13	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	0,00	0,03	0,01	0,01	-0,01	0,00
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	-0,05	-0,01	-0,02	-0,02	-0,01	-0,06
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,03	0,05	0,03	-0,04	-0,04	-0,02
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,02	0,04	0,06	0,05	0,01	0,02
	Média	0,00	0,03	0,02	0,00	-0,01	-0,02
	Desvio Padrão	0,04	0,02	0,03	0,04	0,02	0,04
	Coeficiente Variação	82,38	0,82	1,47	397,63	-2,17	-2,25
Min	-0,05	-0,01	-0,02	-0,04	-0,04	-0,06	
Máx	0,03	0,05	0,06	0,05	0,01	0,02	

**Anexo 7 – Rentabilidade dos Rendimentos Operacionais das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	-0,04	0,13	0,04	0,03	-0,03	-0,05
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	-0,05	-0,02	0,00	-0,04	-0,08	-0,03
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	-0,12	-0,15	-0,15	-0,15	-0,18	-0,15
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	-0,28	-0,04	-0,11	-0,13	-0,14	-0,21
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	-0,04	-0,03	-0,08	0,00	-0,04	-0,15
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,07	0,05	0,01	0,02	0,02	-0,04
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,12	0,08	0,06	0,03	-0,05	-0,07
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		-0,01	0,00	0,04	0,01	-0,08
	Média	-0,05	0,00	-0,03	-0,03	-0,06	-0,10
	Desvio Padrão	0,13	0,09	0,08	0,08	0,07	0,06
	Coeficiente Variação	-2,62	60,48	-2,80	-3,06	-1,13	-0,65
	Min	-0,28	-0,15	-0,15	-0,15	-0,18	-0,21
Máx	0,12	0,13	0,06	0,04	0,02	-0,03	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	-0,27	-0,05	-0,32	0,04	-0,06	-0,31
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	-0,16	-0,06	-0,04	0,04	-0,17	-0,26
	Hospital Distrital Santarém, EPE	-0,12	-0,03	-0,05	0,04	-0,03	0,02
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	-0,07	-0,01	0,03	-0,02	-0,03	-0,14
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	-0,10	-0,04	-0,23	-0,16	-0,05	-0,21
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,02	0,03	0,01	0,05	0,00	-0,02
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	-0,03	-0,01	0,00	-0,07	-0,12	-0,14
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,05	0,03	0,03	0,00	-0,05	0,01
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	-0,07	-0,04	0,00	0,04	-0,02	-0,07
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	0,01	-0,01	0,02	-0,04	-0,12	-0,19
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	-0,01	0,05	-0,13	-0,22	-0,18	-0,17
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	-0,13	-0,09	-0,18	-0,05	-0,10	-0,20
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	0,04	0,04	0,00	0,01	-0,04	-0,08
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	-0,08					
	Média	-0,07	-0,01	-0,07	-0,03	-0,07	-0,14
Desvio Padrão	0,09	0,04	0,11	0,08	0,06	0,10	
Coeficiente Variação	-1,34	-2,99	-1,72	-3,32	-0,79	-0,76	
Min	-0,27	-0,09	-0,32	-0,22	-0,18	-0,31	
Máx	0,05	0,05	0,03	0,05	0,00	0,02	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,01	0,00	0,00	0,00	-0,09	-0,10
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	-0,04	-0,02	-0,07	-0,05	-0,07	-0,21
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	-0,12	-0,02	-0,10	-0,08	-0,07	-0,22
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,02	0,01	-0,08	-0,10	-0,12	-0,20
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	-0,03	0,02	-0,07	-0,15	-0,15	-0,14
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	-0,02	0,02	0,00	-0,04	-0,12	-0,14
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,01	0,00	0,00	-0,02	-0,04	-0,09
	Média	-0,03	0,00	-0,05	-0,06	-0,09	-0,16
	Desvio Padrão	0,05	0,02	0,04	0,05	0,04	0,05
	Coeficiente Variação	-1,96	7,63	-0,93	-0,78	-0,40	-0,34
	Min	-0,12	-0,02	-0,10	-0,15	-0,15	-0,22
Máx	0,02	0,02	0,00	0,00	-0,04	-0,09	
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,04	0,00	0,00	0,04	-0,08	-0,14
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	-0,01	-0,02	-0,04	-0,01	-0,07	-0,20
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	-0,02	0,02	0,00	-0,04	-0,13	-0,19
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	-0,19	0,01	-0,11	0,03	0,04	-0,15
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,03	0,03	0,00	0,00	-0,08	-0,10
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	-0,10	0,01	-0,06	-0,05	-0,06	-0,17
	Média	-0,04	0,01	-0,04	0,00	-0,06	-0,16
	Desvio Padrão	0,09	0,02	0,04	0,03	0,06	0,04
	Coeficiente Variação	-2,14	1,87	-1,21	-7,97	-0,87	-0,24
	Min	-0,19	-0,02	-0,11	-0,05	-0,13	-0,20
Máx	0,04	0,03	0,00	0,04	0,04	-0,10	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	0,00	0,06	0,03	0,01	-0,02	-0,01
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	-0,06	-0,01	-0,02	-0,02	-0,01	-0,08
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,06	0,05	0,03	-0,03	-0,04	-0,01
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,04	0,03	0,06	0,05	0,01	0,02
	Média	0,01	0,04	0,02	0,00	-0,01	-0,02
	Desvio Padrão	0,05	0,03	0,03	0,04	0,02	0,04
	Coeficiente Variação	5,99	0,85	1,36	41,80	-1,78	-2,11
	Min	-0,06	-0,01	-0,02	-0,03	-0,04	-0,08
Máx	0,06	0,06	0,06	0,05	0,01	0,02	

**Anexo 8 - Peso do CMVMC nos Rendimentos Operacionais das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	0,18	0,15	0,18	0,17	0,18	0,19
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	0,22	0,21	0,23	0,24	0,25	0,23
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	0,18	0,19	0,20	0,18	0,20	0,18
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	0,16	0,12	0,13	0,12	0,12	0,12
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	0,14	0,12	0,14	0,13	0,13	0,14
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,16	0,15	0,16	0,15	0,15	0,15
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,13	0,15	0,15	0,15	0,17	0,17
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		0,11	0,12	0,11	0,11	0,12
	Média	0,17	0,15	0,16	0,15	0,16	0,16
	Desvio Padrão	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,04
	Coeficiente Variação	0,18	0,23	0,24	0,26	0,28	0,23
	Min	0,13	0,11	0,12	0,11	0,11	0,12
Máx	0,22	0,21	0,23	0,24	0,25	0,23	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,26	0,21	0,28	0,20	0,22	0,28
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,21	0,19	0,20	0,19	0,22	0,24
	Hospital Distrital Santarém, EPE	0,31	0,27	0,29	0,25	0,26	0,24
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,24	0,23	0,22	0,23	0,23	0,26
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,35	0,31	0,38	0,38	0,33	0,36
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,15	0,13	0,14	0,13	0,14	0,13
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	0,21	0,21	0,21	0,23	0,23	0,23
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,13	0,13	0,14	0,15	0,15	0,14
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	0,16	0,15	0,16	0,14	0,15	0,15
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	0,24	0,25	0,24	0,25	0,26	0,27
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	0,24	0,23	0,28	0,29	0,26	0,26
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	0,27	0,25	0,29	0,26	0,26	0,28
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	0,19	0,21	0,23	0,21	0,22	0,23
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	0,13					
	Média	0,22	0,21	0,23	0,22	0,22	0,24
Desvio Padrão	0,07	0,05	0,07	0,07	0,05	0,06	
Coeficiente Variação	0,29	0,25	0,29	0,31	0,23	0,27	
Min	0,13	0,13	0,14	0,13	0,14	0,13	
Máx	0,35	0,31	0,38	0,38	0,33	0,36	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,34	0,33	0,34	0,34	0,36	0,35
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,28	0,28	0,29	0,28	0,28	0,32
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,26	0,24	0,27	0,25	0,26	0,29
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,31	0,32	0,36	0,38	0,39	0,41
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,33	0,29	0,33	0,36	0,35	0,33
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	0,25	0,25	0,27	0,28	0,30	0,30
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,26	0,27	0,27	0,26	0,28	0,29
	Média	0,29	0,28	0,31	0,31	0,32	0,33
	Desvio Padrão	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05	0,04
	Coeficiente Variação	0,12	0,13	0,13	0,17	0,16	0,13
	Min	0,25	0,24	0,27	0,25	0,26	0,29
	Máx	0,34	0,33	0,36	0,38	0,39	0,41
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,36	0,36	0,37	0,37	0,42	0,41
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,34	0,35	0,36	0,36	0,37	0,41
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,42	0,40	0,43	0,44	0,48	0,51
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,47	0,39	0,48	0,42	0,43	0,49
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,35	0,35	0,39	0,38	0,41	0,41
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,38	0,32	0,36	0,35	0,36	0,39
	Média	0,39	0,36	0,40	0,39	0,41	0,44
	Desvio Padrão	0,05	0,03	0,05	0,03	0,04	0,05
	Coeficiente Variação	0,13	0,08	0,12	0,09	0,10	0,12
	Min	0,34	0,32	0,36	0,35	0,36	0,39
Máx	0,47	0,40	0,48	0,44	0,48	0,51	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	0,29	0,27	0,30	0,29	0,31	0,32
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,34	0,30	0,35	0,37	0,37	0,41
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,37	0,39	0,39	0,43	0,43	0,45
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,07	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05
	Média	0,27	0,25	0,27	0,28	0,29	0,31
	Desvio Padrão	0,14	0,15	0,16	0,17	0,17	0,18
	Coeficiente Variação	0,52	0,58	0,57	0,59	0,58	0,59
Min	0,07	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	
Máx	0,37	0,39	0,39	0,43	0,43	0,45	

**Anexo 9 - Peso dos FSE nos Rendimentos Operacionais das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	0,19	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	0,21	0,20	0,21	0,21	0,20	0,18
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	0,20	0,22	0,22	0,23	0,23	0,22
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	0,25	0,21	0,23	0,23	0,23	0,21
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	0,32	0,34	0,35	0,34	0,31	0,32
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,22	0,23	0,25	0,24	0,24	0,26
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,33	0,32	0,35	0,35	0,39	0,38
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		0,25	0,26	0,24	0,23	0,26
	Média	0,24	0,24	0,25	0,25	0,25	0,25
	Desvio Padrão	0,06	0,07	0,07	0,07	0,07	0,08
	Coeficiente Variação	0,23	0,28	0,28	0,28	0,29	0,31
	Min	0,19	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15
Máx	0,33	0,34	0,35	0,35	0,39	0,38	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,26	0,21	0,26	0,18	0,18	0,22
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	0,26	0,23	0,24	0,23	0,28	0,30
	Hospital Distrital Santarém, EPE	0,21	0,20	0,21	0,18	0,21	0,20
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,19	0,19	0,18	0,19	0,19	0,23
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,15	0,14	0,18	0,17	0,16	0,21
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,27	0,28	0,28	0,28	0,28	0,30
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	0,21	0,20	0,20	0,21	0,23	0,24
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,26	0,26	0,28	0,28	0,29	0,28
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	0,27	0,29	0,28	0,28	0,29	0,30
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	0,15	0,15	0,15	0,16	0,18	0,19
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	0,16	0,15	0,18	0,20	0,19	0,19
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	0,18	0,18	0,19	0,16	0,16	0,19
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	0,20	0,19	0,20	0,19	0,19	0,21
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	0,27					
	Média	0,22	0,21	0,22	0,21	0,22	0,23
Desvio Padrão	0,05	0,05	0,05	0,04	0,05	0,04	
Coeficiente Variação	0,22	0,23	0,21	0,21	0,23	0,19	
Min	0,15	0,14	0,15	0,16	0,16	0,19	
Máx	0,27	0,29	0,28	0,28	0,29	0,30	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,14	0,16	0,15	0,15	0,16	0,16
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,22	0,21	0,22	0,21	0,21	0,23
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,22	0,19	0,20	0,20	0,18	0,22
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,11	0,11	0,13	0,12	0,12	0,14
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,21	0,25	0,25	0,25	0,24	0,22
	Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,18
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,15	0,16	0,16	0,17	0,18	0,19
	Média	0,17	0,17	0,18	0,18	0,18	0,19
	Desvio Padrão	0,04	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04
	Coeficiente Variação	0,26	0,27	0,26	0,25	0,22	0,19
	Min	0,11	0,11	0,13	0,12	0,12	0,14
	Máx	0,22	0,25	0,25	0,25	0,24	0,23
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,13	0,13	0,13	0,11	0,13	0,15
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,15
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,11	0,10	0,11	0,11	0,13	0,14
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,18	0,15	0,14	0,12	0,11	0,15
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,12	0,12	0,12	0,12	0,14	0,14
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,14	0,14	0,15	0,14	0,14	0,17
	Média	0,13	0,13	0,13	0,12	0,13	0,15
	Desvio Padrão	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
	Coeficiente Variação	0,17	0,12	0,12	0,07	0,09	0,08
	Min	0,11	0,10	0,11	0,11	0,11	0,14
Máx	0,18	0,15	0,15	0,14	0,14	0,17	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	0,15	0,14	0,14	0,15	0,13	0,14
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,23	0,25	0,21	0,22	0,21	0,21
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,11	0,12	0,13	0,13	0,12	0,11
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,30	0,57	0,55	0,54	0,56	0,55
	Média	0,20	0,27	0,26	0,26	0,26	0,25
	Desvio Padrão	0,08	0,21	0,20	0,19	0,20	0,20
	Coeficiente Variação	0,42	0,77	0,76	0,73	0,79	0,80
Min	0,11	0,12	0,13	0,13	0,12	0,11	
Máx	0,30	0,57	0,55	0,54	0,56	0,55	

**Anexo 10 - Peso dos GP nos Rendimentos Operacionais das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	0,66	0,56	0,62	0,64	0,67	0,70
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	0,62	0,59	0,55	0,59	0,63	0,61
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	0,74	0,75	0,72	0,74	0,75	0,74
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	0,87	0,70	0,74	0,77	0,79	0,84
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	0,58	0,56	0,58	0,54	0,58	0,67
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,62
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	0,42	0,42	0,44	0,46	0,50	0,51
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		0,63	0,62	0,61	0,64	0,69
	Média	0,63	0,60	0,61	0,62	0,64	0,67
	Desvio Padrão	0,14	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
	Coeficiente Variação	0,23	0,17	0,16	0,16	0,15	0,15
	Min	0,42	0,42	0,44	0,46	0,50	0,51
Máx	0,87	0,75	0,74	0,77	0,79	0,84	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	0,75	0,62	0,78	0,58	0,66	0,82
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	1,16	1,06	1,04	0,96	1,17	1,26
	Hospital Distrital Santarém, EPE	0,60	0,56	0,54	0,52	0,56	0,52
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	0,63	0,60	0,57	0,60	0,59	0,64
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	0,59	0,53	0,61	0,56	0,52	0,62
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	0,55	0,55	0,55	0,54	0,57	0,57
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	0,60	0,59	0,57	0,61	0,64	0,66
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	0,55	0,57	0,55	0,56	0,60	0,57
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	0,61	0,59	0,56	0,53	0,56	0,61
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	0,60	0,59	0,58	0,63	0,67	0,72
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	0,61	0,57	0,66	0,72	0,71	0,71
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	0,67	0,66	0,70	0,63	0,67	0,73
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	0,56	0,55	0,56	0,57	0,62	0,64
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	0,67					
	Média	0,65	0,62	0,64	0,62	0,66	0,70
Desvio Padrão	0,16	0,14	0,14	0,12	0,16	0,19	
Coeficiente Variação	0,24	0,22	0,22	0,19	0,25	0,27	
Min	0,55	0,53	0,54	0,52	0,52	0,52	
Máx	1,16	1,06	1,04	0,96	1,17	1,26	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	0,50	0,50	0,50	0,51	0,56	0,58
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,54	0,51	0,54	0,53	0,55	0,63
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,64	0,58	0,62	0,62	0,62	0,70
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	0,56	0,55	0,58	0,59	0,60	0,64
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,49	0,43	0,49	0,53	0,56	0,59
	Centro Hospitalar de Tondela-Viscu, EPE	0,61	0,59	0,59	0,61	0,67	0,64
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	0,57	0,55	0,56	0,57	0,59	0,60
	Média	0,56	0,53	0,55	0,57	0,59	0,63
	Desvio Padrão	0,06	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04
	Coeficiente Variação	0,10	0,10	0,09	0,08	0,07	0,07
	Min	0,49	0,43	0,49	0,51	0,55	0,58
	Máx	0,64	0,59	0,62	0,62	0,67	0,70
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	0,48	0,50	0,49	0,48	0,53	0,57
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	0,53	0,53	0,53	0,52	0,56	0,63
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	0,49	0,47	0,46	0,48	0,51	0,53
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	0,54	0,44	0,48	0,43	0,42	0,50
	Centro Hospitalar São João, EPE	0,49	0,48	0,48	0,50	0,53	0,54
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	0,58	0,52	0,52	0,50	0,53	0,59
	Média	0,52	0,49	0,49	0,49	0,51	0,56
	Desvio Padrão	0,04	0,03	0,03	0,03	0,05	0,04
	Coeficiente Variação	0,07	0,07	0,05	0,06	0,10	0,08
	Min	0,48	0,44	0,46	0,43	0,42	0,50
Máx	0,58	0,53	0,53	0,52	0,56	0,63	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	0,56	0,52	0,53	0,55	0,57	0,55
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	0,47	0,44	0,43	0,42	0,42	0,45
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	0,45	0,45	0,45	0,47	0,48	0,45
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0,60	0,36	0,35	0,35	0,37	0,37
	Média	0,52	0,44	0,44	0,45	0,46	0,45
	Desvio Padrão	0,07	0,07	0,08	0,08	0,09	0,07
	Coeficiente Variação	0,13	0,15	0,17	0,18	0,19	0,16
	Min	0,45	0,36	0,35	0,35	0,37	0,37
Máx	0,60	0,52	0,53	0,55	0,57	0,55	

**Anexo 11 - DMP das EPE por categorias 2013-2018**

	<b>Entidade</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cat B	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	307	124	18	-17	101	40
	Hospital Distrital S.Maria Maior, EPE - Barcelos	11	-8	28	27	100	71
	Centro Hospitalar Médio Ave, EPE	69	166	168	177	217	147
	Centro Hospitalar Póvoa Varzim / Vila do Conde, EPE	426	573	161	183	220	159
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	272	281	224	230	217	72
	Unidade Local de Saude de Castelo Branco, EPE	318	-3	-23	-20	-59	-148
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	269	37	229	214	243	68
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		367	32	45	50	-39
	Média	239	192	105	105	136	46
	Desvio Padrão	146	204	101	106	107	100
	Coeficiente Variação	0,61	1,06	0,97	1,01	0,78	2,15
	Min	11	-8	-23	-20	-59	-148
Máx	426	573	229	230	243	159	
Cat C	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	410	415	221	372	261	174
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	568	550	297	269	239	146
	Hospital Distrital Santarém, EPE	560	298	487	397	379	77
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	152	220	229	231	275	26
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	805	591	344	416	367	217
	Unidade Local Saúde Norte Alentejano, EPE	-51	55	36	62	42	-73
	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	-158	-94	-90	-70	2	39
	Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	69	68	85	125	153	-69
	Unidade Local do Baixo Alentejo, EPE	401	393	284	253	186	67
	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	18	14	21	23	54	1
	Centro Hospitalar do Barreiro - Montijo, EPE	32	116	44	103	218	232
	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	114	187	85	110	180	164
	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	-37	-69	-76	-9	-2	101
	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	54					
	Média	210	211	151	176	181	85
Desvio Padrão	287	225	173	160	128	100	
Coeficiente Variação	1,37	1,06	1,14	0,91	0,70	1,17	
Min	-158	-94	-90	-70	-2	-73	
Máx	805	591	487	416	379	232	
Cat D	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	246	223	164	106	152	101
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	97	26	30	50	110	45
	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	132	71	102	139	223	66
	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, EPE	126	115	132	243	283	66
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	111	95	92	136	174	82
	Centro Hospitalar de Tondela-Viscu, EPE	596	-76	115	149	201	113
	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	441	-173	-377	-451	91	112
	Média	250	40	37	53	176	84
	Desvio Padrão	195	130	187	230	66	26
	Coeficiente Variação	0,78	3,25	5,06	4,31	0,38	0,31
	Min	97	-173	-377	-451	91	45
Máx	596	223	164	243	283	113	
Cat E	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	212	-375	-287	-486	245	226
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	304	275	202	258	215	218
	Centro Hospitalar do Porto, EPE	138	162	141	200	240	211
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	455	484	367	464	414	197
	Centro Hospitalar São João, EPE	57	75	52	60	33	-50
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	100	137	-12	-1	-81	-87
	Média	211	126	77	83	178	119
	Desvio Padrão	148	285	221	323	175	146
	Coeficiente Variação	0,70	2,25	2,86	3,90	0,99	1,23
	Min	57	-375	-287	-486	-81	-87
Máx	455	484	367	464	414	226	
Cat F	Instituto Portugues de Oncologia de Coimbra, EPE	30	23	21	17	42	-168
	Instituto Portugues de Oncologia de Lisboa, EPE	148	146	157	202	256	15
	Instituto Portugues de Oncologia do Porto, EPE	73	53	36	48	106	-72
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	-50	-33	-54	-90	-105	-126
	Média	50	47	40	44	75	-88
	Desvio Padrão	83	75	87	121	150	79
	Coeficiente Variação	1,65	1,59	2,19	2,72	2,00	-0,90
	Min	-50	-33	-54	-90	-105	-168
Máx	148	146	157	202	256	15	