

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



ISCAL

FUSÃO DE HOSPITAIS EM  
CENTROS HOSPITALARES:  
IMPACTO NO SEU DESEMPENHO  
OPERACIONAL E FINANCEIRO

---

Rui Filipe Martins de Oliveira

Lisboa, Julho de 2014



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

FUSÃO DE HOSPITAIS EM  
CENTROS HOSPITALARES:  
IMPACTO NO SEU DESEMPENHO  
OPERACIONAL E FINANCEIRO

Rui Filipe Martins de Oliveira

Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Análise Financeira, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Joaquim António Martins Ferrão, Professor Adjunto na área de Finanças.

Constituição do Júri:

Presidente – Doutor Orlando da Costa Gomes

Arguente – Especialista Mário da Silva Mata

Vogal – Doutor Joaquim Martins Ferrão

Lisboa, Julho de 2014

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

*Aos meus três amores,*

## **Agradecimentos**

No decorrer deste estudo foram muitas as pessoas que apoiaram, incentivaram, inspiraram e colaboraram na sua realização, às quais não posso deixar de manifestar o meu mais sincero agradecimento:

Um primeiro agradecimento dirigido ao meu orientador e coorientador, respetivamente Professor Doutor Joaquim Ferrão e Dr. Vítor Pereira, pelas suas preciosas e sábias orientações, sugestões e conselhos dados no decorrer da elaboração desta dissertação.

Às minhas “chefes” da Área de Gestão Financeira e Contabilidade do Centro Hospitalar de Lisboa Central, D. Antónia Lourenço, Dr.<sup>a</sup> Paula Lima e Dr.<sup>a</sup> Luísa Grencho, pela compreensão e apoio que sempre demonstraram ao longo do mestrado.

Aos meus sogros o meu eterno agradecimento por tudo o que têm feito pelos meus filhos. Sem a sua compreensão e ajuda com as crianças nunca teria conseguido.

Aos meus pais por todo o investimento feito e pelo incondicional apoio que sempre me deram. A educação e valores que me transmitiram foram determinantes para conseguir levar esta nau a bom porto.

À minha mulher Catarina, companheira de tantas batalhas e que mais uma vez foi determinante no sucesso alcançado. Foi a sua força que tantas vezes me puxou para cima e me impediu de desistir. Obrigado pela compreensão nas ausências.

Aos meus filhos, Vitória e Gabriel, obrigado por serem a minha inspiração. São eles que dão sentido a tudo e é por eles que tudo acontece.

## Resumo

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi uma conquista dos portugueses e que inequivocamente se traduziu em ganhos em saúde que permitiram colocar Portugal no pelotão da frente dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em inúmeros indicadores, como sejam a esperança média de vida à nascença e a taxa de mortalidade infantil.

A saúde é, porém, um setor que gera um enorme consumo de recursos o que fez com que a despesa com saúde em Portugal tenha crescido, sistematicamente, a taxas superiores ao Produto Interno Bruto (PIB), o que coloca problemas de sustentabilidade, colocando em causa não só o financiamento e a eficiência dos sistemas de saúde, como também a qualidade dos serviços prestados.

É neste contexto, e na tentativa de controlar a escalada incontrolável da despesa, que surgem preocupações crescentes com a contenção de gastos visando aumentos de eficiência do sistema, o que tem levado a mudanças várias no modelo de gestão do sistema de saúde. Destaca-se a alteração da estrutura hospitalar, com vista à racionalização dos seus recursos internos, onde as fusões hospitalares têm assumido um papel determinante. Em Portugal, nos últimos anos, assistiu-se a uma significativa redução do número de hospitais, exclusivamente através de fusões e sem quaisquer alterações no número de estruturas físicas existentes com o argumento principal do aumento da eficiência pelo ganho de economias de escala.

Assim, foi objetivo desta investigação contribuir para que se perceba a amplitude dos ganhos obtidos e se esses eventuais ganhos se traduzem em verdadeiros ganhos em saúde. Os resultados obtidos levam a concluir que, se por um lado se degradou a situação económico-financeira dos centros hospitalares, por outro percebe-se uma tendência de melhoria dos indicadores assistenciais, como o número de consultas e de cirurgias e um aumento da eficiência visível pela diminuição dos custos unitários relacionados com o internamente.

**Palavras-chave:** Centros hospitalares, Serviço Nacional de Saúde, desempenho económico-financeiro, economias de escala

## Abstract

The National Health Service was an achievement of Portuguese and unequivocally translate into health gains of placing Portugal at the forefront of countries in the Organization for Economic Cooperation and Development in several indicators, such as average life expectancy at birth and infant mortality.

Health is, however, an industry that generates enormous consumption of resources which meant that spending on health in Portugal has grown systematically higher than the Gross Domestic Product rates, which raises issues of sustainability, putting concerned not only financing and efficiency of healthcare systems, but also the quality of services provided.

It is in this context, and in an attempt to control the uncontrollable escalation of expenditure arising growing concerns about cost containment aimed increases system efficiency, which has led to several changes in the management of the health system model. Noteworthy is the change of the hospital structure, with a view to rationalizing its internal resources, where hospital mergers have played a decisive role. In Portugal, in recent years, there has been a significant reduction in the number of hospitals, exclusively through mergers and without any changes in the number of existing physical structures with the main argument of increased efficiency by gaining economies.

Thus, aim of this research was to contribute to realize that the magnitude of the gains and any such gains translate into real health gains. The results lead to the conclusion that, on the one hand deteriorated the economic and financial situation of hospitals, on the other perceives a trend of improving health care indicators such as the number of consultations and surgeries and an increase in the perceived effectiveness by decreasing unit costs associated.

**Keywords:** Hospital Centers, National Health Service, economic and financial performance, economies of scale

# Índice

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE QUADROS	xii
ÍNDICE DE TABELAS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xvi
LISTA DE ABREVIATURAS	xviii
1 – Introdução	1
2 – Enquadramento teórico	4
2.1 – Sistemas de saúde em Países da OCDE	4
2.1.1 – Sistemas de saúde: enquadramento histórico	5
2.2 – Sistema de saúde português	7
2.2.1 – Recursos Financeiros	9
2.2.2 – Caracterização do sistema hospitalar português	15
2.2.2.1 – Composição do parque hospitalar	15
2.2.2.2 – Recursos humanos	17
2.2.2.3 – Estrutura de custos dos hospitais	18
3 – Modelos de financiamento	19
3.1 – O financiamento da saúde em Portugal	22

4 – Reformas em saúde	24
4.1 – Reformas em saúde na Europa	24
4.2 – Reformas em saúde em Portugal	27
4.2.1 – Os antecedentes do atual sistema de saúde	27
4.2.2 – Os anos setenta: princípios do sistema de saúde	28
4.2.3 – A revolução de abril e a criação do Serviço Nacional de Saúde	29
4.2.4 – As reformas dos anos oitenta e noventa	31
4.2.5 – Reformas do século XXI: <i>New Public Management</i>	32
4.2.5.1 – Empresarialização dos hospitais	33
4.2.5.2 – Fusão dos hospitais em centros hospitalares	35
5.1 – Objetivos e hipóteses de investigação	40
5.2 – Metodologia de investigação	40
5.2.1 – Fases da investigação	41
5.2.1.1 – Recolha e seleção de dados	41
5.2.1.2 – Limitações e constrangimentos	41
5.2.2 – Definição da amostra	43
5.2.3 – Definição das variáveis	46
5.2.3.1 – Indicadores financeiros	46
5.2.3.2 – Indicadores assistenciais	48
5.2.3.3 – Custos unitários	48
5.2.4 – Método estatístico	50

5.3 – Análise dos dados	51
5.3.1 – Análise individual das variáveis (estatística descritiva)	51
5.3.2 – Inferência estatística	70
5.4 – Discussão dos resultados	76
5.4.1 –Desempenho económico-financeiro	76
5.4.1.1 – Evolução e tendência ao nível do PMP	77
5.4.2 – Indicadores assistenciais	80
5.4.3 – Custos unitários totais	81
CONCLUSÃO	82
BIBLIOGRAFIA	84
ANEXO 1 – Evolução dos indicadores	88
ANEXO 2 – Rácios económico-financeiros	105
ANEXO 3 – Outputs do SPSS	124

## Índice de quadros

Quadro 2.1 – Principais características dos dois modelos de organização dos sistemas de saúde na Europa	6
Quadro 2.2 – Distribuição do parque hospitalar por tipo e por ARS (2011)	16
Quadro 2.3 – Distribuição das camas hospitalares por ARS (2009)	17
Quadro 2.4 – Distribuição de médicos hospitalares por ARS (2010)	17
Quadro 4.5 – Quadro comparativo entre hospitais SPA e hospitais SA/EPE	34
Quadro 4.6 – Centros hospitalares existentes em 2011	38
Quadro 5.7 – Realizações de capital estatutário em falta por unidade hospitalar	43
Quadro 5.8 – Descrição e caracterização da amostra	45
Quadro 5.9 – Descrição das variáveis (indicadores económico-financeiros)	47
Quadro 5.10 – Descrição das variáveis (indicadores assistenciais)	48
Quadro 5.11 – Descrição das variáveis (custos unitários totais)	49

## Índice de tabelas

Tabela 5.1 – Estatística descritiva: liquidez geral	52
Tabela 5.2 – Estatística descritiva: autonomia financeira	53
Tabela 5.3 – Estatística descritiva: solvabilidade	54
Tabela 5.4 – Estatística descritiva: rendibilidade dos capitais próprios	55
Tabela 5.5 – Estatística descritiva: rendibilidade operacional dos ativos	56
Tabela 5.6 – Estatística descritiva: rendibilidade operacional das vendas	57
Tabela 5.7 – Estatística descritiva: prazo médio de pagamentos	58
Tabela 5.8 – Estatística descritiva: prazo médio de recebimentos	59
Tabela 5.9 – Estatística descritiva: lotação praticada	60
Tabela 5.10 – Estatística descritiva: demora média	61
Tabela 5.11 – Estatística descritiva: taxa de ocupação	62
Tabela 5.12 – Estatística descritiva: número de consultas	63
Tabela 5.13 – Estatística descritiva: número de urgências	64
Tabela 5.14 – Estatística descritiva: número de cirurgias	65
Tabela 5.15 – Estatística descritiva: custo unitário total por doente tratado	66
Tabela 5.16 – Estatística descritiva: custo unitário total por dia de internamento	67
Tabela 5.17 – Estatística descritiva: custo unitário total por consulta	68
Tabela 5.18 – Estatística descritiva: custo unitário total por urgência	69
Tabela 5.19 – Teste de normalidade: variáveis económico-financeiras	71

Tabela 5.20 – Teste de normalidade: variáveis assistenciais	72
Tabela 5.21 – Teste de normalidade: variáveis custos unitários totais	73
Tabela 5.22 – Teste de Wilcoxon	73
Tabela 5.23 – Teste t para amostras emparelhadas	75
Tabela 5.24 – Resumo dos rácios económico-financeiros	76
Tabela 5.25 – Resumo dos rácios assistenciais	81
Tabela 5.26 – Resumo dos custos unitários totais	81
Tabela A 27 – Evolução da lotação praticada (2002-2012)	89
Tabela A 28 – Evolução da demora média (2002-2012)	90
Tabela A 29 – Evolução da taxa de ocupação (2002-2012)	91
Tabela A 30 – Evolução do número de consultas (2002-2012)	92
Tabela A 31 – Evolução do número de urgências (2002-2012)	93
Tabela A 32 – Evolução do número de cirurgias (2002-2012)	94
Tabela A 33 – Evolução da liquidez geral (2002-2012)	95
Tabela A 34 – Evolução da autonomia financeira (2002-2012)	96
Tabela A 35 – Evolução da solvabilidade (2002-2012)	97
Tabela A 36 – Evolução da rendibilidade dos capitais próprios (2002-2012)	98
Tabela A 37 – Evolução da rendibilidade operacional do ativo (2002-2012)	99
Tabela A 38 – Evolução da rendibilidade operacional das vendas (2002-2012)	100
Tabela A 39 – Evolução do custo médio unitário por doente tratado (2002-2012)	101
Tabela A 40 – Evolução do custo médio unitário por dia de internamento (2002-2012)	102

Tabela A 41 – Evolução do custo médio unitário por consulta (2002-2012)	103
Tabela A 42 – Evolução do custo médio unitário por urgência (2002-2012)	104
Tabela A 43 – Liquidez geral 1	106
Tabela A 44 – Liquidez geral 2	108
Tabela A 45 – Autonomia financeira 1	109
Tabela A 46 – Autonomia financeira 2	111
Tabela A 47 – Solvabilidade 1	112
Tabela A 48 – Solvabilidade 2	114
Tabela A 49 – Rendibilidade dos capitais próprios 1	115
Tabela A 50 – Rendibilidade dos capitais próprios 2	117
Tabela A 51 – Rendibilidade operacional dos ativos 1	118
Tabela A 52 – Rendibilidade operacional dos ativos 2	120
Tabela A 53 – Rendibilidade operacional das vendas 1	121
Tabela A 54 – Rendibilidade operacional das vendas 2	123
Tabela A 55 – Resumo das estatísticas descritivas das variáveis económico-financeiras	124
Tabela A 56 – Resumo das estatísticas descritivas das variáveis assistenciais	125
Tabela A 57 – Resumo das estatísticas descritivas das variáveis custo unitário total	125

## Índice de figuras

Figura 2.1 – Taxa de mortalidade infantil (1970-2010)	8
Figura 2.2 – Esperança média de vida à nascença (1970-2011)	8
Figura 2.3 – Despesa total em saúde (% do PIB)	9
Figura 2.4 – Percentagem do PIB em despesas com a saúde nos países da OCDE	11
Figura 2.5 – Despesas com a saúde <i>per capita</i> nos países da OCDE	12
Figura 2.6 – Despesa pública por tipo de financiamento (2010)	13
Figura 2.7 – Evolução da despesa pública do SNS (2002-2010)	13
Figura 2.8 – Evolução da aplicação de fundos do SNS (2002-2011)	14
Figura 2.9 – Despesa corrente na saúde por função de cuidados de saúde (2011)	15
Figura 2.10 – Dimensão do parque hospitalar público português (2010)	16
Figura 2.11 – Mix da estrutura de custos dos hospitais (2010)	18
Figura 3.12 – Fluxos financeiros de um sistema de saúde	19
Figura 5.13 – Evolução do prazo médio de pagamentos	78
Figura 5.14 - Prazo médio de pagamentos por trimestre (2009-2013)	79
Figura A.15 – Evolução da lotação praticada (2002-2012)	89
Figura A 16 – Evolução da demora média (2002-2012)	90
Figura A 17 – Evolução da taxa de ocupação (2002-2012)	91
Figura A 18 – Evolução do número de consultas (2002-2012)	92
Figura A 19 – Evolução do número de urgências (2002-2012)	93

Figura A 20 – Evolução do número de cirurgias (2002-2012)	94
Figura A 21 – Evolução da liquidez geral (2002-2012)	95
Figura A 22 – Evolução da autonomia financeira (2002-2012)	96
Figura A 23 – Evolução da solvabilidade (2002-2012)	97
Figura A 24 – Evolução da rentabilidade dos capitais próprios (2002-2012)	98
Figura A 25 – Evolução da rentabilidade operacional do ativo (2002-2012)	99
Figura A 26 – Evolução da rentabilidade operacional das vendas (2002-2012)	100
Figura A 27 – Evolução do custo médio unitário por doente tratado (2002-2012)	101
Figura A 28 – Evolução do custo médio unitário por dia de internamento (2002-2012)	102
Figura A 29 – Evolução do custo médio unitário por consulta (2002-2012)	103
Figura A 30 – Evolução do custo médio unitário por urgência (2002-2012)	104

## **Lista de abreviaturas**

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- BDEA – Base de Dados dos Elementos da Analítica
- CH – Centro Hospitalar
- CRP – Constituição da República Portuguesa
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- FASP – Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamento do SNS
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos
- IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira
- ISCAL – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa
- NPM – *New Public Management*
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PIB – Produto Interno Bruto
- PMP – Prazo Médio de Pagamento
- PPP – Parcerias Público-Privadas
- SA – Sociedade Anónima
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SPA – Setor Público Administrativo
- UE – União Europeia
- ULS – Unidade Local de Saúde

## 1. Introdução

Nos últimos 40 anos registaram-se progressos notáveis na saúde dos portugueses graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde e ao acréscimo de recursos humanos, financeiros e técnicos alocados ao sistema de saúde.

Neste período Portugal alcançou um elevado nível no desenvolvimento do seu sistema de saúde, apresentando hoje resultados comparáveis com os dos principais parceiros internacionais ao nível de vários indicadores, como por exemplo a esperança média de vida à nascença, que aumentou cerca de 18% nos homens e 16% nas mulheres, encontrando-se atualmente abaixo da média da União Europeia (UE), e a taxa de mortalidade infantil, que reduziu 94% entre 1970 e 2008, encontrando-se atualmente abaixo da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

Trata-se, contudo, de um sector com elevados custos, realidade que se tem vindo a agravar progressivamente nos últimos anos e a colocar em causa a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em Portugal, como nos restantes países da UE, os gastos com a saúde têm crescido a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, assumindo uma importância crescente face ao Produto Interno Bruto (PIB).

Fatores como o envelhecimento da população, a inovação e desenvolvimento tecnológico e o aumento dos custos com as despesas hospitalares são apontados por Campos (2008) como determinantes para o crescimento verificado da despesa em saúde.

A despesa total em saúde em Portugal foi progressivamente aumentando desde 1970, até igualar a média comunitária, em 1995, situando-se nos anos subsequentes sempre acima da média comunitária. Em 1970 a percentagem dos gastos em saúde era de 2,6% do PIB e em 2011 era já de 10,2% do PIB, valor superior à média da OCDE (9,3%) (OCDE, 2006).

Segundo projeções da OCDE (OCDE, 2006), na ausência de medidas políticas, a média de gastos estimada quase duplicará até 2050, sendo fundamental conhecer detalhadamente a situação atual do país e discutir alternativas que reduzam os ritmos de crescimento da despesa pública nas últimas décadas.

É neste contexto de contenção de gastos e conseqüente preocupação com a eficiência do sistema e sustentabilidade financeira do sistema de saúde, que se tem introduzido uma nova filosofia de gestão hospitalar, assente essencialmente nas questões da oferta.

De acordo com Campos (2007), a questão da eficiência, mais do que uma questão meramente económica, é uma questão ética, tendo em conta que se o SNS não for eficiente, não contribui para ganhos em saúde e jamais poderá ser justo, sendo mesmo uma “[...] *condição indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal, que inspira o SNS.*” (Campos, 2007:11). Campos (2007:11) conclui: “*A ineficiência tem custos elevados e irreversíveis*”.

Para induzir melhorias na eficiência da prestação pública de cuidados de saúde têm sido adotadas algumas medidas, de que se destacam:

- a) Reforço do investimento nos cuidados de saúde primários e do ambulatório não urgente;
- b) Separação entre a função de financiador e de prestador, assumindo o Estado um papel de comprador de serviços públicos reforçando a função de regulador e estratégia do sistema, com desenvolvimento de mecanismos de contratualização;
- c) Implementação do conceito da nova gestão pública (*New Public Management*) em que, segundo Simões (2004), se substitui a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial.

A preocupação crescente no que se refere aos custos dos serviços de saúde tem desencadeado atenções na procura de formas de aumento da eficiência e de diminuição dos recursos utilizados. A realização de fusões no seio hospitalar é um dos meios utilizados para o alcance de tais objetivos, pela redução do excesso da capacidade instalada e pela eliminação da duplicação dos serviços.

Segundo Campos (2008), a concentração de unidades dispersas em centros hospitalares é uma das medidas de gestão mais importantes, uma vez que permite uma estratégia e hierarquia de grupo o que se traduz na poupança de recursos ao mesmo tempo que se dotam os hospitais de instrumentos de gestão até aí subutilizados.

Em Portugal, apesar de decorridos alguns anos desde a criação dos primeiros centros hospitalares, são escassas as investigações que tenham estudado o desempenho dos hospitais fundidos, em comparação com as unidades hospitalares que lhe deram origem, pelo que é objetivo central desta investigação tentar perceber o impacto que as fusões de hospitais em grandes centros hospitalares tiveram no desempenho económico-financeiro e operacional. Será também feita uma análise de custos unitários de forma a tentar perceber

se existiram aumentos de eficiência através da obtenção de economias de escala decorrentes do processo de fusão.

Para a prossecução dos objetivos propõe-se uma comparação numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos centros hospitalares através de uma análise financeira, com recurso a rácios económico-financeiro, uma análise operacional, recorrendo a alguns indicadores assistências e a uma análise de custos, recorrendo a técnicas de estatística descritiva e de inferência estatística. A amostra em estudo é constituída por 26 hospitais que se fundiram criando 11 centros hospitalares.

No que à análise financeira diz respeito, importa ressaltar que, apesar das particularidades que o setor da saúde pública apresenta, nomeadamente o facto de não terem como objetivo principal a maximização do lucro, ser perfeitamente compatível o uso da análise financeira (Barros, 2013), uma vez que se admite que os vários agentes que atuam no setor da saúde são agentes económicos racionais e que têm objetivos que pretendem alcançar. Segundo Barros (2013), “...o incentivo ao “lucro” existe sempre, ainda que o hospital não tenha fins lucrativos...”, acrescentando que “...o hospital pode sempre obter lucro na medida em que sempre que existe algum excedente monetário o mesmo possa ser afeto a usos alternativos dos quais advenham mais-valias para a instituição...”.

Para uma melhor exposição do tema, propõe-se que a presente dissertação seja estruturada da seguinte forma:

Capítulo 1 – Introdução, onde será feito um primeiro enquadramento teórico, bem como serão apresentados os objetivos do estudo e o plano de apresentação;

Capítulo II – Enquadramento teórico, onde será feita uma revisão da literatura sobre o setor da saúde, caracterizando o sistema de saúde português e enquadrando-o no contexto internacional. Em seguida será abordada a temática do financiamento da saúde de forma a perceber-se a necessidade das reformas do *New Public Management*, integrando assim as fusões hospitalares no processo reformador;

Capítulo III – Estudo empírico: neste capítulo irá ser debatida a questão prática do estudo, usando uma abordagem metodológica ao problema em questão, onde serão expostos os objetivos a atingir e será definida a metodologia de investigação;

Capítulo IV – Conclusão: capítulo onde serão citadas as conclusões retiradas da análise do estudo e onde se procurará deixar em aberto investigações futuras na temática em causa.

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1 – Sistemas de saúde em países da OCDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define sistema de saúde como o conjunto de “*todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde*” (World Health Organization, 2000). É uma definição abrangente, uma vez que compreende todas as iniciativas que conduzem à melhoria da saúde das pessoas, como sejam os programas cujos objetivos se inserem na melhoria das condições de habitação ou de trabalho, assim como as campanhas para a redução dos acidentes de trânsito ou da luta antitabágica.

Utiliza-se, entre nós, uma definição mais restritiva de sistema de saúde, limitando a sua intervenção ao conjunto de entidades prestadoras e financiadoras dos cuidados de saúde, ou às instituições que desenvolvem atividades na área da saúde (Campos e Simões, 2011).

A Lei de Bases da Saúde, em Portugal (Lei ° 48/90, de 24 de Agosto), diz que *o sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades*”; o n° 2 da mesma Base afirma que “*o Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde...*”. Ou seja, a definição normativa portuguesa, aproximando-se do conceito lato preconizado pela OMS, não permite, porém, um entendimento de sistema de saúde que inclua todas as intervenções favoráveis à saúde, independentemente da sua área de intervenção (Campos e Simões, 2011).

### 2.1.1 – Sistemas de saúde: enquadramento histórico

Os sistemas de saúde surgiram no final do século XIX com a revolução industrial e tiveram na sua génese três fatores principais (Campos e Simões, 2011): o primeiro fator tem a ver com a necessidade que governos e trabalhadores tiveram de acautelar o crescente decréscimo de produtividade laboral decorrente de acidentes de trabalho e por doenças. O segundo fator prendeu-se com o impacto de doenças no ambiente de guerra. O terceiro fator foi a intervenção política crescente de fortes movimentos operários na Europa, que induziu alguns governos, com destaque para o de Bismarck na Alemanha, a retirar aos sindicatos a gestão dos nascentes seguros de doença.

O modelo de Bismarck, fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego, teve a sua origem na Alemanha, em 1883, mas foi rapidamente adotado e adaptado a outros países, nomeadamente Áustria, Holanda e Suíça. Tratava-se de uma lei inovadora em todo o mundo, instituindo o primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado (Campos e Simões, 2011).

Mais tarde, a Segunda Guerra Mundial permitiu repensar o papel do Estado e aproveitar os ensinamentos demonstrados pela organização dos cuidados de saúde em tempo de guerra. As circunstâncias próprias de um ambiente de guerra terão criado um sentimento de solidariedade no povo britânico, o qual defendeu políticas igualitárias e aceitou a intervenção determinante do Estado.

O Relatório Beveridge<sup>1</sup>, de 1942, baseia as suas propostas na existência de um Estado interventor e que deve dar respostas para as diversas situações de risco social, define, então os serviços de saúde como uma das condições necessárias para a criação de um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha.

Campos e Simões (2011) consideram, desse ponto de vista, que o sistema de Beveridge era mais completo do que o de Bismarck porque pretendia cobrir uma gama completa de riscos “*do berço à sepultura*”, integrando ainda as situações de exclusão social, ao contrário do modelo de Bismarck, em que os direitos advinham única e exclusivamente do trabalho e das contribuições regulares partilhadas de trabalhadores e patrões.

---

<sup>1</sup> Intitulado “*Social Insurance and Allied Services*”

De facto, o modelo de Beveridge caracterizava-se pelo acesso universal, com a inclusão de todos os tratamentos de forma totalmente gratuita e financiado pelo orçamento do Estado através dos impostos (Escoval, 2003).

Segundo Campos e Simões (2011), os sistemas de segurança social, e em particular os de saúde, desenvolveram-se no mundo à sombra destes dois grandes modelos – o bismarckiano e o beveridgeano – com maiores ou menores influências de um ou de outro, ou mesmo de tentativas, mais ou menos bem conseguidas, de combinação de ambos os modelos.

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

Quadro 2.1 - Principais características dos dois modelos de organização dos sistemas de saúde

<i>Características</i>	<i>Modelo Beveridge</i>	<i>Modelo Bismarck</i>
<i>Financiamento</i>	Predominantemente impostos	Predominantemente por quotizações de empregados e empregadores para o seguro social
<i>Gestão orçamental</i>	Governmental	Não-governmental
<i>Trabalho médico</i>	Assalariados ou remuneração por capitação	Contratados pelos fundos de seguro social e médicos liberais pagos por honorários
<i>Modelo de propriedade</i>	Público	Não público
<i>Países</i>	Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Espanha, Itália, Portugal e Grécia	Alemanha, Áustria, Holanda, Suíça, França, Bélgica
<i>Forma de regulação da oferta</i>	Direta	Indireta

Fonte: Adaptado de Escoval (2003)

Nos Estados Unidos da América encontramos o chamado modelo de mercado, que está organizado a partir da capacidade de compra do seguro de saúde pelos indivíduos e empresas, cujo acesso depende da capacidade de consumo do cidadão/consumidor (Escoval, 2003).

Os processos revolucionários ocorridos em Portugal em 1976, em Itália em 1978/79 e em Espanha em 1986, conduziram a uma transição de um modelo de seguro social para uma matriz baseada em impostos e universalidade de acesso, o que levou a graves desequilíbrios nos sistemas existentes, motivando a primeira onda de reformas nos anos oitenta e noventa (Escoval, 2003).

## **2.2 – Sistema de saúde português**

O sistema de saúde português tal como tem sido construído desde a revolução de 1974, inspira-se nos princípios do modelo social europeu (Campos, 2007), que considera como sendo responsabilidade do Estado a proteção da saúde individual e coletiva, estando o direito à saúde constitucionalmente protegido através de um SNS universal, compreensivo e tendencialmente gratuito.

O Estado português garante, portanto, a toda a população, o direito aos cuidados, qualquer que seja a sua situação económica e geográfica. Apoia-se também num setor privado cujos preços controla (Béresniak e Duru, 1999).

O SNS assegura sobretudo os cuidados primários e hospitalares, estando a medicina especializada dependente em grande parte do setor privado.

O SNS criou as condições para que, nos últimos 40 anos, se tenham verificado progressos notáveis na saúde dos portugueses, graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde e ao acréscimo de recursos humanos, financeiros e técnicos alocados ao sistema de saúde.

Portugal apresentando hoje resultados comparáveis com os dos principais parceiros internacionais ao nível de vários indicadores. Como exemplo refere-se a esperança média de vida à nascença (Figura 2.1), que aumentou cerca de 18% nos homens e 16% para as mulheres, encontrando-se atualmente abaixo da média da União Europeia e ao nível dos países de referência como a Finlândia.

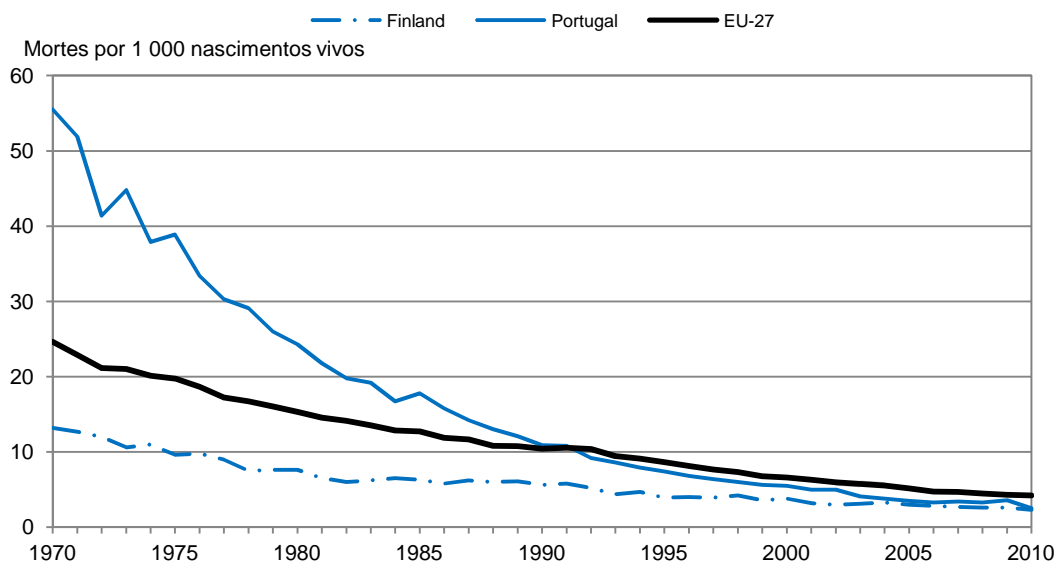


Figura 2.1 – Taxa de mortalidade infantil (1970-2010)

Fonte: OCDE (2013)

Outro indicador em que Portugal se tem destacado e que demonstra a capacidade do sistema de saúde português é a taxa de mortalidade infantil (Figura 2.2), que reduziu 94% entre 1970 e 2008, encontrando-se atualmente abaixo da média da OCDE.

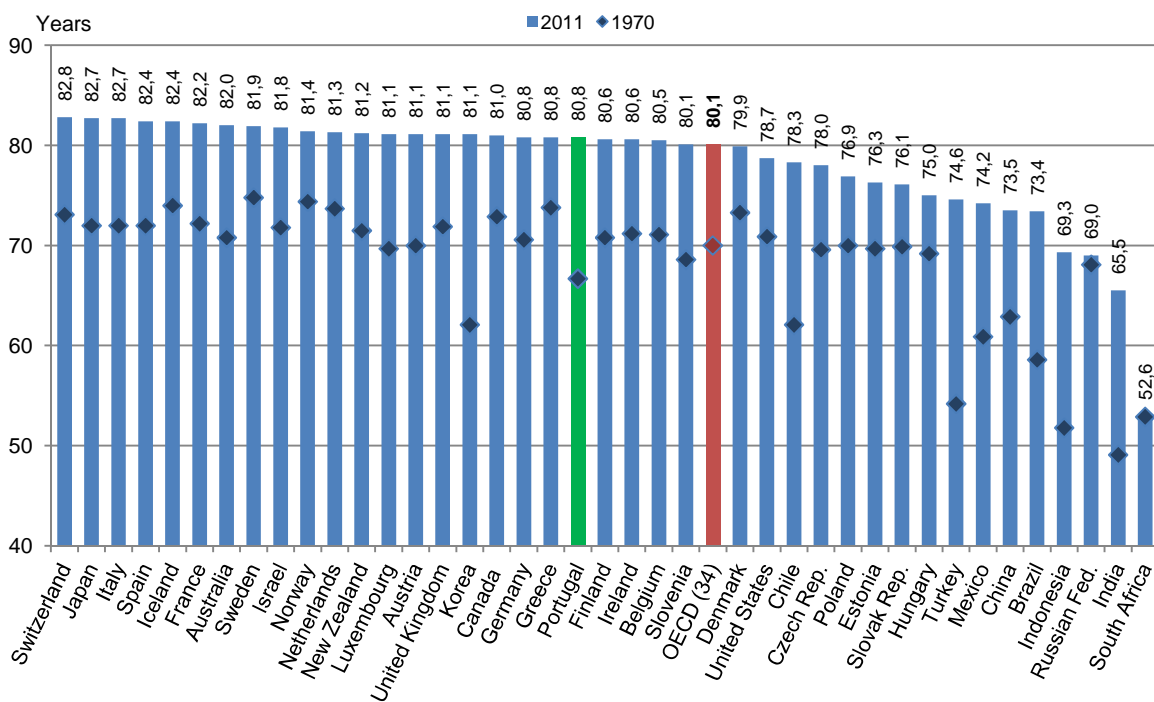


Figura 2.2 – Esperança média de vida à nascença (1970-2011)

Fonte: OCDE (2013)

Trata-se, contudo, de um sector com elevados custos, realidade que se tem vindo a agravar progressivamente nos últimos anos e a colocar em causa a sustentabilidade do SNS. Em Portugal, como nos restantes países da União Europeia, os gastos com a saúde têm crescido a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, assumindo uma importância crescente face ao PIB.

### 2.2.1 – Recursos financeiros:

O financiamento da saúde em Portugal é, na sua grande maioria, de origem pública, sendo que menos de 30% dos cuidados de saúde prestados são financiados por entidades privadas e diretamente pelos cidadão (Figura 2.3).

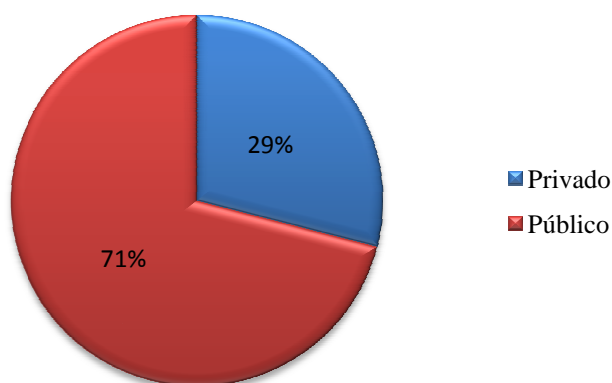


Figura 2.3 – Financiamento da saúde por natureza

Fonte: INE 2006

Em Portugal o financiamento público, através do SNS é feito essencialmente através do orçamento de Estado, sendo que os serviços do SNS podem ainda cobrar receitas de acordo com as situações previstas na lei como faturação de cuidados prestados a terceiros responsáveis, nomeadamente subsistemas de saúde e entidades seguradoras. A Lei de Bases da Saúde (LBS) determina ainda que se podem cobrar taxas moderadoras com o intuito de regular o uso dos serviços do SNS.

Em suma, o financiamento dos hospitais públicos portugueses, que integram o SNS, compreende um orçamento de Estado e receitas provenientes da faturação a terceiros pagadores.

A insustentabilidade financeira do SNS surge no topo dos problemas manifestados pelos diversos *stakeholders* na área da saúde uma vez que se tem verificado um aumento generalizado da despesa privada e pública em saúde.

Barros (2013) considera que os problemas de sustentabilidade financeira do SNS são, em grande medida, um problema decorrente do crescimento económico do País, identificando quatro grandes fatores como os principais responsáveis pelo aumento crescente das despesas públicas na área da saúde: o envelhecimento da população, a inovação tecnológica, o crescimento do rendimento disponível da população e o crescimento dos preços de cuidados de saúde como resultado de um menor crescimento da produtividade no setor da saúde. Segundo Barros (2013) tem sido a inovação tecnológica a principal responsável pela pressão sobre a despesa pública em saúde.

Os problemas de sustentabilidade não são exclusivos do sistema de saúde português, pois todos países europeus de uma forma generalizada enfrentam problemas de sustentabilidade financeira no médio prazo. De facto, os gastos em saúde, em Portugal e nos países da OCDE, têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao PIB.

Em 2010, as despesas com a saúde, em Portugal, representaram 10,7% do PIB (Figura 2.4), acima da média da OCDE, dos quais 7,1% correspondiam a despesa pública e 3,7% a despesa privada.

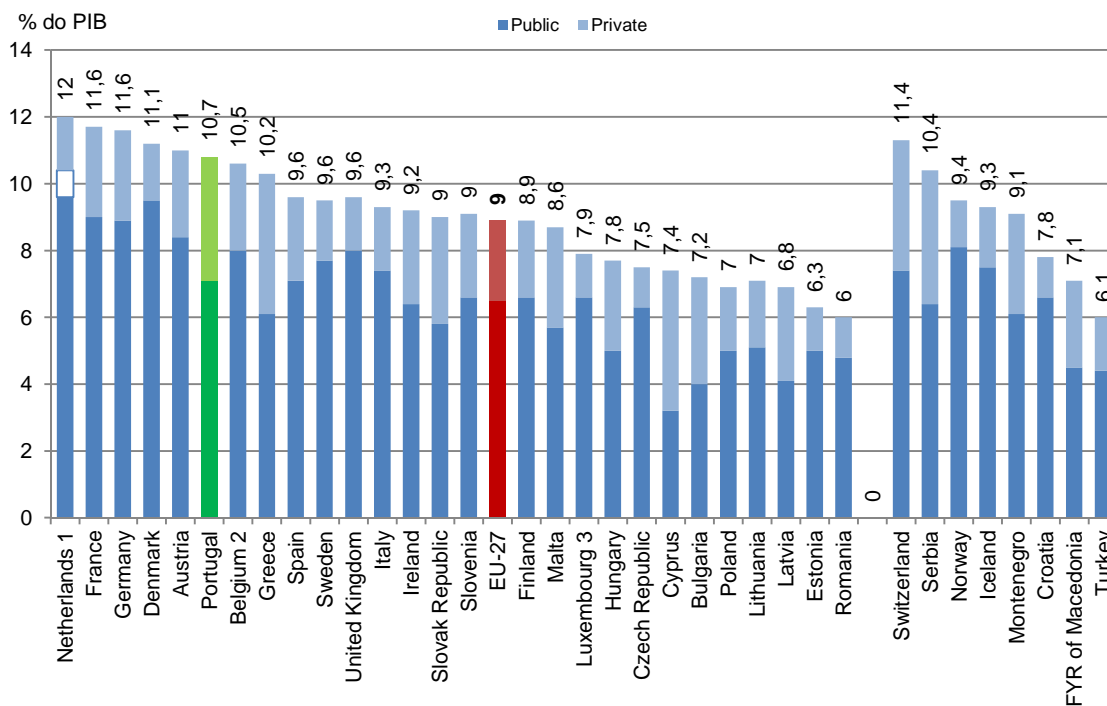


Figura 2.4 – Percentagem do PIB em despesas com a saúde nos países da OCDE (2010)

Fonte: OCDE (2013)

No entanto, este valor não reflete um gasto direto por habitante, que em Portugal é de USD\$ 2.619, abaixo da média da OCDE que é de USD\$ 3.322, ou seja, Portugal apresenta um nível comparativamente baixo de despesa pública em saúde *per capita*, quando medida em paridades de poder de compra, sendo revelado de um significativo desequilíbrio entre a porção despendida para o setor no seu todo e despendida por cidadão (Figura 2.5).

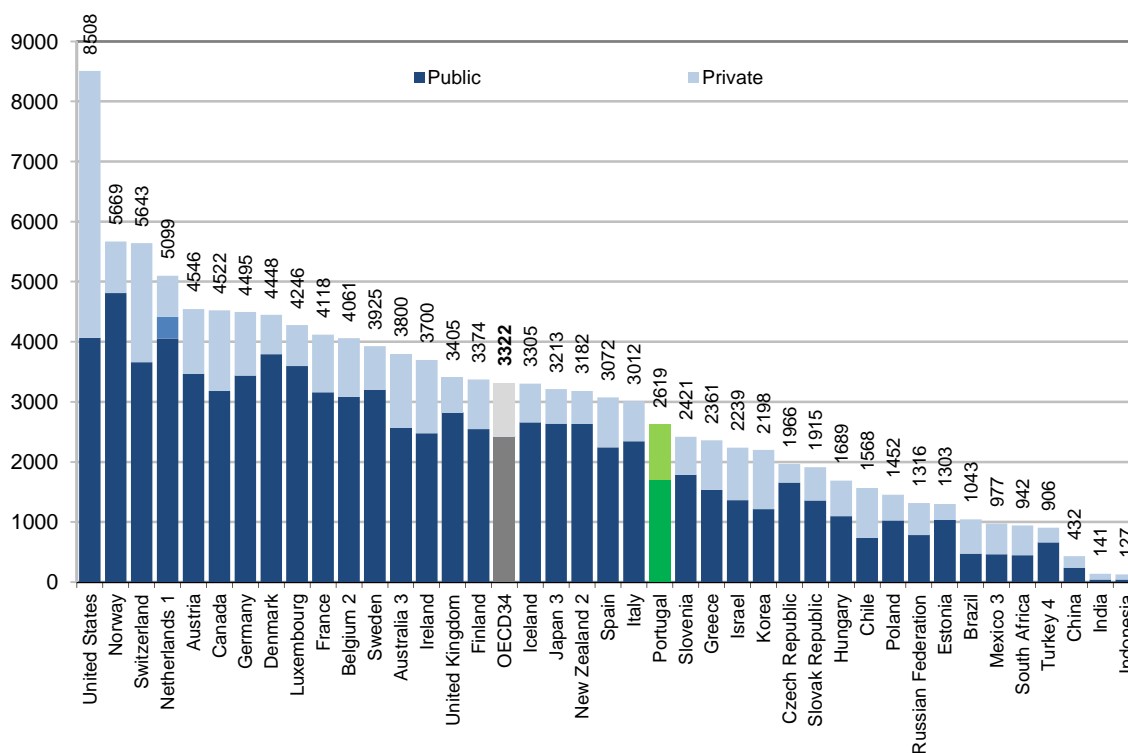


Figura 2.5 – Despesas com a saúde *per capita* nos países da OCDE (2011)

Fonte: OCDE (2013)

A figura 2.6 analisa o contributo que cada possível fonte de financiamento teve nos gastos com a saúde no ano de 2010. As fontes de financiamento consideradas são, por um lado, a despesa pública e, por outro, na componente privada, os pagamentos diretos, os seguros privados de saúde e outra despesa privada. A análise da figura 2.6 permite-nos concluir que em 2010, por comparação com a média da EU27 (73%), em Portugal o peso do financiamento público face ao total foi de 66%, enquanto que os pagamentos diretos das famílias se traduziu em 26%, cinco pontos percentuais acima da média da EU27 (21%). A importância dos seguros privados enquanto fonte de financiamento, em 2010, em Portugal, é muito semelhante à da média da UE27 (cerca de 4%).

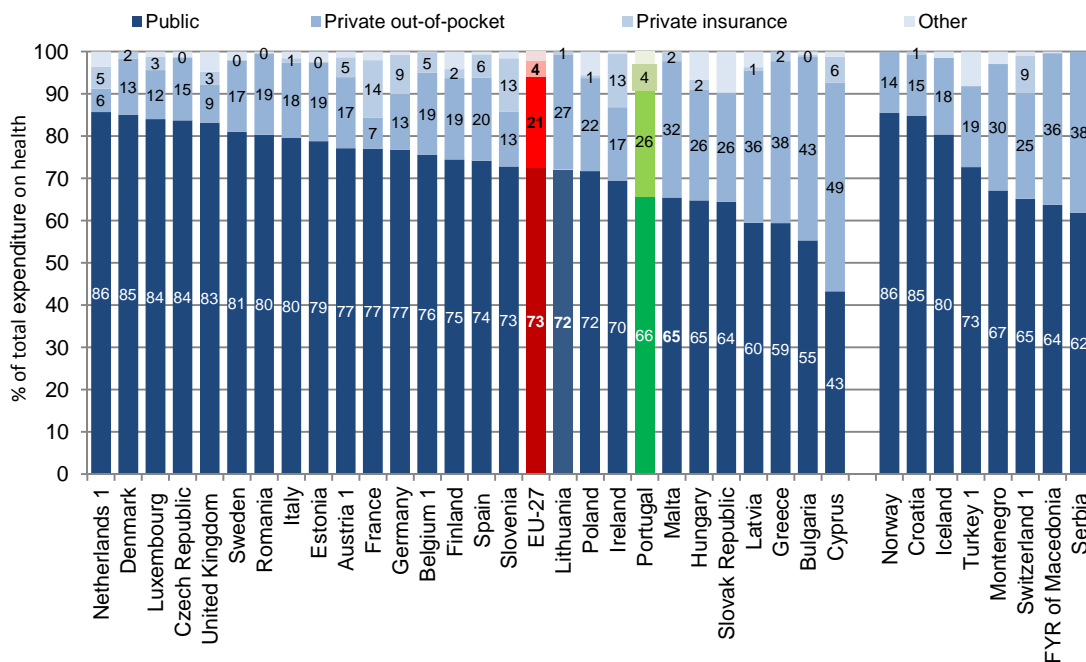


Figura 2.6 – Despesa em saúde por tipo de financiamento (2010)

Fonte: OCDE (2013)

Em termos evolutivos, a despesa com saúde em Portugal tem vindo a crescer em média 6%, desde 2002 a 2010 (Figura 2.7), perfazendo um total de aplicação de fundos de cerca de 9.154,2 milhões de euros, sendo que a despesa com unidades hospitalares representa cerca de 50% em média no período em questão.

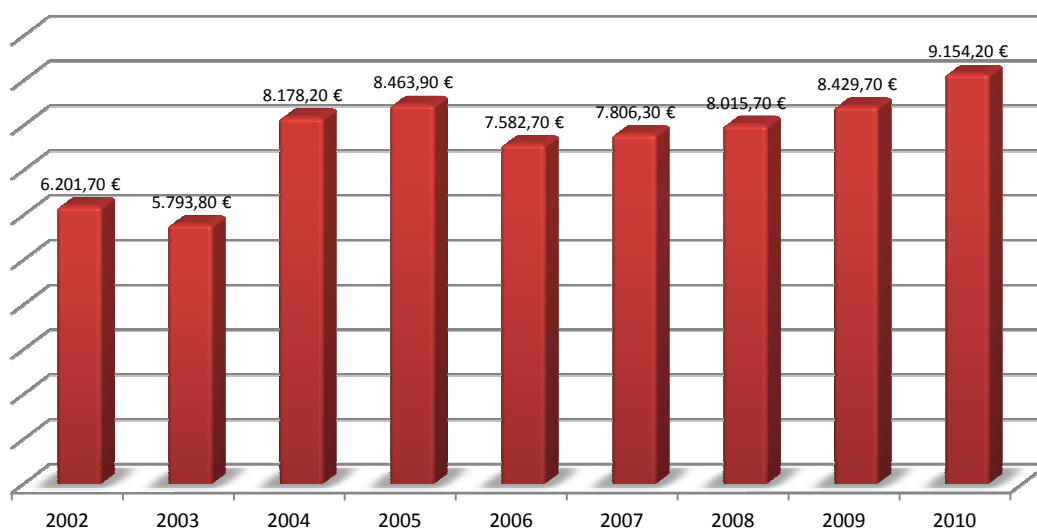


Figura 2.7 – Evolução da despesa pública do SNS (2002-2010)

Fonte: ACSS, adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

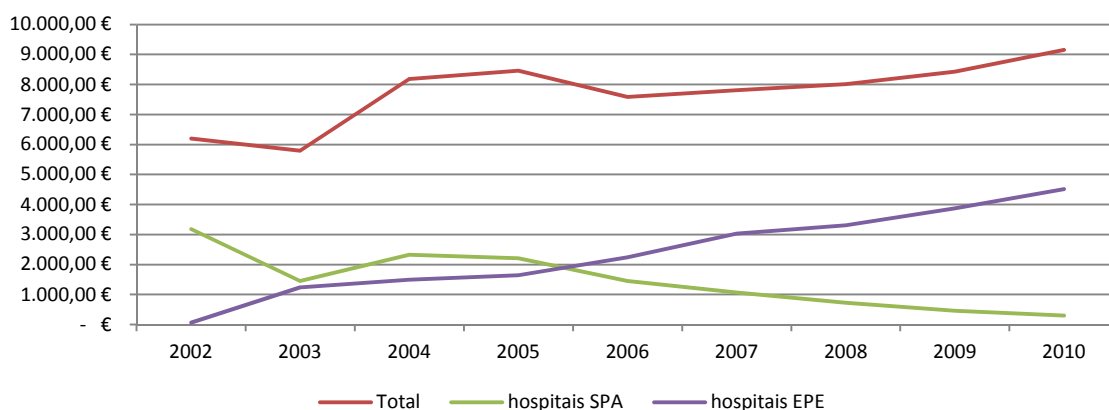


Figura 2.8 – Evolução da aplicação de fundos do SNS (2002-2011)

Fonte: ACSS, adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

A figura 2.9 compara as despesas correntes na saúde por função de cuidados de saúde e permite-nos concluir que, em Portugal, cerca de 45% da despesa corrente é canalizada para o setor hospitalar público, um valor bastante superior quando comparado com a média da OECD27 (33%). O serviço ambulatorio é responsável por cerca de 27%, valor muito semelhante com a média da OECD27 (29%) e os fornecedores de bens de saúde com cerca de 23%, contra 20% da média da OECD27.

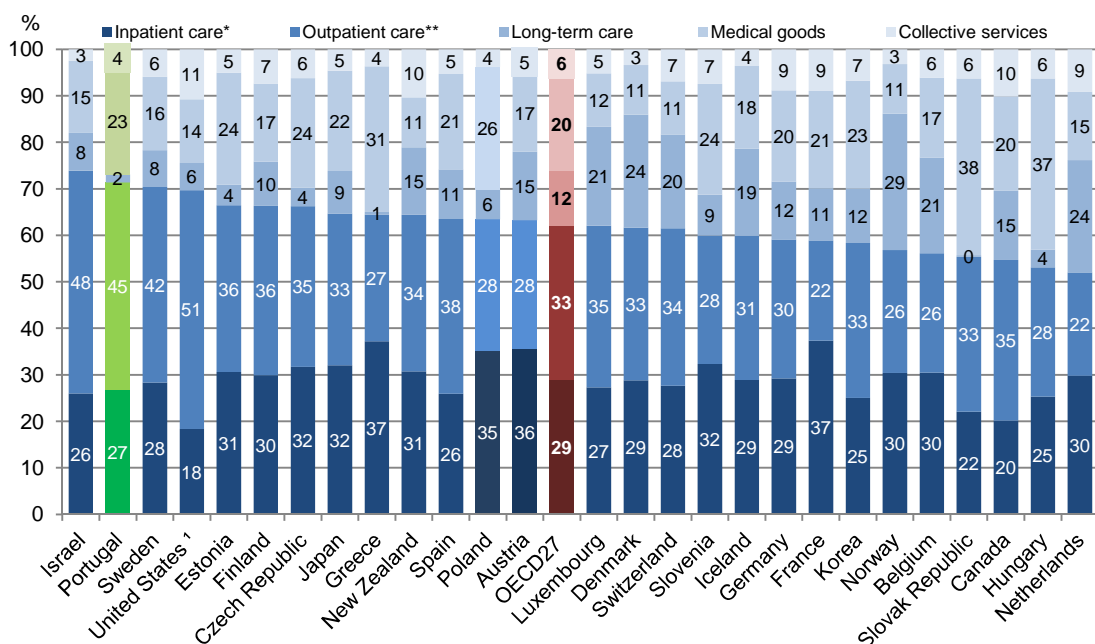


Figura 2.9 – Despesa corrente na saúde por função de cuidados de saúde (2011)

Fonte: OCDE (2013)

## 2.2.2 – Caracterização do sistema hospitalar em Portugal:

### 2.2.2.1 – Composição do parque hospitalar:

O número de hospitais em Portugal tem vindo a decrescer significativamente, acompanhando uma tendência que também se observa internacionalmente, segundo Bentes et al. (2004) como consequência de serem privilegiados os internamentos de curta duração e tratamentos em ambulatório. De facto, se em 1970 o número total de hospitais públicos era de 634, em 1999 apenas existiam 205 hospitais dos quais 110 eram hospitais públicos pertencentes ao SNS.

A dimensão do parque hospitalar público em 2010 pode caracterizar-se pela existência de 21 centros hospitalares (40%), 22 hospitais (41%), 3 institutos oncológicos (6%) e 7 unidades locais de saúde (13%) (Figura 2.10 e Quadro 2.2).

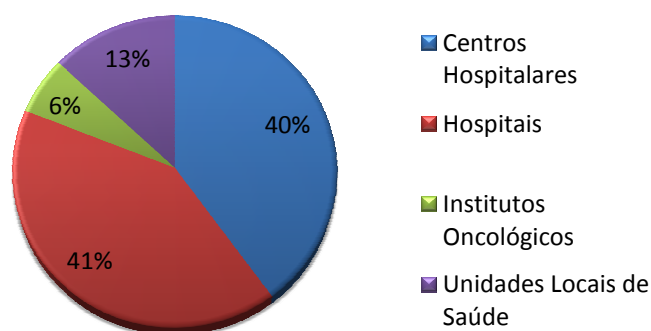


Figura 2.10 – Dimensão do parque hospitalar público português (2010)

Fonte: ACSS; adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

Esta oferta hospitalar é ainda complementada com dois hospitais sob o regime de Parceria Público-Privada (PPP) (hospitais de Cascais e Braga) a que se acrescentarão dois novos hospitais contratados: o novo hospital de Loures, que iniciou funcionamento em 2012, e o hospital de Vila Franca de Xira, cuja abertura ocorreu em 2013.

Quadro 2.2 – Distribuição do parque hospitalar por tipo e por ARS (2011)

Regiões de saúde	Tipo de unidade hospitalar						Total	%
	Hospitais SPA	Hospitais EPE				PPP		
		CH	H	ULS	Sub-total			
<b>ARS Norte</b>		9	3	3	15	1	16	30%
<b>ARS Centro</b>	4	5	2	2	9		13	25%
<b>ARS LVT</b>	5	6	5		11	2	18	34%
<b>ARS Alentejo</b>			2	2	4		4	8%
<b>ARS Algarve</b>		1	1		2		2	4%
<b>Total</b>	9	21	13	7	41		53	100%

Fonte: ACSS; adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

Na sua totalidade os hospitais, na esfera do SNS, são responsáveis por um parque direto de 23.085 camas, em que as regiões de maior concentração populacional (Norte e Lisboa e Vale do Tejo (LVT)) representam cerca de 70%, no seu conjunto (Quadro 2.3).

Quadro 2.3 – Distribuição das camas hospitalares por ARS (2009)

<i>Regiões de saúde</i>	<i>% rel. da população</i>	<i>Nº de camas</i>	<i>% rel.</i>	<i>Camas / 100.000 hab.</i>
<b>ARS Norte</b>	36%	7.499	32%	205
<b>ARS Centro</b>	18%	5.187	22%	294
<b>ARS LVT</b>	37%	8.601	37%	234
<b>ARS Alentejo</b>	5%	992	4%	194
<b>ARS Algarve</b>	4%	806	3%	179
<b>Total</b>	100%	23.085	100%	$\mu = 229$

Fonte: ACSS; adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

#### 2.2.2.2 – Recursos humanos:

De um total de 125.527 profissionais que trabalham no SNS, 78,2% pertencem aos hospitais e as Unidades Locais de Saúde. Em termos hospitalares, existem 19.006 médicos, sendo que 74% estão concentrados nas regiões Norte e LVT (Quadro 2.4).

Quadro 2.4 – Distribuição de médicos hospitalares por ARS (2010)

<i>Regiões de saúde</i>	<i>% rel. da população</i>	<i>Médicos</i>	<i>% relativa</i>	<i>Médicos / 100.000 hab.</i>
<b>ARS Norte</b>	36%	6.926	36%	189
<b>ARS Centro</b>	18%	3.572	19%	203
<b>ARS LVT</b>	37%	7.215	38%	196
<b>ARS Alentejo</b>	5%	681	4%	133
<b>ARS Algarve</b>	4%	612	3%	136
<b>Total</b>	100%	19.006	100%	$\mu = 189$

Fonte: ACSS; adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

Analisando o número de médicos hospitalares disponíveis verifica-se uma grande assimetria da respetiva distribuição regional face à população servida, mostrando carência de médicos na região Sul (Alentejo e Algarve) contra uma maior concentração nas regiões Centro e LVT.

### 2.2.2.3 – Estrutura de custos dos hospitais:

O “*Mix*” da estrutura de custos dos hospitais referente ao exercício económico de 2010, salientando o peso de custos com pessoal na ordem dos 50% do total registado, seguido dos custos relacionados com consumos (CMVMC) na ordem dos 27% do total e dos fornecimentos e serviços externos (FSE) com 17%. A rubrica “Outros custos” é responsável por cerca de 6% dos custos e engloba todas as restantes rubricas dos custos operacionais.

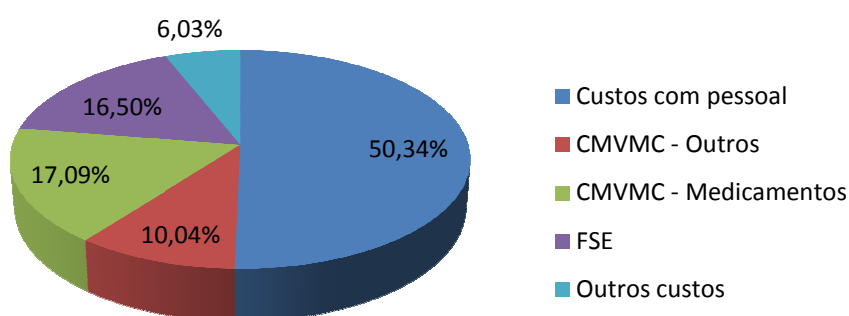


Figura 2.11 – *Mix* da estrutura de custos dos hospitais (2010)

Fonte: ACSS; adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

De salientar que relativamente ao custo das mercadorias vendidas, cerca de 63% referem-se a medicamentos.

### 3 – Modelos de Financiamento

O financiamento diz respeito não só à forma como captamos recursos financeiros para fazer face às despesas mas também à forma como os recursos financeiros são distribuídos, pelos diferentes prestadores, para cobrir os custos de produção (Barros, 2013).

Na figura seguinte estão esquematizados os fluxos financeiros num sistema de saúde.

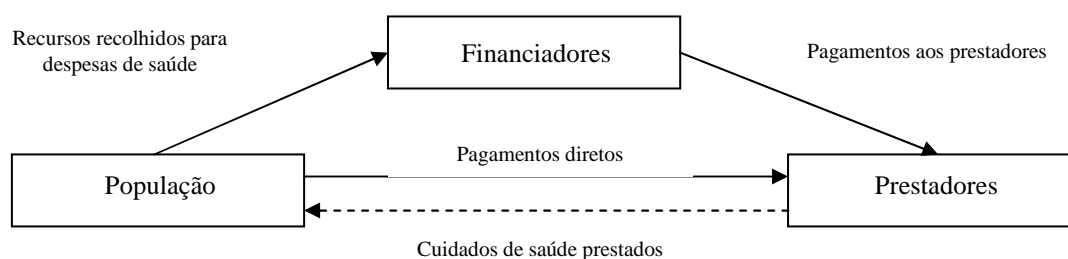


Figura 3.12 – Fluxos financeiros de um sistema de saúde

Fonte: Ministério da Saúde

Como se depreende da figura acima, o pagamento aos prestadores de cuidados de saúde, como por exemplo hospitais, ocorre ou por pagamento direto dos utentes ou por pagamentos dos financiadores, como por exemplo agências de contratualização.

Por consumo direto entende-se todas as importâncias cobradas no momento da assistência, como por exemplo as taxas moderadoras. Por sua vez os pagamentos realizados pelos financiadores têm origem na captação de fundos juntos da população, podendo assumir a forma de impostos, seguro social ou prémio de seguro privado, podendo a entidade financiadora ser, respetivamente, o Estado, fundos de doença ou companhias de seguros.

Barros e Gomes (2002) referem a existência de três grandes modelos de financiamento dos cuidados de saúde:

- a) Modelo de Bismarck – Áustria, Benelux, França, Alemanha e Suíça – em que o financiamento assenta essencialmente em esquemas sociais de seguros, obrigatórios e quase universais. Segundo Campos e Simões (2011), este sistema funciona no âmbito de caixas de seguro-doença, supervisionadas pelo Estado, que realizam uma mutualização de riscos, sendo os prémios fixados de acordo com os rendimentos.

- b) Modelo de Beveridge – Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega Suécia e Reino Unido – com origem na Grã-Bretanha no pós 2ª guerra mundial e em que o financiamento assenta principalmente nos impostos;
- c) Seguros de saúde privado voluntário, que cobre indivíduos ou grupos, sendo os prémios fixados em função das características do risco.

Há ainda a os pagamentos diretos dos utentes e os sistemas de transição, típicos dos países da Europa meridional – Grécia, Israel, Itália, Portugal, Espanha e Turquia – que caminham para sistemas baseados em impostos mas cuja sua aplicação tardia ainda não os permite serem classificados como um verdadeiro modelo Beveridge.

Segundo Barros (2013), nenhum destes sistemas existe na realidade na sua forma pura uma vez que, por um lado, os sistemas de seguro têm frequentemente copagamentos e franquias, que não são mais do que pagamentos diretos no ato do consumo, e por outro lado, mesmo no caso de pagamento direto dos consumidores há alguma componente de seguro via efeito fiscal, uma vez que existe a possibilidade de as pessoas deduzirem despesas de saúde ao rendimento coletável, funcionando o sistema fiscal atua como se fosse um mecanismo de reembolso.

Relativamente à prestação de cuidados podem, também, identificar-se, nos países da OCDE, três sistemas distintos: (Campos e Simões, 2011)

- a) O sistema de reembolso, no qual os prestadores são pagos pelos serviços fornecidos aos consumidores:
- b) O sistema de contrato, ou convenção, quando existe uma separação entre a entidade pagadora e prestadora. Implica um acordo entre os terceiros pagadores e os prestadores de cuidados, e no qual são fixadas as condições de pagamento dos serviços;
- c) O sistema integrado, no qual a mesma entidade (normalmente o Estado) exerce as suas competências, quer no financiamento, quer na prestação de cuidados.

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

No sistema de contrato, por sua vez, em contraste com o sistema anterior, o pagador pode exercer um largo poder de controlo do nível total da despesa, o que tem representado, em regra, a fórmula encontrada pelos sistemas de seguro social para o controlo do crescimento

da despesa no setor. O financiamento dos hospitais, através de uma diária ou de um sistema de classificação de doentes, realiza-se, normalmente no quadro de um orçamento prospetivo ou de teto global. Quando os serviços contemplam pré-pagamento, o consumidor só poderá escolher os prestadores com os quais o financiador tem uma prévia relação contratual, obedecendo aos princípios de economia de gastos fixados pelo sistema (Simões, 2013).

Relativamente aos modelos de afetação de recursos/remuneração aos hospitais, estes têm-se alterado significativamente ao longo dos últimos vinte anos, passando de reembolsos retrospectivos baseados nos custos incorridos para modelos de financiamento prospetivos, em que o pagamento resulta de um valor fixado por tipo de diagnóstico.

Quanto ao financiamento hospitalar, Barros e Gomes (2002) consideram a seguinte classificação:

- a) Orçamentos prospetivos predominantemente baseados na despesa histórica, característico de países como a Dinamarca, Grécia e França;
- b) Orçamentos prospetivos baseados nas atividades e funções dos hospitais, típicos de países como a Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Países Baixos e Portugal;
- c) Orçamentos prospetivos combinados com pagamentos relacionados com a atividade, em uso na Bélgica, Espanha e Áustria;
- d) Pagamentos associados à atividade, que podem ser pagamentos baseados no *case-mix*, como na Suécia e Itália, ou comprando pacotes de serviços dos hospitais, como acontece no Reino Unido e na Finlândia.

O financiamento retrospectivo, aplicada em vários países industrializados até aos anos 1980-1990, consiste, basicamente, na reposição dos custos incorridos pelos prestadores, sendo o montante atribuído calculado de acordo com a despesa do ano anterior, não existindo qualquer relação entre o financiamento, a produção e o desempenho (Bentes, 1998). Ao não considerar os preços nem o tipo e a qualidade dos serviços prestados este sistema de remuneração não contém quaisquer incentivos à eficiência, visto não contemplar qualquer risco para o prestador.

Como principais vantagens deste modelo de financiamento Barros e Gomes (2002) apontam a liberdade e a maior continuidade de cuidados potenciada pelos prestadores que são pagos em função do que produzem.

Relativamente ao financiamento de natureza prospetiva, este pressupõe a atribuição de uma quantia fixa a pagar, por doente, aos hospitais, que é independente dos custos incorridos. Conforme referido por Barros (2013), o pagamento para cada tipo de procedimento é estabelecido antes do mesmo ter tido lugar o que gera um forte incentivo à poupança de recursos e à procura da eficiência mas introduz incerteza financeira no hospital.

Segundo Barros e Gomes (2002) o sistema de financiamento prospetivo tem ainda a capacidade de controlar os custos, promover a adoção de práticas mais eficazes e incentivar a prevenção em detrimento da cura. Bentes (1998) refere que inerente a este sistema de financiamento está uma política de racionalidade que incentiva os prestadores a comportamentos eficientes, mediante o risco que lhes é imposto pelos pagadores decorrente da potencial diferença entre custos praticados e preços estabelecidos.

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

O sistema de financiamento prospetivo não está, contudo, isento de críticas. Assim, algumas das desvantagens frequentemente apontadas prendem-se com o incentivo à sob prestação de cuidados mediante um mesmo pagamento, menor motivação, redução na qualidade de atendimento, incentivo à seleção e/ou exclusão dos pacientes mais doentes e/ou de estratos socioeconómicos inferiores, portanto, menos rentáveis, e com a admissão desnecessária de doentes com baixos custos associados.

### **3.1 – O financiamento da saúde em Portugal**

Em Portugal o modelo de financiamento dos hospitais sofreu profundas alterações durante a década de oitenta. Até 1981 o sistema baseava-se em subsídios de exploração (dotações) com base na despesa histórica, independentemente da produção e eficiência alcançada. Tratava-se, portanto, de um sistema que não promovia o controlo dos níveis de consumo de recursos nem penalizava a utilização desnecessária de atos ou de serviços.

A partir de 1981 a produção hospitalar começou a ser tida em conta no financiamento dos hospitais e, desde 1997, assistiu-se à substituição do modelo "*modelo público integrado, com base em financiamento de base retrospectiva, por um modelo público contratual*" que

privilegia os mecanismos de pagamento prospetivo (Rego, 2011:189), que tem em consideração os GDH.

Os GDH foram criados nos EUA com o objetivo primordial de permitir mensurar e avaliar a performance dos hospitais como forma de controlar os custos com a saúde, tendo sido Portugal um dos países da Europa que mais cedo introduziu os GDH como critério de afetação para os orçamentos hospitalares (Rego, 2011).

Campos e Simões (2011) consideram que os GDH constituem um sistema de classificação de doentes e permitem o cálculo do *índice de case mix*<sup>2</sup> de um hospital, permitindo determinar o número de doentes saídos de cada GDH e a sua preponderância no total de doentes saídos, sendo determinante para a determinação dos custos das instituições.

O modelo de pagamento prospetivo tem implícito um contrato-programa, que consiste num documento que resulta de um processo de negociação entre a ACSS (pagador), os Departamentos de Contratualização de cada ARS (negociador) e cada unidade hospitalar (prestador) (Costa et al., 2008).

Segundo Bentes (2003) o contrato programa “... *especifica o conjunto de outputs que deverão ser produzidos a partir de um dado volume de inputs financeiro, num período de tempo e segundo determinados padrões de qualidade...*”. Os contratos programa determinam portanto o valor de financiamento a atribuí a cada hospital, tendo em vista a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS.

Apesar de o atual modelo utilizado para o pagamento aos hospitais, que se baseia na complexidade dos atos realizados, poder ser considerado um modelo mais justo, sendo tido como indutor de eficiência (Barros, 2013), alguns autores defendem que pode levar os hospitais a optar por prestar cuidados de saúde mais especializados de modo a alcançar um patamar superior de diferenciação, como forma de captar uma parte maior do valor disponível para o financiamento, em detrimento da admissão de doentes que acarretem maiores consumos de recursos, visto aumentarem o preço de produção

Resta referir que o SNS é também reembolsado, retrospectivamente, pelos serviços prestados aos beneficiários de subsistemas de saúde e seguros privados de saúde.

---

<sup>2</sup> O índice de case mix é definido como um coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos

## 4 – Reformas em Saúde

### 4.1 – Reformas em Saúde na Europa

Foi no final da década de setenta que o papel tradicional do Estado começou a ser questionado, abrindo caminho para uma nova reforma do Estado baseado na introdução do modelo empresarial no setor público, o chamado *New Public Management*.

Até então vigorava o período do chamado “Estado Providência”, circunscrito ao tempo que medeia entre 1945 a 1980 e que defendia dever ser o Estado a garantir as respostas para todas as necessidades dos cidadãos (Carvalho, 2009), devendo este ter o papel legítimo de providenciar pelo menos alguns serviços públicos e, não tendo capacidade para o fazer, estabelecer parcerias com as instituições privadas e de caridade (Osborne & McLaughlin *apud* Carvalho, 2009)<sup>3</sup>.

Segundo Escoval (2003), pelo menos quatro fatores socioeconómicos contribuíram fortemente para fazer explodir a crise do Estado:

- a) A crise económica mundial, iniciada em 1973 durante a primeira crise do petróleo e que foi retomada ainda com mais intensidade em 1979 durante a segunda crise do petróleo. A economia mundial enfrentou um grande período recessivo nos anos oitenta e nunca mais retomou os níveis de crescimento atingidos nas décadas de cinquenta e sessenta;
- b) A crise fiscal foi o segundo fator a enfraquecer as bases do antigo modelo de Estado. Após ter crescido durante décadas, a maioria dos governos não tinham recursos para continuarem a financiar os seus défices e, assim, os problemas fiscais tendiam a agravar-se na medida em que se iniciava, sobretudo nos EUA e Reino Unido, uma revolta dos contribuintes (*taxpayers*) contra a cobrança de mais impostos, principalmente porque não se vislumbrava uma relação direta entre o acréscimo de recursos afetos às políticas públicas e a melhoria dos serviços públicos;
- c) O terceiro fator consistia naquilo que se denominava como situação de “ingovernabilidade”: os governos estavam inaptos para resolver os seus principais

---

<sup>3</sup> Osborne, S & McLaughlin, K – The New Public Management in Context. *In* K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management. Current and future prospects* (pp. 7-15). London e New York: Routledge, 2002.

problemas, pois encontravam-se sobrecarregados com atividades acumuladas ao longo do pós-guerra, acrescido do facto dos grupos de pressão, os clientes dos serviços públicos e todos os beneficiários das relações neocorporativas, vigentes, não quererem perder o que para eles eram conquistas e que para os neoliberais eram grandes privilégios;

- d) Por último, a globalização e todas as transformações tecnológicas que transformaram a lógica do sector produtivo também afetaram profundamente o Estado. O enfraquecimento dos governos para controlar os fluxos financeiros e comerciais, conjugado com o aumento do poder das grandes multinacionais, resultou na perda de parcela significativa do poder dos Estados ditarem políticas macroeconómicas.

Apesar de alguma falta de consenso entre os autores sobre o seu significado, a NPM surge como um conceito que pretende designar todas as mudanças encetadas nas últimas décadas no setor público nos países desenvolvidos (Carvalho, 2009).

Segundo Hood (1991) a NPM compreende um “conjunto de reformas administrativas semelhantes que dominaram a agenda de reforma burocrática em muitos países que constituem o grupo da OCDE desde os anos 70”. Por sua vez, Pollitt (1990) considera que a NPM pode ser vista como um corpo de pensamento de gestão, baseado em ideias com origem no setor privado e importadas para o setor público.

Hood (1991), apresenta sete componentes doutriniais da NPM:

- a) Gestão profissional ativa no setor público, permitindo maior liberdade;
- b) Normas e medidas explícitas de performance com objetivos mensuráveis;
- c) Maior ênfase nos controles dos resultados ao invés de se focar nos procedimentos;
- d) Mudança para a desagregação de unidades no setor público, dividindo grandes estruturas em unidades mais pequenas, transformando-as em centros de custos com uma maior autonomia de gestão;
- e) Mudanças para maior competitividade entre o setor público e o setor privado;
- f) Aposta nos estilos do setor privado para práticas de gestão e aposta em maior disciplina e parcimónia no uso de recursos, com o objetivo de se obter uma maior eficiência na utilização de recursos.

De facto, um dos princípios basilares da NPM é, segundo Carvalho (2009), a substituição de formas de coordenação baseadas na hierarquia por formas de coordenação baseadas no

mercado ou quase-mercado, como forma, por um lado de aumentar a eficiência e reduzir custos, e por outro como instrumento para proceder a uma redistribuição dos recursos e aumentar, assim, o bem estar social.

As reformas iniciadas, apesar de convergirem em vários aspetos, nomeadamente na ênfase dada à eficiência, à efetividade, à redução de despesas e à competição entre os serviços, apresentam diferenças consoante a matriz ideológica de cada País.

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

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

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

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

A utilização de mecanismos de tipo mercado nos sistemas públicos e sociais produziu uma reconfiguração da organização dos sistemas de saúde e, em particular, uma crescente empresarialização da atividade (Busse & Saltman, 2002).

No mesmo sentido, a OMS sustenta que a partir dos anos oitenta do século passado, em muitos países europeus, os governos começaram a questionar a estrutura de administração dos seus sistemas de saúde, e nos países em que o Estado era o ator central no setor da saúde, os decisores políticos foram compelidos por uma combinação de aspetos económicos, sociais, demográficos, gestionários, tecnológicos e ideológicos, a rever a governabilidade do sistema. Nos países em que o Estado tinha um papel menos central da saúde desenvolveu-se um processo similar (WHO, 1996, *apud* Campos e Simões, 2011)<sup>4</sup>.

## **4.2 - Reformas em saúde em Portugal**

Após a exposição das tendências verificadas nos países da OCDE na interpretação do papel do Estado na saúde, importa agora fazer a ponte à realidade portuguesa. Para tal propõe-se que se efetue uma breve análise da evolução das políticas de saúde em Portugal.

Diversos autores têm procurado balizar e caracterizar os períodos de desenvolvimento das políticas de saúde pública a nível nacional e, apesar de ser unânime a existência de quatro grandes períodos, não existe, no entanto, consenso entre os autores quanto à sua delimitação.

Carvalho (2009) considera quatro períodos, o primeiro cobrindo a década de setenta, e tendo como marco característico a criação e consolidação do SNS, o segundo que percorre a década de oitenta e a primeira metade da década de noventa, caracterizado por um recuo dos princípios do SNS, o terceiro que vai até ao início do século XXI, caracterizado por uma aproximação à ideologia do mercado e o quarto e último período que se caracteriza por uma orientação empresarial e proximidade à liberalização.

### **4.2.1 – Os antecedentes do atual sistema de saúde**

Em Portugal, a evolução do sistema de saúde desde os anos trinta foi marcada pela ideologia de assistência médico-sanitária predominantemente caritativa (Sousa, 2009).

---

<sup>4</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION – *European Health Care Reforms – Analysis of Current Strategies*. WHO – Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.

O Ministério da Saúde de Portugal é relativamente recente tendo surgido apenas em 1958, dez anos depois da criação do serviço nacional de saúde. Até então a saúde estava quase sempre associada à beneficência, assumindo uma escassa prioridade na política pública das nações. (Campos e Simões, 2011).

Segundo Barros e Gomes (2002), eram as seguintes as instituições que coexistiam no sector da saúde:

- a) As misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, que ocupavam um lugar de relevo na saúde, gerindo grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País;
- b) Os serviços médico-sociais (vulgo “*postos das caixas*”), que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência;
- c) Os Serviços de Saúde Pública, estavam vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências);
- d) Os Hospitais estatais, gerais e especializados, localizados nos grandes centros urbanos;
- e) Os Serviços privados, que eram destinados aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Toda a filosofia de atuação se centrava na ideia de que o Estado não era o responsável pela assistência na doença (Barros, 2013), assumindo um papel meramente supletivo nos problemas de saúde (Sousa, 2009).

#### **4.2.2 – Os anos setenta: princípios do sistema de saúde**

É no início da década de 1970, mais precisamente em 1971, que surge uma reforma saúde, conhecida como a “*reforma de Gonçalves Ferreira*”<sup>5</sup>, que reconheceu, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e o papel do Estado como responsável pela política e execução da saúde, tendo levado à criação dos primeiros Centros de Saúde<sup>6</sup>.

Segundo Campos e Simões (2011), a legislação de 1971 visou a modernização do Ministério da Saúde e a sua utilização como órgão central de execução de uma moderna política de saúde global, desde a prevenção primária, à reabilitação, passando pela

---

<sup>5</sup> Gonçalves Fernandes era o responsável pelo setor da saúde no governo de Marcelo Caetano.

<sup>6</sup> Através dos Decretos-lei 413/71 e 414/71.

prevenção secundária e pelo tratamento da fase aguda. Surge assim o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde (Barros e Gomes, 2002).

Citando Campos e Simões (2011), *“concebeu-se um serviço nacional de saúde sem esse nome, visando integrar hospitais de Misericórdias (particulares), hospitais do Estado (públicos), postos da então Previdência, centros de saúde (...)”, “(...) cabendo ao Estado o papel principal de coordenador e gestor do sistema como um todo.”*

Segundo Campos e Simões (2011), a legislação de 1971 veio alterar a forma como se concebia o financiamento da saúde. Até então os cuidados individuais de saúde prestados nos hospitais deveriam ser pagos pelo *“assistido, seus ascendentes e descendentes e demais parentes com obrigação legal de alimentos”*, como primeiro responsável. A população trabalhadora que fosse beneficiária da Previdência Social tinha os seus encargos por ela cobertos. Os remediados (porcionistas) eram compartilhados pelos municípios os quais também pagavam os encargos com os indigentes (gratuitos). Os restantes assistidos, eram considerados pensionistas, pagando a totalidade da fatura. Nas palavras de Campos e Simões (2011), *“o Estado só garantia gratuidade nas doenças consideradas flagelo social: tuberculose, lepra, saúde mental, na proteção materno-infantil e nas demais doenças transmissíveis.”*, enquanto que segmentos especiais da população, como a banca e seguros, função pública, tribunais, militares e forças de segurança, adquiriram progressivamente cobertura de encargos pela respetiva entidade patronal.

#### **4.2.3 – A revolução de Abril e a criação do Serviço Nacional de Saúde**

O sistema de saúde em Portugal, conforme o conhecemos, tem a sua origem na revolução de Abril de 1974, altura em que se consagra pela primeira vez, na Constituição da República Portuguesa, o direito à proteção da saúde, e a concretização do mesmo pelo Estado, através da criação de um SNS.

Segundo Barros (2013), a filosofia é a de cobertura de seguro completa, quer em termos do tipo de cuidados médicos abrangidos, quer em grau de cobertura de risco, quer na população incluída nesse seguro.

A revolução de Abril de 1974 veio conferir legitimidade política plena para levar a bom porto as importantes mudanças em curso (Campos e Simões, 2011).

O panorama sanitário de então era, verdadeiramente, desolador, comparado aos demais países da Europa: ao lado das doenças infecto-contagiosas resultantes da inexistência de

redes de saneamento e de abastecimento de água, das carências alimentares e da elevada taxa de mortalidade infantil, tinham surgido patologias próprias de países industrializados, como as doenças do foro psiquiátrico e cardiovasculares, tumores malignos e alcoolismo (Arnaut, 2009).

A esperança de vida não ultrapassava o patamar médio dos 60 anos.

A cobertura médico-hospitalar era manifestamente insuficiente, não obstante a existência das Caixas de Previdência e da já referida reforma de 1971. Mais de 80% dos equipamentos e dos profissionais de saúde estavam confinados às cidades de Lisboa, Porto e Coimbra (Arnaut, 2009).

A população estava dividida, para efeitos de acesso aos cuidados de saúde, em três categorias, verdadeiras classes sociais: os ricos, que recorriam, por via de regra, às casas de saúde privadas e aos quartos particulares dos hospitais públicos; os remediados ou porcionistas, que pagavam uma parte dos custos, e os indigentes, que tinham de obter um atestado municipal, passado, muitas vezes, por simples compadrio, para serem assistidos gratuitamente.

Em termos práticos, mais de metade da população, por razões de carência económica, ou distanciamento geográfico, não beneficiava de qualquer proteção sanitária (Arnaut, 2009). Muitos doentes morriam, simplesmente, por falta de assistência médico-hospitalar.

Após os primeiros anos conturbados que se seguiram no processo de consolidação da democracia, foi adotado e implementado em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, o SNS que resultou da materialização do direito consagrado na Constituição da República Portuguesa de 1976 que preconizava o direito de acesso a serviços de saúde (tendencialmente gratuitos) a todos os cidadãos portugueses e financiado pelo Orçamento Geral do Estado. Ao mesmo tempo são traçadas políticas sociais mais vastas com prioridade na prevenção (Simões, 2004).

Segundo Barros e Gomes (2002), a adoção e implementação do SNS em 1979, está associada à democratização do nosso país e não constituiu um acontecimento isolado. Pelo contrário, integrou-se num movimento mais amplo que contemplou outros países do sul da Europa, designadamente Itália, em 1978, Portugal, em 1979, Grécia, em 1983, e Espanha, em 1986.

No entanto, nos primeiros anos de implementação do SNS mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS alguns subsistemas de saúde, tendo-se verificado alguma

ineficiência e ineficácia do SNS por falta de transparência entre os interesses públicos e privados (Barros e Gomes, 2002).

#### **4.2.4 – As reformas dos anos oitenta e noventa**

A partir da década de 1980 é possível delimitar o percurso de inflexão nas tendências de desenvolvimento do SNS. De facto, quando a Aliança Democrática vence as eleições em 1979 são suspensos alguns diplomas anteriormente publicados que estruturavam o desenho organizativo do SNS (Simões, 2004).

É com as revisões constitucionais de 1982 e, principalmente de 1989, que se começa a desenhar a possibilidade de se desfazerem os consensos em torno do SNS.

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

Para Campos (2001), o SNS nunca foi um sistema exclusivamente público ou sequer alcançou o atributo de gratuitidade, tendo em conta que o financiamento público dos cuidados de saúde era fortemente complementado por encargos suportados pelas famílias ou empresas e serviços (cerca de 40% dos gastos totais), e pela forte presença do setor privado que vendia cuidados aos cidadãos, empresas e ao próprio SNS.

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

A revisão constitucional de 1989 e a publicação da Lei de Bases da Saúde, vieram permitir que a prestação de cuidados de saúde pudesse ser assegurada, por outras entidades públicas ou privadas (com ou sem fins lucrativos), para além do Estado, garantindo a celebração de acordos ou convenções entre o Estado e entidades privadas para esse fim (Escoval, 2003). Embora reservando para o SNS um papel de protagonista na política da saúde, a Lei de Bases da Saúde, segundo Campos (2001), veio alterar a filosofia do sistema, passando os cidadãos a serem considerados os primeiros responsáveis pela própria saúde, tendo o dever de a defender e promover. Entidades privadas e profissionais liberais são reconhecidos como parte integrante do sistema de saúde, bem como da rede nacional de prestação de

cuidados. Aos profissionais do SNS é permitido exercer atividade privada, exceto quando se encontrem em regime de dedicação exclusiva. Consagra-se o princípio de gestão empresarial das unidades de saúde. São incentivadas experiências inovadoras de administração de serviços através de contratos de gestão. A estrutura dos serviços centrais é fortemente desconcentrada para administrações regionais de saúde, com âmbito geográfico quase coincidente com as comissões coordenadoras regionais.

A este respeito, Barros (2013) considera que, e apesar da criação do SNS, a década de oitenta foi sobretudo caracterizada por um maior crescimento do setor privado e por um desenvolvimento de outros mecanismos de seguro, como os de base no empregador (os denominados subsistemas). Mesmo sistemas de proteção criados pelo próprio Estado num momento anterior (como a ADSE e sistemas de proteção específicos a alguns ministérios) não foram desmantelados, ao contrário do que seria de supor com a criação do SNS.

Também o sistema de financiamento passou por grandes transformações durante a década de oitenta em que se passou de um modelo de financiamento retrospectivo baseado no custo histórico, para um modelo prospetivo, em que se tem em conta a produção dos hospitais, sendo que para tal se recorre à informação disponibilizada pelos GDH para caracterizar o perfil de produção das instituições, em termos de custos dos seus doentes tratados, e posteriormente financiá-las em conformidade (Bentes et al., 1996).

#### **4.2.5 – Reformas do século XXI: *New Public Management***

O processo de reforma da Administração Pública portuguesa teve como paradigma inspirador o conceito de *New Public Management*. "A adoção de novas modalidades de governação resultou da incapacidade de resposta das organizações públicas tradicionais aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais e respetivos problemas emergentes" (Rego, 2011:25).

O período que se inicia em 2002 é marcado por algumas alterações na economia, com a inversão das tendências de crescimento económico na Europa. Este contexto económico conferiu legitimidade à concretização de medidas que passaram pelo congelamento dos salários na função pública, a definição de orientações com vista à contenção da despesa pública na educação, na segurança social e na saúde e ao estabelecimento de limites para o crescimento dos gastos dos organismos autónomos e para os níveis de endividamento da Administração Regional e Local (OPSS, 2003).

No campo específico da saúde, e segundo Carvalho (2009), promoveu-se a uma rutura com as políticas desenvolvidas até então.

Neste contexto, inicia-se em Portugal, em finais de 2002, a reforma do setor da saúde, com a transformação dos hospitais em hospitais-empresa. A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro<sup>7</sup>, conhecida como a Lei da Gestão Hospitalar, consagra, como princípios fundamentais, uma nova forma de financiamento dos hospitais, a avaliação de desempenho e do mérito, a promoção de um sistema de incentivos, a responsabilização dos diretores de serviço e a cessação de mandatos no caso de incumprimento de objetivos.

A reforma estrutural do setor hospitalar teve como principais alterações a empresarialização dos hospitais e a criação de centros hospitalares por fusão de hospitais.

#### ***4.2.5.1 – Empresarialização dos hospitais:***

Relativamente à empresarialização, os hospitais foram, inicialmente, transformados em Sociedades Anónimas (Hospitais SA), com capitais exclusivamente públicos e, posteriormente, em 2005, transformados em Hospitais Entidades Públicas Empresariais (EPE).

O objetivo da alteração da figura jurídica de SPA, para SA/EPE foi o de conferir uma maior flexibilidade, promovendo uma maior descentralização das decisões e responsabilidades (Pereira, 2005). Ainda segundo Pereira (2005), aos hospitais não empresarializados, os chamados hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), procurou-se uma melhoria do desempenho através da adoção das melhores práticas de gestão introduzidas nos hospitais SA, nomeadamente as mudanças na forma de financiamento, baseadas, agora, na contratualização, o que permitiu que, apesar de não ter ocorrido alteração do seu estatuto jurídico, se possam considerar como unidades autónomas.

Segundo Pereira (2005), os principais objetivos do projeto de empresarialização foram os seguintes:

- a) Substituição da cultura administrativa dominante e introdução de uma nova cultura de gestão empresarial (introdução da filosofia da *New Public Management*), promotora de políticas de monitorização e de responsabilização por resultados;

---

<sup>7</sup> alterou a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprovando o novo regime jurídico da gestão hospitalar (revogando o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro)

- b) Flexibilização da gestão das unidades aos diversos níveis: financeiro, recursos humanos, gestão operacional corrente e gestão de investimentos;
- c) Contenção do défice público e promoção da eficiência;
- d) Introdução de um novo modelo de financiamento baseado na produção hospitalar efetiva, diferenciando-se do anterior modelo de financiamento da despesa gerada;
- e) Reforço do enfoque na qualidade da prestação e em políticas de gestão centradas no utente.

Como descreve Campos (2008), “*a luta pela eficiência na gestão dos hospitais não seria possível sem uma forte concentração de unidades transformando-as em Entidades Públicas Empresariais (EPE) para ganhos de responsabilização e autonomia gestionárias*” (Campos, 2008:42).

Assim, e em resumo, com o lançamento da reforma do setor da saúde de 2002, o sistema passou a integrar hospitais SPA, hospitais SA (até 2005) e EPE (a partir de 2005), hospitais PPP e hospitais privados.

As características principais dos vários tipos de hospitais em que o Estado detêm influência estão resumidas no quadro seguinte.

Quadro 4.5 – Quadro comparativo entre hospitais SPA, SA/EPE e PPP

	<i>Hospitais SPA</i>	<i>Hospitais SA/EPE</i>	<i>Hospitais PPP</i>
<b><i>Estrutura do capital</i></b>	Público	Acionista Estado	Privado; equipamento reverte para o Estado no fim da concessão
<b><i>Governança</i></b>	Conselho de Administração	Conselho de Administração, Assembleia-Geral (SA), Órgãos de fiscalização	Conselho de Administração, Órgãos de fiscalização
<b><i>Modo de financiamento</i></b>	Pagamento prospetivo (SNS) e retrospectivo (subsistemas)	Pagamento prospetivo (SNS) e retrospectivo (subsistemas)	Pagamento prospetivo (SNS) e retrospectivo (subsistemas)
<b><i>Origem do financiamento</i></b>	Público e privado	Público e privado	Público e privado
<b><i>Produção</i></b>	Só a partir de 2006 há contratos-programa	Contratos-programa estabelecidos com ARS	Não existem contratos-programa

<b><i>Controlo de gestão</i></b>	Interno: sem significado; Externo: IGIF	Interno: tipo empresarial; Externo: UMHSA (SA); (EPE)	Interno: tipo empresarial
<b><i>Endividamento</i></b>	Não há autorização para endividamento financeiro	Dívida financeira não pode exceder 30% do capital social ou estatutário	Não há restrições
<b><i>Decisões de investimento</i></b>	Inscrição no plano de atividades que é aprovado pela tutela	Autonomia alargada; plano de atividades aprovado pelo Ministério das Finanças e da Saúde	Autonomia total, apenas subordinada à AG de acionistas
<b><i>Aprovisionamentos</i></b>	Autonomia limitada; subordinação ao regime de direito público	Autonomia alargada; normas do direito privado e diretivas da UE; mecanismos internos de controlo de gestão	Autonomia total; mecanismos internos de controlo de gestão
<b><i>Recursos humanos</i></b>	Regime da função pública (autorização da tutela); não há política de incentivos	Contratos individuais; há política de incentivos	Regime livre; há política de incentivos

Fonte: Adaptado de OPSS (Relatório da Primavera 2006)

Segundo Varanda (2004), o modelo empresarial aplicado a hospitais públicos em Portugal é o resultado de uma lenta mas coerente evolução com base em preocupações como o aumento da despesa e dos orçamentos dos hospitais e a inapropriação do modelo burocrático aos hospitais.

Ribeiro (2004) considera que os hospitais empresarializados são o meio (instrumento), e não o fim, para se obter maior eficiência na afetação de recursos, opinião suportado pelo seu estudo sobre a reforma do setor público hospitalar, em que estudou a empresarialização de 34 hospitais portugueses, tendo concluído que ocorreu um significativo aumento de eficiência no primeiro ano de empresarialização, com redução de 5,8% nos custos unitários, fruto de um considerável aumento de produção e da contenção de custos operacionais.

#### ***4.2.5.2 – Fusão dos hospitais em centros hospitalares:***

A segunda grande alteração implementada com a referida reforma estrutural prendeu-se com a política de fusão dos hospitais em centros hospitalares. De facto, a gestão

empresarial continua a ser vista, neste período, como elemento facilitador e potenciador de maior eficiência dos hospitais públicos, todavia percebesse que a grande aposta é na fusão e concentração de unidades hospitalares com diferentes dimensões, capacidades e especialidades, para que poupassem recursos, até aí subutilizados, em cada unidade (Campos, 2008:137).

A estruturação do SNS assenta em níveis diferenciados de prestação de cuidados que se distinguem por primários, secundários ou hospitalares, continuados e até domiciliários.

Neste quadro, verifica-se a necessidade de articulação dos diversos níveis de cuidados de saúde, em especial dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares, com o objetivo de assegurar uma mais eficaz e eficiente interligação entre esses dois níveis de cuidados, de forma a se atingir uma melhor orientação dos utentes dos cuidados primários para o ambiente hospitalar, uma melhor resposta dos cuidados hospitalares e subsequente retorno para os cuidados primários.

A noção de integração de cuidados de saúde surge assim no contexto de uma reestruturação do esquema organizacional do sistema de saúde, visando sempre uma melhor interligação dos diversos níveis de cuidados, contempladora das especificidades e exigências com que os mesmos se deparam, sendo que atualmente vêm sendo apresentados dois tipos de integração: a integração vertical e a integração horizontal.

A integração vertical consiste na agregação numa única entidade da prestação e gestão dos serviços, ou de todas as atividades relacionadas com a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde. Ou seja, neste tipo de integração – da qual é exemplo o modelo de Unidade Local de Saúde – uma (única) entidade apresenta-se como responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados e da coordenação em rede de todos os elementos que fazem parte integrante do mesmo.

Já a integração horizontal ocorre quando duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) ou substitutos próximos, juntam-se formando uma instituição única. Os objetivos que norteiam este processo consubstanciam-se essencialmente na tentativa de gerar economias de escala e poder de mercado, na otimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e no reforço da respetiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial.

O exemplo deste tipo de integração é, de facto, o modelo de centro hospitalar (CH), quando os mesmos resultam da fusão, numa única entidade jurídica, de anteriores unidades hospitalares autónomas. Nesta medida, os CH sucedem aos estabelecimentos hospitalares que os integram, na universalidade dos direitos e obrigações de que eram titulares, ficando estes últimos destituídos de personalidade jurídica autónoma face à entidade integradora.

Foi em 1999, e no âmbito da adoção de modelos alternativos de gestão que, através da Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, foi estabelecido o regime enquadrador da criação e funcionamento dos CH. Neste diploma é definido CH como “[...] *uma pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica.*”.

Efetivamente, a criação dos CH constituiu uma opção política de saúde que se vislumbrou como um dos formatos possíveis de integração de serviços de saúde, e que, conforme decorre do preâmbulo do referido diploma, resultou da necessidade de “[...] *definição de objetivos e estratégias de saúde de base populacional, centrada em unidades funcionais que permitam a efetiva interligação entre serviços e instituições que, na mesma área geográfica, prestam cuidados de saúde ou desenvolvem atividades conexas [...], o que tornou [...] prioritária a identificação de situações em que é possível reforçar a articulação e complementaridade dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, através de melhor aproveitamento da capacidade neles instalada.*”.

Com efeito, entendeu o legislador “[...] *que o papel desempenhado pelo SNS ao nível da prestação dos cuidados de saúde diferenciados ficaria reforçado se alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, respetivas valências e diferenciação tecnológica, fossem reestruturados através da sua integração em CH, ou formassem grupos sujeitos a coordenação comum, o que, decerto, permitiria maior rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam.*” – cft. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho.

A criação de CH deve resultar de prévia proposta a apresentar pelo Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde (ARS) territorialmente competente, a qual deve ser fundamentada em “[...] *razões de interesse público, designadamente a otimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e o reforço da respetiva articulação e complementaridade, técnica e assistencial.*”.

No quadro abaixo estão descritos os vinte e cinco CH atualmente criados e em pleno funcionamento bem como a legislação que lhes deu origem.

Quadro 4.6 –Centros hospitalares existentes em 2011

<i>Designação</i>	<i>Hospitais</i>	<i>Diploma</i>
<b><i>CH da Cova da Beira, EPE</i></b>	Hosp. Distrital do Fundão Hosp. Distrital da Covilhã	Decreto-Lei nº 426/99, de 21 de Outubro
<b><i>CH da Póvoa de Varzim – Vila do Conde, EPE</i></b>	Hosp. Distrital da Póvoa de Varzim Hosp. Distrital de Vila do Conde	Portaria nº 235/2000, de 27 de Abril
<b><i>CH do Médio Tejo, EPE</i></b>	Hosp. Distrital de Abrantes Hosp. Distrital de Tomar Hosp. Distrital de Torres Novas	Portaria nº 1277/2001, de 13 de Novembro
<b><i>CH de Torres Vedras</i></b>	Hosp. Distrital de Torres Vedras Hosp. Dr. José Maria Antunes Júnior	Portaria nº 1295/2001, de 17 de Novembro
<b><i>CH do Barlavento Algarvio, EPE</i></b>	Hosp. do Barlavento Algarvio Hosp. Distrital de Lagos	Decreto-Lei nº 214/2004, de 23 de Agosto
<b><i>CH de Lisboa Ocidental, EPE</i></b>	Hosp. Egas Moniz Hosp. Santa Cruz Hosp. São Francisco Xavier	Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro
<b><i>CH de Setúbal, EPE</i></b>	Hosp. São Bernardo Hosp. Ortopédico Sant’ Iago de Outão	Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro
<b><i>CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE</i></b>	Hosp. Distrital de Chaves Hospital Distrital de Lamego CH de Vila Real/Peso da Régua	Portaria nº 1199/2000, de 20 de Dezembro e Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
<b><i>CH do Médio Ave, EPE</i></b>	Hosp. de Santo Tirso Hosp. São João de Deus	Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
<b><i>CH Lisboa Central, EPE</i></b>	CH de Lisboa (Zona Central) Hosp. Santa Marta Hosp. Dona Estefânia	Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
<b><i>CH do Alto Ave, EPE</i></b>	Hosp. da Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães Hosp. de São José – Fafe	Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
<b><i>CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE</i></b>	CH de Vila Nova de Gaia Hosp. Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	Decreto Regulamentar nº 20/1977, de 16 de Março e Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro
<b><i>CH do Porto, EPE</i></b>	Hosp. Geral de Santo António	Decreto-Lei nº 326/2007, de

	Hosp. Central Especializado de Crianças Maria Pia Maternidade Júlio Dinis	28 de Setembro e Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de Março
<b><i>CH do Tâmega e Sousa, EPE</i></b>	Hosp. Joaquim Urbano Hosp. Padre Américo, Vale do Sousa Hosp. São Gonçalo	Decreto-Lei nº 326/2007, de 28 de Setembro
<b><i>CH Psiquiátrico de Lisboa</i></b>	Hosp. Júlio de Matos Hosp. Miguel Bombarda	Portaria nº 1373/2007, de 19 de Outubro
<b><i>CH Lisboa Norte, EPE</i></b>	Hosp. de Santa Maria Hosp. Pulido Valente	Decreto-Lei nº 23/2008, de 8 de Fevereiro
<b><i>CH de Entre Douro e Vouga, EPE</i></b>	Hosp. São Sebastião Hosp. São Miguel – Oliveira de Azeméis Hosp. Distrital São João da Madeira	Decreto-Lei nº 27/2009, de 27 de Janeiro
<b><i>CH do Oeste Norte</i></b>	CH Caldas da Rainha Hosp. Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça Hosp. São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	Portaria nº 83/2009, de 22 de Janeiro
<b><i>CH Barreiro Montijo, EPE</i></b>	Hosp. Nossa Senhora do Rosário Hosp. do Montijo	Decreto-Lei nº 280/2009, de 6 de Outubro
<b><i>CH de São João, EPE</i></b>	Hosp. de São João Hosp. Nossa Senhora da Conceição Valongo	Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de Março
<b><i>CH e Universitário de Coimbra, EPE</i></b>	Hosp. da Universidade de Coimbra CH de Coimbra Hosp. Psiquiátrico de Coimbra	Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro e Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de Março
<b><i>CH do Baixo Vouga, EPE</i></b>	Hosp. Infante D. Pedro Hosp. Visconde Salreu de Estarreja Hosp. Distrital de Águeda	Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de Março
<b><i>CH de Tondela-Viseu, EPE</i></b>	Hosp. Cândido Figueiredo – Tondela Hosp. São Teotónio	Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de Março
<b><i>CH de Leiria-Pombal, EPE</i></b>	Hosp. Santo André Hosp. Distrital de Pombal	Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de Março

Fonte: Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares (ERS, 2012)

### **III - ESTUDO EMPÍRICO**

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

#### **5.1 – Objetivos e hipóteses de investigação**

Esta dissertação tem como objetivo central estudar o impacto, e mesmo a influência, que a centralização dos hospitais do SNS em grandes centros hospitalares tiveram na contenção de custos e o reflexo que essa medida de gestão teve no desempenho económico-financeiro e na qualidade da prestação de cuidados de saúde.

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

Considerando este objetivo geral, iremos orientar a nossa investigação tendo por base as seguintes hipóteses:

1. Verifica-se uma melhoria no desempenho económico-financeiro após a fusão dos hospitais em centros hospitalares, em relação ao período anterior?
2. Verifica-se uma melhoria de alguns indicadores assistenciais após a fusão dos hospitais em centros hospitalares, em relação ao período anterior?
3. Ocorreu uma melhoria da eficiência, observada pela diminuição dos custos unitários totais, após a fusão dos hospitais em centros hospitalares, em relação ao período anterior?

#### **5.2 – Metodologia de investigação**

O enquadramento metodológico torna-se imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa pois é através dele que se estuda, descreve e explica todas as etapas que vão ser processadas (Fortin, 2009).

## **5.2.1 – Fases da investigação**

### ***5.2.1.1 – Recolha e seleção de dados***

A informação que é utilizada em estudos relativos à área da saúde em Portugal tem como proveniência o IGIF/ACSS. A criação dos hospitais SA introduziu rutura estatística relativamente aos dados dos hospitais que se transformaram em SA. Com efeito, o IGIF deixou de assegurar esta informação, passando a mesma a ser disponibilizada pela Unidade de Missão dos Hospitais SA.

Não existe consistência total entre a informação que o IGIF disponibiliza e a informação apresentada pela Unidade de Missão dos Hospitais SA nas suas publicações relativamente ao mesmo ano e aos mesmos hospitais

Para a realização do trabalho de investigação foram utilizadas como fontes de dados privilegiadas os relatórios e contas de cada um dos hospitais/centros hospitalares com a figura jurídica SA e EPE e os relatórios e contas do SNS, publicados pela ACSS, para os hospitais com figura jurídica de SPA.

A construção da base de dados que permitiu a construção dos vários rácios de análise económico-financeiros envolveu a recolha de informação sobre as variáveis nas demonstrações financeiras constantes nos vários relatórios e contas, nomeadamente:

- Balanço – ativo circulante e passivo circulante (para o cálculo do rácio de liquidez geral), capital próprio (autonomia financeira, solvabilidade e rendibilidade dos capitais próprios), ativo total (autonomia financeira e rendibilidade operacional dos ativos), passivo total (solvabilidade);
- Demonstração de resultados por naturezas – resultado líquido (para o cálculo da rendibilidade dos capitais próprios), resultado operacional (rendibilidade operacional dos ativos, rendibilidade operacional das vendas) e volume de negócios (rendibilidade operacional das vendas).

### ***5.2.1.2 – Limitações e constrangimentos***

À medida que a investigação foi avançando surgiram inúmeras limitações e constrangimentos que é pertinente chamar à atenção porque podem adulterar os resultados e assim induzir em conclusões precipitadas.

A primeira prende-se com o facto do presente estudo pretender analisar duas situações com molduras jurídicas diferentes. De facto, se todos os centros hospitalares criados são Entidades Públicas Empresariais (EPE), os hospitais que lhes deram origem possuem várias molduras jurídicas: hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) e hospitais de natureza empresarial, Sociedade Anónima (SA) e Entidade Pública Empresarial (EPE), o que tem consequências na disponibilidade e na qualidade da informação financeira. Assim, ainda que todos os tipos de hospitais acima usem o mesmo Plano Oficial de Contabilidade, o reporte da informação financeira é completamente diferente, com as SA e EPE a terem relatório e contas enquanto que as SPA reportam à ACSS, que resume os dados num relatório e contas anual e geral de todo o SNS.

Outra limitação do estudo é o reduzido número de anos de recolha de dados: o facto do sistema contabilístico do Serviço Nacional de Saúde, o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), ter sido implementado apenas no ano de 2001, fez com que a recolha de dados para este estudo, para cumprir as necessidades de comparabilidade, se cingisse só a partir do ano de 2002, o que veio limitar em muito a dimensão dos dados.

Outra grande limitação prende-se com a fiabilidade da informação económico-financeira produzida, o que tem levado o Tribunal de Contas a efetuar sucessivas reservas nas suas auditorias (Tribunal de Contas, 2011).

Outro aspeto a ter em atenção antes de se retirarem conclusões dos indicadores em estudo, principalmente os indicadores financeiros, prende-se com o facto de faltar ainda realizar uma parte considerável de capital estatutário subscrito aquando da constituição dos novos centros hospitalares e hospitais EPE, desde o ano de 2007. Assim, e conforme o quadro abaixo, em 2011 ainda faltavam realizar 418 milhões de euros num total de 823 milhões subscritos. Como se depreende, esta situação cria inúmeras dificuldades às instituições, que veem a situação patrimonial a deteriorar-se, sem que o Estado disponha de meios financeiros para proceder à sua recapitalização, o que limita outros tipos de intervenção económico-financeira urgente e específica que pudesse recolocar as EPE numa trajetória de sustentabilidade económica.

Quadro 5.7 – Realizações de capital estatutário em falta por unidade hospitalar

<i>Unidade Hospitalar – EPE</i>	<i>Total de realizações em falta em 2011 (M €)</i>	<i>% de realizações até 31/12/2011</i>
<i>CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE</i>	10,2	79,2%
<i>CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE</i>	30,4	62,0%
<i>CH do Porto, EPE</i>	13,2	82,7%
<i>CH do Tâmega e Sousa, EPE</i>	11,1	72,5%
<i>CH de Coimbra, EPE</i>	17,0	62,3%
<i>Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE</i>	33,2	42,1%
<i>ULS do Norte Alentejano, EPE</i>	0,0	100%
<i>CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE</i>	1,0	93,1%
<i>ULS do Alto Minho, EPE</i>	11,5	62,3%
<i>Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE</i>	86,3	20,5%
<i>ULS da Guarda, EPE</i>	34,1	28,9%
<i>Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE</i>	59,0	23,6%
<i>ULS do Baixo Alentejo, EPE</i>	23,3	45,5%
<i>Hospital de Faro, EPE</i>	8,6	72,2%
<i>CH Barreiro Montijo, EPE</i>	21,0	34,4%
<i>ULS de Castelo Branco, EPE</i>	32,9	10,8%
<i>Hospital Curry Cabral, EPE</i>	16,0	11,1%
<i>Hospital do Litoral Alentejano, EPE</i>	9,5	32,1%
<b><i>Total por realiza</i></b>	<b>418,2</b>	-

Fonte: ACSS; adaptado do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

### 5.2.2 – Definição da amostra

Foi objetivo inicial incluir todos os centros hospitalares existentes, num total de 25, mas no decorrer da recolha dos dados financeiros, foi impossível de o conseguir por não existirem disponíveis a informação financeira necessária. De facto, era condição necessária que existisse informação financeira de pelo menos dois anos de todos os hospitais pertencentes a um mesmo futuro centro hospitalar. Dos 25 centros hospitalares existentes apenas 11 reuniram as condições necessárias, sendo estes a amostra que será alvo no presente estudo.

Assim, a amostra compreende um total de 26 hospitais, 12 hospitais com o estatuto de entidades do setor público administrativo (SPA) e 14 com a figura jurídica de Sociedade Anónima (SA)/Entidade Pública Empresarial (EPE), de um universo de hospitais que depois de fundidos resultaram em 11 centros hospitalares EPE.

A fonte de dados privilegiada no nosso estudo é o Ministério da Saúde, em particular a informação produzida e publicada, como referido, na ACSS. A informação relativa às

transformações verificadas nos hospitais EPE, cruciais para a seleção da amostra, foi extraída da Direção Geral do Tesouro e Finanças.

Quadro 5.8 – Características dos hospitais pertencentes à amostra

Centros hospitalares	Data da fusão	Hospitais fundidos	Natureza jurídica	Pop (hab.)	Nº Camas (2009)	Recursos humanos		Situação Económica (2010)		
						Nº médicos	Total	Proveitos	Custos	Res. Líquido
<b>CH Médio Ave, EPE</b>	Fev. 2007	Hosp. S. João de Deus, EPE - Famalicão	EPE	244.084	298	360	1.328	56 619 007 €	58 145 002 €	- 1 525 995 €
		Hosp. Conde de S. Bento - Santo Tirso	SPA							
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>	Fev. 2007	Hosp. da Senhora da Oliveira, EPE - Guimarães	EPE	256.671	531	427	1.775	84 159 542 €	94 613 672 €	- 0 454 130 €
		Hosp. de S. José de Fafe	SPA							
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	Set. 2007	Hosp. S. Gonçalo, EPE – Amarante	EPE	520.056	463	324	1.673	86 286 193 €	83 846 689 €	2 49 504 €
		Hosp. Padre Américo, EPE - Vale do Sousa	EPE							
<b>CH do Porto, EPE</b>	Set. 2007	Hosp. Maria Pia	SPA	304.523	743	1.039	4.356	255 027 579 €	271 653 790 €	- 16 626 211 €
		Hosp. Geral de Santo António, EPE	EPE							
		Mat. Júlio Diniz	SPA							
<b>CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE</b>	Fev. 2007	CH de Vila Nova de Gaia	SPA	333.888	531	722	3.049	169 299 737 €	168 831 496 €	48 241 €
		Hosp. de Nossa Senhora da Ajuda - Espinho	SPA							
<b>CE Entre Douro e Vouga, EPE</b>	Jan. 2008	Hosp. de S. Miguel - Oliveira de Azeméis	SPA	330.454	361	403	1.894	95 502 338 €	95 029 997 €	472341 €
		Hosp. de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira	EPE							
		Hosp. Distrital de São João da Madeira	SPA							
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>	Fev. 2008	Hosp. Pulido Valente	EPE	257.492	1.297	1.511	6.944	448 507 960 €	447 490 024€	1 017 936 €
		Hosp. de Santa Maria	EPE							
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>	Dez. 2005	Hosp. Egas Moniz, SA	SA	280.960	839	927	4.368	231 554 879 €	273 626 557 €	42 071 678 €
		Hosp. de S. Francisco Xavier, SA	SA							
		Hosp. de Santa Cruz, SA	SA							
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>	Fev. 2007	CH de Lisboa - Zona Central	SPA	274.714	1.175	1.204	6.08	343 176 765 €	380 236 365€	- 37 059 600 €
		Hosp. D. Estefânia	SPA							
		Hosp. de Santa Marta, EPE	EPE							
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>	Out. 2009	Hosp. de Nossa Senhora do Rosário, EPE - Barreiro	EPE	214.226	435	303	1.733	71 633 624 €	92 112 844 €	- 0 479 220 €
		Hosp. do Montijo	SPA							
<b>CH de Setúbal, EPE</b>	Dez. 2005	Hosp. Ortopédico Santiago do Outão	SPA	183.340	398	333	2.193	88 406 633 €	118 917 741 €	-30 511 108 €
		Hosp. S. Bernardo, SA - Setúbal	SA							

Fonte: ACSS

### 5.2.3 – Definição das variáveis

#### 5.2.3.1 – Indicadores financeiros:

A análise financeira será realizada através do método dos rácios, que consiste em estabelecer relações entre contas e agrupamentos de contas do balanço e da demonstração de resultados.

Rácios são, segundo Neves (2007), a técnica mais usada pela análise financeira, consistindo no estabelecimento de relações entre contas e agrupamento de contas do balanço, da demonstração de resultados e da demonstração dos fluxos de caixa, ou ainda entre outras grandezas económico-financeiras. Nas palavras de Neves (2007), trata-se de “*um instrumento de apoio para sintetizar uma quantidade abundante de dados e comparar o desempenho económico-financeiro das empresas e a sua evolução no tempo*”.

Por sua vez, Breia et al. (2014) resumem rácios como formas de relacionar grandezas, servindo ainda para comparar empresas e respetiva evolução ao longo do tempo, ressaltando que “*os rácios não constituem o diagnóstico mas sim um meio auxiliar de diagnóstico, não dispensando a inteligência e o sentido crítico do analista*” (Breia et al., 2014), uma vez que existem algumas limitações ao uso dos rácios, como sejam as resultantes de eventuais distorções ou incorreções dos elementos contabilísticos de base e o facto de não refletirem elementos quantitativos.

Na avaliação do impacto da fusão de hospitais em grandes centros hospitalares no desempenho económico-financeiro foram usados inúmeros rácios selecionados de forma a dar uma imagem geral da situação financeira das instituições e por serem rácios também usados pelas pelos organismos responsáveis nas suas prestações de contas.

Assim, como forma de estudar a liquidez e equilíbrio de financeiro de curto prazo, ou seja, a capacidade de uma empresa satisfazer compromissos exigíveis no curto prazo, foi escolhido o rácio de *liquidez geral*.

Como rácio de endividamento e de estrutura de capital, que permite uma análise no médio e longo prazo, foi usado o rácio de *autonomia financeira* e o rácio de *solvabilidade*.

Como rácios de rentabilidade foram escolhidos o rácio de **rendibilidade do capital próprio** (também denominado por *Return on Equity*), o rácio de **rendibilidade operacional do ativo** e o rácio de **rendibilidade operacional das vendas**.

Como rácios de funcionamento e eficiência, que procuram avaliar níveis de eficiência na gestão de recursos e aplicações associadas, optou-se pelo recurso ao **prazo médio de recebimentos** e o **prazo médio de pagamentos**.

No quadro seguinte procura-se sintetizar as variáveis usadas no estudo para estudar o desempenho económico-financeiro bem como as suas fórmulas de cálculo:

Quadro 5.9 – Descrição das variáveis (indicadores económico-financeiros)

<i>Indicador</i>	<i>Fórmula</i>	<i>Tipo de indicador</i>
<b>Liquidez geral</b>	$LG = \frac{\text{Ativo de curto prazo}}{\text{Passivo de curto prazo}}$	Financeiro de curto prazo
<b>Autonomia financeira</b>	$AF = \frac{\text{Capitais próprios}}{\text{Ativo total}}$	Financeiro de médio e longo prazo
<b>Solvabilidade</b>	$Solv. = \frac{\text{Capitais próprios}}{\text{Passivo total}}$	
<b>Rendibilidade dos capitais próprios</b>	$RCP = \frac{\text{Resultado líquido}}{\text{Capital próprio}}$	Económico
<b>Rendibilidade operacional dos ativos</b>	$ROA = \frac{\text{Resultado operacional}}{\text{Ativo total}}$	
<b>Rendibilidade operacional das vendas</b>	$ROV = \frac{\text{Resultado operacional}}{\text{Volume de negócios}}$	
<b>Prazo médio de pagamento</b>	$PMP = \frac{\text{fornecedores c/c}}{\text{Compras} + \text{Forn. Serv. Externos}} * 365$	Funcionamento e eficiência
<b>Prazo médio de recebimento</b>	$PMR = \frac{\text{clientes c/c}}{\text{Vendas} + \text{Prestações de serviços}} * 365$	

Fonte: construção própria

### 5.2.3.2 – Indicadores assistenciais:

Como forma de complementar a investigação, optou-se por introduzir alguns indicadores assistências para se tentar perceber se a fusão dos hospitais em centros hospitalares se traduziu numa melhoria da assistência aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, sintetizados no seguinte quadro:

Quadro 5.10 – Descrição das variáveis (indicadores assistenciais)

<i>Indicador</i>	<i>Fórmula/Definição</i>
<b><i>Lotação</i></b>	<i>Lotação praticada = média aritmética do nº de camas contadas no último dia de cada trimestre do ano</i>
<b><i>Taxa de ocupação</i></b>	$\text{Taxa de ocupação no ano} = \frac{\text{Total de dias de internamento no ano}}{\text{Capacidade do estabelecimento}}$
<b><i>Demora média</i></b>	$\text{Demora média de internamento} = \frac{\text{Total de dias de internamento}}{\text{Total de doentes saídos no ano}}$
<b><i>Total de consultas</i></b>	<i>Número total das primeiras consultas e das subsequentes prestadas durante um ano nos serviços de especialidade dum estabelecimento de saúde</i>
<b><i>Total de urgências</i></b>	<i>Unidade orgânica de um hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediatria ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia e da noite</i>
<b><i>Total de cirurgias</i></b>	<i>Um ou mais atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e ou diagnóstico realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia</i>

Fonte: construção própria com base nos conceitos usados pelo INE

### 5.2.3.3 – Custos unitários:

Pretende-se com a análise dos custos unitários avaliar se os hospitais, após a integração em centros hospitalares, apresentaram, em diferentes valências ou áreas de produção, economias ou deseconomias de escala.

Os dados usados na análise foram recolhidos da Base de Dados dos Elementos Analíticos (BDEA) disponibilizada pela ACSS, que é uma base de dados relacional dos custos analíticos dos hospitais disponibilizados entre o período de 2002 a 2009.

As especialidades médicas, as consultas externas e as urgências foram as valências ou áreas tidas em consideração, nesta análise. Dentro destes grupos de valências ou áreas, são tidas em consideração três tipos de unidades de obra<sup>8</sup>: doentes tratados em internamento, doentes atendidos em urgência e doentes atendidos em consultas externas.

Relativamente às especialidades médicas foram utilizadas como unidades de obra o número de doentes tratados e dias de internamento e respetivos custos unitários totais. Nas consultas externas foi utilizada a unidade de obra que é medida em número de consultas efetuadas e respetivos custos unitários totais. Nas urgências teve-se em consideração a unidade de obra que é medida em número de doentes atendidos e respetivos custos unitários totais.

O quadro seguinte sintetiza o que acima foi dito:

Quadro 5.11 – Descrição das variáveis (custos unitários totais)

<i>Indicador</i>	<i>Fórmula/Definição</i>
<b><i>Doente tratado</i></b>	$\frac{\text{Custos totais imputados à valência "especialidades médicas"}}{\text{Número de dias de internamento}}$
<b><i>Dia de internamento</i></b>	$\frac{\text{Custos totais imputados à valência "especialidades médicas"}}{\text{Número de doentes tratados}}$
<b><i>Consultas externas</i></b>	$\frac{\text{Custos totais imputados à valência "consulta externa"}}{\text{Número de episódios de consultas externas}}$
<b><i>Urgências</i></b>	$\frac{\text{Custos totais imputados à valência "urgência"}}{\text{Número de episódios de urgência}}$

Fonte: Construção própria

<sup>8</sup> Unidade de obra é a unidade de imputação que permite a distribuição dos custos pelos diferentes produtos.

#### 5.2.4 – Método estatístico

Para a prossecução do objetivo central de investigação, aplicaremos o teste t para amostras emparelhadas<sup>9</sup> pois é, segundo Marôco (2011), o teste paramétrico a utilizar quando se pretende comparar duas populações, relativamente a uma variável dependente quantitativa, sendo correntemente utilizada quando se pretende comparar duas medições distintas numa mesma amostra, o que permite colocar as seguintes hipóteses:

- $H_0: \mu_1 = \mu_2 \rightarrow$  a média das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos é nula (hipótese nula)
- $H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \rightarrow$  a média das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos não é nula (hipótese alternativa)

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas. Quando o valor de prova do teste t é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis que pode ser feita através dos testes não paramétricos *Kolmogory-Smirnov* ou *Shapiro-Wilk*. Segundo Marôco (2011), o teste de *Shapiro-Wilk* “é particularmente apropriado, e preferível ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, para amostras de pequena dimensão (<30<sup>10</sup>)”.

Quando se viola a normalidade usam-se em alternativa aos testes t, testes não paramétricos. O teste não paramétrico a usar quando não se verifica o pressuposto da normalidade é o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas (Marôco, 2011).

### 5.3 – Análise dos dados

---

<sup>9</sup> Segundo Marôco (2011), duas ou mais amostras dizem-se emparelhadas se os indivíduos das várias amostras estão de alguma forma relacionadas entre si.

<sup>10</sup> Segundo Marôco (2011), para amostras de pequena dimensão o teste *Shapiro-Wilk* revela-se mais potente que o teste de *kolmogorov-Smirnov*, ou seja, é maior no teste *Shapiro-Wilk* a capacidade de rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ) quando esta é falsa, ou seja, é superior a capacidade de tomar uma decisão correta.

### **5.3.1 – Análise individual das variáveis (Estatística Descritiva)**

Nesta secção pretendemos apresentar os resultados obtidos, com a aplicação de análise de estatística descritiva, das várias variáveis que irão ser utilizadas nos modelos.

A estatística descritiva é o ramo da estatística que tem por objeto organizar, descrever e resumir os dados, recorrendo a diversas técnicas (Marôco, 2011).

De forma a melhor caracterizar a amostra vamos usar como medidas de tendência central, a média e a mediana e como medida de dispersão o desvio padrão.

Segundo Marôco (2011) medidas de tendência central são aquelas que procuram caracterizar o valor da variável sob estudo que ocorre com mais frequência. Por sua vez, medidas de dispersão são aquelas que permitem perceber a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou na amostra.

Nos quadros abaixo a designação dos hospitais/centros hospitalares deve ser entendida como sendo, antes da fusão, os hospitais individuais que posteriormente se fundiram num centro hospitalar, e após a fusão, como o centro hospitalar resultante. O resultado obtido antes da fusão resulta da soma dos dados dos vários hospitais individuais, resultando daí a criação de um centro hospitalar “*fictício*” que permitirá que se faça a comparação antes e após a fusão.

### Liquidez geral:

O rácio de liquidez geral (LG) compara a totalidade do ativo de curto prazo com a totalidade do passivo de curto prazo (Breia et. al., 2014).

Para que se verifique o equilíbrio financeiro mínimo, a LG deverá ser superior a um.

Tabela 5.1 – Estatística descritiva: Liquidez geral

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	1,36	0,55	-59,6%
<i>Alto Ave</i>	1,24	0,82	-34,2%
<i>Tâmega e Sousa</i>	1,76	2,18	23,8%
<i>Porto</i>	1,43	1,00	-30,5%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	1,09	1,10	0,5%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	4,20	2,80	-33,2%
<i>Lisboa Norte</i>	1,85	1,07	-42,0%
<i>Lisboa Ocidental</i>	1,46	1,18	-19,3%
<i>Lisboa Central</i>	0,91	0,55	-39,7%
<i>Barreiro Montijo</i>	0,92	0,69	-24,7%
<i>Setúbal</i>	*	0,38	-
<i>Nº Observações</i>	10	11	
<i>Média</i>	1,62	1,12	-31,0%
<i>Mediana</i>	1,40	1,00	-28,7%
<i>Desvio padrão</i>	1,01	0,74	-27,0%
<i>Mínimo</i>	0,91	0,38	-57,9%
<i>Máximo</i>	4,20	2,80	-33,2%

*\*informação não disponível*

Observa-se que a LG se deteriorou em média cerca de 31% no período pré fusão e pós fusão.

De um modo geral em todos os CH se verificaram reduções na LG, com exceção do CH de Tâmega e Sousa, que viu a sua LG aumentar cerca de 23,8% nos dois períodos em análise. No polo oposto destaca-se o CH Médio Ave, que viu a sua LG deteriorar-se cerca de 60%.

Os CH Médio Ave, Alto Ave, Lisboa Central, Barreiro/Montijo e Setúbal possuem um rácio de LG no período pós fusão inferior à unidade, significando que não é atingido o equilíbrio financeiro mínimo, ou seja, poderão não ter liquidez suficiente para fazer face aos compromissos de curto prazo.

### **Autonomia financeira:**

O rácio de autonomia financeira (AF) avalia o grau de empenhamento dos sócios no financiamento dos ativos (aplicações de fundos totais) (Breia et. al., 2014).

O rácio de AF poderá ser interpretado, *ceteris paribus*, como refletindo uma maior estabilidade da empresa à medida que aumenta, ou seja, quanto mais baixo for o valor do rácio maior será a vulnerabilidade.

Tabela 5.2 – Estatística descritiva: Autonomia financeira

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	0,1383	-0,1508	-209,1%
<i>Alto Ave</i>	0,4916	0,1208	-75,4%
<i>Tâmega e Sousa</i>	0,2550	0,6136	140,7%
<i>Porto</i>	0,4326	0,2859	-33,9%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	0,4804	0,3705	-22,9%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	0,8367	0,7139	-14,7%
<i>Lisboa Norte</i>	0,2827	0,3515	24,3%
<i>Lisboa Ocidental</i>	0,4449	0,3874	-12,9%
<i>Lisboa Central</i>	0,1367	-0,1875	-237,1%
<i>Barreiro Montijo</i>	0,2334	-0,1036	-144,4%
<i>Setúbal</i>	*	-0,3302	
<i>Nº Observações</i>	10	11	
<i>Média</i>	0,3732	0,1883	-49,5%
<i>Mediana</i>	0,3577	0,2859	-20,1%
<i>Desvio padrão</i>	0,2113	0,3437	62,6%
<i>Mínimo</i>	0,1367	-0,3302	-341,5%
<i>Máximo</i>	0,8367	0,7139	-14,7%

\*informação não disponível

Verifica-se que a média dos rácios de AF dos CH sofreu uma diminuição de 49,5% nos dois períodos em análise, o que reflete um aumento da vulnerabilidade dos CH, ou seja, um aumento da dependência perante os credores.

Apenas dois CH viram a sua AF aumentar, o CH de Tâmega e Sousa (aumento de 140,7%) e o CH de Lisboa Norte (aumento de 24,3%).

### **Solvabilidade:**

O rácio de solvabilidade procura avaliar a capacidade de solver compromissos no médio e curto prazo (Breia et. al., 2014).

Se este valor não for suficientemente elevado (superior a um), indica que a empresa está impossibilitada de satisfazer todos os compromissos financeiros com meios próprios.

Tabela 5.3 – Estatística descritiva: Solvabilidade

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	0,1989	-0,1218	-161,2%
<i>Alto Ave</i>	0,9897	0,2507	-74,7%
<i>Tâmega e Sousa</i>	1,6442	1,7207	4,7%
<i>Porto</i>	0,7699	0,4565	-40,7%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	1,0324	0,5986	-42,0%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	5,1518	2,5221	-51,0%
<i>Lisboa Norte</i>	0,4499	0,5701	26,7%
<i>Lisboa Ocidental</i>	0,8274	0,7322	-11,5%
<i>Lisboa Central</i>	0,1874	-0,1322	-170,6%
<i>Barreiro Montijo</i>	0,3814	-0,0907	-123,8%
<i>Setúbal</i>	*	-0,1850	-
<i>Nº Observações</i>	10	11	
<i>Média</i>	1,1633	0,5747	-50,6%
<i>Mediana</i>	0,7987	0,4565	-42,8%
<i>Desvio padrão</i>	1,4703	0,8517	-42,1%
<i>Mínimo</i>	0,1874	-0,1850	-198,7%
<i>Máximo</i>	5,1518	2,5221	-51,0%

\*informação não disponível

A cobertura do passivo total por capitais próprios diminuiu em média 50,6% entre o período pré fusão e o período pós fusão, o que significa que houve um aumento das dificuldades dos CH em estudo em fazer face aos compromissos financeiros com meios próprios.

Tal como no rácio de autonomia financeira, apenas os CH de Tâmega e Sousa e Lisboa Norte se destacam dos demais, com aumentos de 4,7% e 26,7%, respetivamente.

### **Rendibilidade dos capitais próprios:**

O rácio de rendibilidade dos capitais próprios (RCP) avalia o nível de eficiência de utilização de fundos próprios (Breia et. al., 2014).

O rácio de RCP mede, assim, se a rendibilidade gerada está a um nível aceitável comparativamente às taxas de rendibilidade dos mercados de capitais e ao custo do financiamento.

Tabela 5.4 – Estatística descritiva: Rendibilidade dos capitais próprios

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	*	*	-
<i>Alto Ave</i>	-0,1333	-0,8403	-530,2%
<i>Tâmega e Sousa</i>	-0,2352	-0,0012	99,5%
<i>Porto</i>	-0,0018	-0,4741	-26781,0%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	-0,0125	0,0096	176,3%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	0,0286	-0,0102	135,5%
<i>Lisboa Norte</i>	0,2964	-0,1619	-154,6%
<i>Lisboa Ocidental</i>	-0,1113	-0,2325	-109,0%
<i>Lisboa Central</i>	*	*	-
<i>Barreiro Montijo</i>	*	*	-
<i>Setúbal</i>	*	*	-
<i>Nº Observações</i>	7	7	
<i>Média</i>	-0,0242	-0,2444	-911,7%
<i>Mediana</i>	-0,0125	-0,1619	-1190,8%
<i>Desvio padrão</i>	0,1684	0,3144	86,7%
<i>Mínimo</i>	-0,2352	-0,8403	-257,2%
<i>Máximo</i>	0,2964	0,0096	-96,8%

\*informação não disponível

Não foram considerados os resultados dos CH de Lisboa Central, Barreiro Montijo e Setúbal por possuírem resultados líquidos e capital próprio negativo, o que se traduziria em resultados enganadores (o resultado do rácio seria positivo, ou seja, daria uma imagem distorcida da realidade).

Em termos médios, no período em análise a RCP dos CH da amostra passou de um valor médio de -0,0242, antes da fusão, para -0,2444, após a fusão, ou seja, verificou-se uma perda de rendibilidade dos capitais próprios de 911,7%.

### **Rendibilidade operacional do ativo:**

O rácio de rendibilidade operacional do ativo (ROA) identifica os resultados (antes de gastos financeiros, impostos sobre lucros e operações extraordinárias) por cada euro de ativo utilizado na exploração (Breia et. al., 2014).

A ROA indica a taxa de remuneração de todos os capitais investidos na empresa (neste caso hospitais) independentemente de serem próprios ou alheios.

Tabela 5.5 – Estatística descritiva: Rendibilidade operacional do ativo

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	-0,2606	-0,1237	52,5%
<i>Alto Ave</i>	-0,1768	-0,4136	-134,0%
<i>Tâmega e Sousa</i>	-0,1658	-0,0125	92,4%
<i>Porto</i>	-0,0057	-0,1474	-2.507,7%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	0,0942	-0,0079	108,4%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	0,0009	-0,0200	-2.431,9%
<i>Lisboa Norte</i>	-0,0152	-0,0533	-250,8%
<i>Lisboa Ocidental</i>	-0,0589	-0,0687	-16,6%
<i>Lisboa Central</i>	-0,0149	-0,1328	-790,3%
<i>Barreiro Montijo</i>	-0,2007	-0,1280	36,2%
<i>Setúbal</i>	*	-0,2302	-
<i>Nº Observações</i>	10	11	
<i>Média</i>	-0,0803	-0,1216	-51,4%
<i>Mediana</i>	-0,0371	-0,1237	-233,8%
<i>Desvio padrão</i>	0,1131	0,1185	4,8%
<i>Mínimo</i>	-0,2606	-0,4136	-58,7%
<i>Máximo</i>	0,0942	-0,0079	-108,4%

\* informação não disponível

O ROA passou de um valor médio de -0,0803, antes da fusão, para -0,1216, após a fusão, ou seja, sofreu um agravamento de 51,4%, o que traduz uma diminuição no retorno dos investimentos realizados para o grupo de CH em estudo.

### **Rendibilidade operacional das vendas:**

A rendibilidade operacional das vendas (ROV) analisa a relação entre os resultados e as vendas (Breia et. al., 2014).

Tabela 5.6 – Estatística descritiva: Rendibilidade operacional das vendas

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	-0,2374	-0,0947	60,1%
<i>Alto Ave</i>	-0,1916	-0,1402	26,8%
<i>Tâmega e Sousa</i>	-0,4898	-0,0157	96,8%
<i>Porto</i>	0,0048	-0,0901	-1.967,8%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	0,8802	-0,0082	-100,9%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	-0,0093	-0,0260	-180,5%
<i>Lisboa Norte</i>	-0,0347	-0,0789	-127,5%
<i>Lisboa Ocidental</i>	-0,0920	-0,0709	23,0%
<i>Lisboa Central</i>	-0,0029	-0,1004	-3.336,6%
<i>Barreiro Montijo</i>	-0,1304	*	-
<i>Setúbal</i>	*	-0,2427	-
<i>Nº Observações</i>	10	10	
<i>Média</i>	-0,0303	-0,0868	-186,4%
<i>Mediana</i>	-0,0633	-0,0845	-33,5%
<i>Desvio padrão</i>	0,3536	0,0688	-80,5%
<i>Mínimo</i>	-0,4898	-0,2427	50,5%
<i>Máximo</i>	0,8802	-0,0082	-100,9%

\*informação não disponível

O ROV passou de um valor médio de -0,0303, antes da fusão, para -0,0868, após a fusão, ou seja, sofreu uma diminuição de 186,4%.

### Prazo médio de pagamentos:

O prazo médio de pagamentos (PMP) é o rácio que mede a celeridade com que a empresa costuma pagar as suas dívidas aos fornecedores (Neves, 2009).

Segundo Breia et al. (2014), um prazo médio de fornecedores baixo poderá significar falta de poder negocial da empresa enquanto que prazos de pagamento a fornecedores muito elevados poderão evidenciar dificuldades de tesouraria.

Tabela 5.7 – Estatística descritiva: Prazo médio de pagamentos (dias)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	253,7	251,0	-1,1%
<i>Alto Ave</i>	164,1	204,2	24,4%
<i>Tâmega e Sousa</i>	65,2	72,3	10,9%
<i>Porto</i>	172,5	196,7	14,0%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	87,5	145,2	65,8%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	43,9	31,5	-28,2%
<i>Lisboa Norte</i>	177,0	420,8	137,7%
<i>Lisboa Ocidental</i>	292,3	260,5	-10,9%
<i>Lisboa Central</i>	217,4	309,1	42,2%
<i>Barreiro Montijo</i>	236,0	251,0	6,3%
<i>Setúbal</i>	*	570,9	
<i>Nº Observações</i>	10	11	
<i>Média</i>	171,0	246,6	44,3%
<i>Mediana</i>	174,8	251,0	43,6%
<i>Desvio padrão</i>	83,2	151,9	82,5%
<i>Mínimo</i>	43,9	31,5	-28,2%
<i>Máximo</i>	292,3	570,9	95,3%

\* informação não disponível

O PMP no período em análise sofreu um agravamento em praticamente todos os CH em estudo, com exceção dos CH Entre Douro e Vouga, que viu o prazo ser reduzido em 12,4 dias (redução de 28,2%), Médio Ave (menos 1,1%) e Lisboa Ocidental (menos 10,9%).

Pela negativa destaca-se o CH Lisboa Norte que sofreu um aumento no PMP de 137,7% (mais cerca de 244 dias).

A média do PMP antes e após a fusão sofreu um incremento de 75,6 dias ou seja, deteriorou-se em 44,3%.

### Prazo médio de recebimentos:

O prazo médio de recebimentos (PMR) é o rácio que mede a celeridade com que os clientes costumam pagar as suas dívidas (Neves, 2009).

Os prazos de clientes deverão, segundo Breia et al. (2014), ser o mais baixo possível uma vez que são consumidores de recursos, devendo ser utilizados no estabelecimento de objetivos de controlo de gestão.

Tabela 5.8 – Estatística descritiva: Prazo médio de recebimentos (dias)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	78,3	45,8	-41,5%
<i>Alto Ave</i>	19,3	79,8	314,0%
<i>Tâmega e Sousa</i>	41,7	86,5	107,2%
<i>Porto</i>	37,4	70,5	88,7%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	187,2	37,0	-80,2%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	31,4	70,5	124,4%
<i>Lisboa Norte</i>	75,2	769,0	923,2%
<i>Lisboa Ocidental</i>	131,5	87,3	-33,6%
<i>Lisboa Central</i>	197,4	497,7	152,1%
<i>Barreiro Montijo</i>	71,2	71,2	0,0%
<i>Setúbal</i>	*	71,1	
<i>Nº Observações</i>	10	11	
<i>Média</i>	87,1	171,5	97,0%
<i>Mediana</i>	73,2	71,2	-2,7%
<i>Desvio padrão</i>	64,0	236,8	269,9%
<i>Mínimo</i>	19,3	37,0	91,9%
<i>Máximo</i>	197,4	769,0	289,5%

\* informação não disponível

O PMR de clientes sofreu uma deterioração de 97%, em média, no período pré e pós fusões, ou seja, as instituições em estudo passaram a receber dos seus clientes cerca de 85 dias mais tarde do que o faziam antes.

Pela positiva destacam-se os CH do Médio Ave (melhoria de 41,5%), Vila Nova de Gaia/Espinho (melhoria de 80,2%) e Lisboa Ocidental (melhoria de 33,6%). Pela negativa aparece destacado o CH Lisboa Norte que viu aumentado em cerca de 694 dias o recebimento dos créditos dos seus clientes (mais 923,2%).

### **Lotação praticada:**

O número de camas disponíveis para internamento hospitalar tem vindo a decrescer ao longo dos anos, como consequência direta da adoção de políticas que privilegiam os internamentos de curta duração e tratamentos em ambulatório (Bentes et al. 2004).

Tabela 5.9 – Estatística descritiva: Lotação praticada

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	331	288	-13,0%
<i>Alto Ave</i>	585	546	-6,6%
<i>Tâmega e Sousa</i>	444	453	1,9%
<i>Porto</i>	828	793	-4,2%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	571	541	-5,2%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	504	391	-22,4%
<i>Lisboa Norte</i>	1369	1335	-2,4%
<i>Lisboa Ocidental</i>	885	896	1,2%
<i>Lisboa Central</i>	1441	1261	-12,5%
<i>Barreiro Montijo</i>	474	398	-16,0%
<i>Setúbal</i>	519	403	-22,3%
<i>Nº Observações</i>	11	11	
<i>Média</i>	723	664	-8,1%
<i>Mediana</i>	571	541	-5,2%
<i>Desvio padrão</i>	374	361	-3,3%
<i>Mínimo</i>	331	288	-13,0%
<i>Máximo</i>	1441	1335	-7,3%

Constata-se que a lotação sofreu em média um decréscimo de 8,1%, com variações máximas de cerca de 22% (CH Entre Douro e Vouga e Setúbal). Apenas os CH do Tâmega e Sousa e Lisboa Ocidental viram aumentadas as lotações mas mesmo esses aumentos foram muito residuais (aumento de 1,9% e 1,2%, respetivamente).

### **Demora média:**

A demora média de internamento é um indicador que exprime o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num determinado momento. É obtido pela divisão do número de dias de internamento num período pelo número de doentes saídos do estabelecimento de saúde, no mesmo período.

Tabela 5.10 – Estatística descritiva: Demora média (dias)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	6,75	6,09	-9,7%
<i>Alto Ave</i>	5,83	6,62	13,5%
<i>Tâmega e Sousa</i>	5,57	6,70	20,4%
<i>Porto</i>	6,95	6,52	-6,2%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	7,03	7,46	6,1%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	5,12	5,00	-2,3%
<i>Lisboa Norte</i>	8,42	8,37	-0,7%
<i>Lisboa Ocidental</i>	7,35	9,34	27,1%
<i>Lisboa Central</i>	9,20	8,95	-2,7%
<i>Barreiro Montijo</i>	7,60	8,00	5,3%
<i>Setúbal</i>	7,60	7,57	-0,4%
<i>Nº Observações</i>	11	11	
<i>Média</i>	7,04	7,33	4,1%
<i>Mediana</i>	7,03	7,46	6,1%
<i>Desvio padrão</i>	1,21	1,30	6,8%
<i>Mínimo</i>	5,12	5,00	-2,3%
<i>Máximo</i>	9,20	9,34	1,6%

Verifica-se um ligeiro aumento, de 7,04 para 7,57 dias, traduzindo-se num acréscimo de 4,1%, indicador de que o impacto causado pela diminuição da lotação tem sido superior ao acréscimo que se tem verificado nos tratamentos em ambulatório, tendência seguida não só em Portugal como internacionalmente (Bentes et al. 2004).

Pela positiva há a destacar os CH de Médio Ave e Porto, com diminuições de, respetivamente, 9,7% e 6,2% dias. Pela negativa destacam-se os CH Lisboa Ocidental, Tâmega e Sousa e Alto Ave, com, respetivamente, 27,1%, 20,4% e 13,5% de aumento.

### **Taxa de ocupação:**

A taxa de ocupação consiste na relação percentual entre o total de dias de internamento no ano e a capacidade do estabelecimento de saúde.

Tabela 5.11 – Estatística descritiva: Taxa de ocupação (%)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	71,48	76,70	7,3%
<i>Alto Ave</i>	70,69	77,82	10,1%
<i>Tâmega e Sousa</i>	80,70	86,76	7,5%
<i>Porto</i>	74,94	81,16	8,3%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	74,52	81,88	9,9%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	69,12	76,13	10,1%
<i>Lisboa Norte</i>	79,19	85,13	7,5%
<i>Lisboa Ocidental</i>	80,29	81,30	1,3%
<i>Lisboa Central</i>	76,03	81,40	7,1%
<i>Barreiro Montijo</i>	68,69	73,50	7,0%
<i>Setúbal</i>	78,19	77,32	-1,1%
<i>Nº Observações</i>	11	11	
<i>Média</i>	74,90	79,92	6,7%
<i>Mediana</i>	74,94	81,16	8,3%
<i>Desvio padrão</i>	4,41	4,01	-9,2%
<i>Mínimo</i>	68,69	73,50	7,0%
<i>Máximo</i>	80,70	86,76	7,5%

Verifica-se que a taxa de ocupação das unidades hospitalares aumentou do período antes e após a fusão, de cerca de 75% para 80%. Apesar do aumento da taxa de ocupação ser positivo, tal pode ser explicado pela diminuição da oferta em termos de número de camas de internamento que se verificou.

### **Número de consultas:**

O número total de consultas médicas aumentou no período pós fusão, tendo passado de uma média de 293.596 para 377.180 consultas anuais, ou seja, mais 28,5%.

Todos os CH, sem exceção, viram o número de consultas aumentarem, com percentagens que vão dos 56,1% do CH Vila Nova de Gaia/Espinho, aos 9,3% do CH Barreiro/Montijo.

Tabela 5.12 – Estatística descritiva: Número de consultas

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	108.438	160.941	48,4%
<i>Alto Ave</i>	186.420	245.824	31,9%
<i>Tâmega e Sousa</i>	182.033	240.787	32,3%
<i>Porto</i>	479.842	568.110	18,4%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	280.384	437.735	56,1%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	278.898	320.141	14,8%
<i>Lisboa Norte</i>	544.076	740.895	36,2%
<i>Lisboa Ocidental</i>	337.393	428.378	27,0%
<i>Lisboa Central</i>	512.652	633.736	23,6%
<i>Barreiro Montijo</i>	155.244	169.747	9,3%
<i>Setúbal</i>	163.185	202.688	24,2%
<i>Nº Observações</i>	11	11	
<i>Média</i>	293.506	377.180	28,5%
<i>Mediana</i>	278.898	320.141	14,8%
<i>Desvio padrão</i>	155.591	200.050	28,6%
<i>Mínimo</i>	108.438	160.941	48,4%
<i>Máximo</i>	544.076	740.895	36,2%

### Número de urgências:

Chama-se a atenção para o facto das fusões dos hospitais resultar nalguns casos no encerramento de alguns serviços de urgência por duplicação de oferta.

Tabela 5.13 – Estatística descritiva: Número de urgências

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	129.804	126.321	-2,7%
<i>Alto Ave</i>	147.437	153.456	4,1%
<i>Tâmega e Sousa</i>	206.927	189.093	-8,6%
<i>Porto</i>	158.820	137.993	-13,1%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	222.665	177.042	-20,5%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	268.749	188.377	-29,9%
<i>Lisboa Norte</i>	231.693	326.493	40,9%
<i>Lisboa Ocidental</i>	158.174	179.753	13,6%
<i>Lisboa Central</i>	258.503	283.212	9,6%
<i>Barreiro Montijo</i>	169.655	31.035	-81,7%
<i>Setúbal</i>	136.023	131.691	-3,2%
<i>Nº Observações</i>	11	11	
<i>Média</i>	189.859	174.952	-7,9%
<i>Mediana</i>	169.655	177.042	4,4%
<i>Desvio padrão</i>	49.733	78.657	58,2%
<i>Mínimo</i>	129.804	31.035	-76,1%
<i>Máximo</i>	268.749	326.493	21,5%

No período pós fusão verifica-se um decréscimo do número de doentes atendidos em serviços de urgência (passagem de 189.859 para 174.952 atendimentos, em média, ou seja, uma diminuição de 7,9%).

O CH de Lisboa Norte foi o que registou o maior aumento de número de urgências, com uma variação de 40,9%, enquanto que o CH Barreiro/Montijo foi o que sofreu a maior quebra, com menos 81,7% de urgências.

### Número de cirurgias:

Apesar da ausência de informação relativo a alguns hospitais SPA, é possível constatar que houve um aumento considerável de cirurgias no período pós fusão (a média passou de 15.757 para 34.321 cirurgias, ou seja, um aumento de 117,8%).

Tabela 5.14 – Estatística descritiva: Número de cirurgias

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	*	10.307	-
<i>Alto Ave</i>	*	153.456	-
<i>Tâmega e Sousa</i>	12.598	21.030	66,9%
<i>Porto</i>	*	41.923	-
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	*	26.336	-
<i>Entre Douro e Vouga</i>	18.442	16.428	-10,9%
<i>Lisboa Norte</i>	22.137	32.650	47,5%
<i>Lisboa Ocidental</i>	15.751	22.561	43,2%
<i>Lisboa Central</i>	*	34.072	-
<i>Barreiro Montijo</i>	9.857	6.384	-35,2%
<i>Setúbal</i>	*	12.390	-
<i>Nº Observações</i>	5	11	
<i>Média</i>	15.757	34.321	117,8%
<i>Mediana</i>	15.751	22.561	43,2%
<i>Desvio padrão</i>	4.814	40.977	751,2%
<i>Mínimo</i>	9.857	6.384	-35,2%
<i>Máximo</i>	22.137	153.456	593,2%

\* informação não disponível

### **Custo unitário total (CUT) por doente tratado:**

Tabela 5.15 – Estatística descritiva: Custo unitário total por doentes tratados (€)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	185.38	216.16	16,6%
<i>Alto Ave</i>	224.12	236.50	5,5%
<i>Tâmega e Sousa</i>	334.66	220.45	-34,1%
<i>Porto</i>	427.73	445.29	4,1%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	303.87	375.07	23,4%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	*	298.38	-
<i>Lisboa Norte</i>	414.78	332.17	-19,9%
<i>Lisboa Ocidental</i>	*	*	-
<i>Lisboa Central</i>	433.55	401.01	-7,5%
<i>Barreiro Montijo</i>	271.99	*	-
<i>Setúbal</i>	299.34	280.67	-6,2%
<i>Nº Observações</i>	9	9	
<i>Média</i>	321.71	311.74	-3,1%
<i>Mediana</i>	303.87	298.38	-1,8%
<i>Desvio padrão</i>	89.43	82.54	-7,7%
<i>Mínimo</i>	185.38	216.16	16,6%
<i>Máximo</i>	433.55	445.29	2,7%

\* informação não disponível

No que concerne aos CUT por doente tratado constata-se, após a integração em CH do grupo em análise, uma diminuição da média dos CUT de 3,1%.

O CH que mais se destacou na redução dos CUT foi o CH Tâmega e Sousa, com uma diminuição de 34,1%, e o CH Lisboa Norte, com uma diminuição de cerca de 20%. Pela negativa surge à cabeça o CH Vila Nova de Gaia/Espinho e Médio Ave que sofreram um agravamento de, respetivamente, 23,4% e 16,6% nos CUT por doente tratado.

### **Custo unitário total (CUT) por dia de internamento:**

Tabela 5.16 – Estatística descritiva: Custo unitário total por dia de internamento (€)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	1.896,77	2.157,67	13,8%
<i>Alto Ave</i>	1.870,86	1.698,07	-9,2%
<i>Tâmega e Sousa</i>	1.891,46	1.887,81	-0,2%
<i>Porto</i>	2.824,96	4.030,58	42,7%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	3.015,82	3.634,48	20,5%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	*	2.036,51	-
<i>Lisboa Norte</i>	3.633,79	2.344,75	-35,5%
<i>Lisboa Ocidental</i>	*	*	
<i>Lisboa Central</i>	2.797,78	3.623,13	29,5%
<i>Barreiro Montijo</i>	2.608,97	*	-
<i>Setúbal</i>	3.454,26	1.814,39	-47,5%
<i>Nº Observações</i>	9	9	
<i>Média</i>	2.666,08	2.580,82	-3,2%
<i>Mediana</i>	2.797,78	2.157,67	-22,9%
<i>Desvio padrão</i>	666,16	913,54	37,1%
<i>Mínimo</i>	1.870,86	1.698,07	-9,2%
<i>Máximo</i>	3.633,79	4.030,58	10,9%

\* informação não disponível

Também a média dos CUT por dia de internamento sofreram uma evolução positiva, com uma diminuição de 3,2% no valor da diária de internamento.

O CH que mais se destacou na redução dos CUT foi o CH Setúbal, com uma diminuição de 47,5%, e o CH Lisboa Norte, com uma diminuição de cerca de 35,5%. O CH Porto, Lisboa Central e Vila Nova de Gaia/Espinho foram aqueles que mais aumentaram os seus CUT, respetivamente, 42,7%, 29,5% e 20,5% nos CUT por dia de internamento.

### **Custo unitário total (CUT) por consulta:**

Tabela 5.17 – Estatística descritiva: Custo unitário total por consulta (€)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	58,15	63,03	8,4%
<i>Alto Ave</i>	62,07	79,96	28,8%
<i>Tâmega e Sousa</i>	57,99	60,04	3,5%
<i>Porto</i>	126,19	125,34	-0,7%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	86,55	69,66	-19,5%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	53,14	55,43	4,3%
<i>Lisboa Norte</i>	101,82	104,21	2,4%
<i>Lisboa Ocidental</i>	*	*	-
<i>Lisboa Central</i>	92,65	89,04	-3,9%
<i>Barreiro Montijo</i>	63,21	*	-
<i>Setúbal</i>	129,81	142,68	9,9%
<i>Nº Observações</i>	10	9	
<i>Média</i>	83,16	87,71	5,5%
<i>Mediana</i>	74,88	79,96	6,8%
<i>Desvio padrão</i>	28,83	30,65	6,3%
<i>Mínimo</i>	53,14	55,43	4,3%
<i>Máximo</i>	129,81	142,68	9,9%

\* informação não disponível

O CUT por consulta sofreu um aumento médio de 5,5% entre o período pré e pós fusão para os CH da amostra em estudo.

O CH que sofreu uma evolução mais favorável foi o CH de Vila Nova Gaia/Espinho, que viu os seus CUT por consulta diminuírem 19,5%. Pelo contrário, o CH Alto Ave foi o que apresentou pior resultado neste quesito, ao ver aumentar os CUT em 28,8%.

### Custo unitário total (CUT) por urgência:

Tabela 5.18 – Estatística descritiva: Custo unitário total por urgência (€)

<i>Centro Hospitalar (Fictício/Real)</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>
<i>Médio Ave</i>	81,65	110,38	35,2%
<i>Alto Ave</i>	108,56	113,05	4,1%
<i>Tâmega e Sousa</i>	61,95	117,44	89,6%
<i>Porto</i>	184,69	145,15	-21,4%
<i>Vila Nova Gaia/Espinho</i>	119,28	162,61	36,3%
<i>Entre Douro e Vouga</i>	67,20	92,40	37,5%
<i>Lisboa Norte</i>	128,63	105,02	-18,4%
<i>Lisboa Ocidental</i>	*	*	
<i>Lisboa Central</i>	184,43	156,06	-15,4%
<i>Barreiro Montijo</i>	97,00	*	
<i>Setúbal</i>	129,81	142,68	9,9%
<i>Nº Observações</i>	10	9	
<i>Média</i>	116,32	127,20	9,4%
<i>Mediana</i>	113,92	117,44	3,1%
<i>Desvio padrão</i>	43,02	24,83	-42,3%
<i>Mínimo</i>	61,95	92,40	49,2%
<i>Máximo</i>	184,69	162,61	-12,0%

\* informação não disponível

No que concerne aos CUT por urgência constata-se, após a integração em CH do grupo em análise, um aumento da média dos CUT de 9,4%.

O CH que mais se destacou na redução dos CUT foi o CH Porto, Lisboa Norte e Lisboa Central, com uma diminuição de, respetivamente, 21,4%, 18,4% e 15,4%. Pela negativa surge destacado o CH Tâmega e Sousa que sofreram um agravamento de cerca de 90% nos CUT por urgência.

### 5.3.2 – Inferência Estatística

As hipóteses desenvolvidas e apresentadas anteriormente são analisadas através de métodos estatísticos e econométricos, no sentido de se concluir sobre a validação empírica.

Todas as análises foram efetuadas com o Software *SPSS Statistics* considerando-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste for inferior ou igual a 5%.

Como foi referido quando se fez referência ao método estatístico, para avaliar as diferenças das várias variáveis quantitativas em dois momentos (antes e após a fusão) será usado o teste t para amostras emparelhadas, com as seguintes hipóteses:

- $H_0$ :: A média das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos é nula (igual a zero);
- $H_1$ :: A média das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos não é nula (é diferente de zero).

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas.

Quando o valor de prova do teste t é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que irá ser feito com o teste de *Shapiro-Wilk*, que coloca as seguintes hipóteses:

- $H_0$ :: A variável quantitativa segue uma distribuição normal;
- $H_1$ :: A variável quantitativa não segue uma distribuição normal.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se  $H_0$ , o que não se verifica quando o valor de prova for inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. Nesses casos, o teste paramétrico precisa de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

O teste não paramétrico, estritamente mais válido que o teste t, é o teste do sinal de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas (Marôco, 2011), que coloca as hipóteses:

- $H_0$ : A mediana das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos é nula (igual a zero).
- $H_1$ : A mediana das diferenças entre os valores da variável quantitativa nos dois momentos não é nula (é diferente de zero).

Quando o valor de prova é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não há diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas, caso contrário, quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas entre dois pares de medidas.

#### Verificação da normalidade:

O uso do teste t implica a verificação da normalidade da população, que será validado com o teste de *Shapiro-Wilk*.

Tabela 5.19 – Teste da normalidade: variáveis económico-financeira

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
LG antes	,363	7	,006	,691	7	<b>,003</b>
LG depois	,356	7	,008	,784	7	<b>,028</b>
AF antes	,292	7	,072	,859	7	<b>,149</b>
AF depois	,252	7	,200*	,943	7	<b>,665</b>
S antes	,340	7	,014	,653	7	<b>,001</b>
S depois	,331	7	,019	,808	7	<b>,049</b>
RCP antes	,234	7	,200*	,920	7	<b>,471</b>
RCP depois	,229	7	,200*	,836	7	<b>,091</b>
ROA antes	,199	7	,200*	,918	7	<b>,456</b>
ROA depois	,309	7	,043	,716	7	<b>,005</b>
ROV antes	,362	7	,006	,807	7	<b>,048</b>
ROV depois	,200	7	,200*	,927	7	<b>,524</b>
PMP antes	,203	7	,200*	,921	7	<b>,478</b>
PMP depois	,171	7	,200*	,953	7	<b>,760</b>
PMR antes	,274	7	,122	,844	7	<b>,109</b>
PMR depois	,482	7	,000	,514	7	<b>,000</b>

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

O resultado do teste de *Shapiro-Wilk*, para um nível de significância de 5%, leva à rejeição da hipótese da normalidade das seguintes variáveis: liquidez geral (LG), solvabilidade (S), rentabilidade operacional das vendas (ROV) e prazo médio de recebimentos (PMR). Nestes casos, como o pressuposto da normalidade foi violado, teremos que avançar para uma análise não paramétrica. O teste não paramétrico equivalente ao teste t para duas amostras emparelhadas é o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas.

Nas restantes variáveis, o resultado do teste de *Shapiro-Wilk*, para um nível de significância de 5%, leva à não rejeição da hipótese da normalidade da variável em estudo, pelo que se poderá efetuar o teste t para duas amostras emparelhadas.

Tabela 5.20 - Teste da normalidade: variáveis operacionais

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Lotação antes	,320	5	,105	,808	5	<b>,095</b>
Lotação depois	,320	5	,104	,811	5	<b>,098</b>
DM antes	,250	5	,200*	,911	5	<b>,473</b>
DM depois	,221	5	,200*	,958	5	<b>,796</b>
% Oc. Antes	,321	5	,101	,757	5	<b>,035</b>
% Oc. Depois	,189	5	,200*	,933	5	<b>,618</b>
Consultas antes	,204	5	,200*	,910	5	<b>,465</b>
Consultas depois	,214	5	,200*	,904	5	<b>,431</b>
Urgências antes	,195	5	,200*	,954	5	<b>,768</b>
Urgências depois	,288	5	,200*	,902	5	<b>,419</b>
Cirurgias antes	,144	5	,200*	,988	5	<b>,974</b>
Cirurgias depois	,187	5	,200*	,981	5	<b>,939</b>

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

O resultado do teste de *Shapiro-Wilk*, para um nível de significância de 5%, leva à não rejeição da hipótese da normalidade de todas as variáveis operacionais em estudo com exceção da variável taxa de ocupação (% Oc.), pelo que apenas nesta variável não se poderá efetuar o teste t para duas amostras emparelhadas.

Tabela 5.21 – Teste da normalidade: variáveis custos unitários totais

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
CUT doentes tratados antes	,199	8	,200*	,914	8	,384
CUT doentes tratados depois	,184	8	,200*	,915	8	,391
CUT dias internamento antes	,237	8	,200*	,872	8	,157
CUT dias internamento depois	,250	8	,149	,835	8	,067
CUT consulta antes	,202	8	,200*	,890	8	,235
CUT consulta depois	,161	8	,200*	,917	8	,408
CUT urgência antes	,205	8	,200*	,928	8	,494
CUT urgência depois	,234	8	,200*	,890	8	,233

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

O resultado do teste de *Shapiro-Wilk*, para um nível de significância de 5%, leva à não rejeição da hipótese da normalidade de todas as variáveis operacionais em estudo, pelo que se poderá efetuar o teste t para duas amostras emparelhadas.

Aplicação do teste não paramétrico - teste de *Wilcoxon*:

Quando não é verificada a normalidade da população tem de se recorrer a testes não paraméricos. O teste não paramétrico equivalente ao teste t para duas amostras emparelhadas é o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas.

Tabela 5.22 – Teste de Wilcoxon

	Test Statistics <sup>a</sup>				
	LG depois - LG antes	S depois - S antes	ROV depois - ROV antes	PMR depois - PMR antes	% Oc. depois - % Oc. antes
Z	-2,090 <sup>b</sup>	-2,395 <sup>b</sup>	-,255 <sup>c</sup>	-1,274 <sup>c</sup>	-2,845 <sup>c</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,037	,017	,799	,203	,004

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Nas variáveis liquidez geral, solvabilidade e taxa de ocupação, uma vez que o valor de significância é inferior a 5% (*p-value* de 0,037, 0,017 e 0,004, respectivamente), é tomada a decisão de rejeitar a hipótese nula e de aceitar a hipótese alternativa, o que significa que se observa evidência estatística para se afirmar que existem diferenças significativas nas variáveis em questão antes e após as fusões.

No que diz respeito às variáveis ROV e PMR, por terem um nível de significância superior a 5% (*p-value* de 0,799 e 0,203, respectivamente), não rejeitamos a hipótese nula, ou seja, que se verifica evidência estatística para se afirmar que não existem diferenças significativas nas variáveis em questão antes e após as fusões.

#### Aplicação do teste t para amostras emparelhadas:

Depois de aplicarmos testes não paramétricos às variáveis que não cumpriam o pressuposto da normalidade, resta-nos aplicar testes paramétricos às restantes variáveis.

Para avaliar as diferenças entre as várias variáveis em estudo, em dois momentos de avaliação, antes e após a fusão, utiliza-se o teste t para amostras emparelhadas.

Sendo o teste bilateral, ( $H_1: \mu_{\text{pré}} \neq \mu_{\text{pós}}$ ), a regra de decisão será de rejeitar  $H_0$  se  $\text{Sig} > \alpha$  e rejeitar  $H_0$  se  $\text{Sig} \leq \alpha$ .

O valor de prova do teste t é inferior a 5% para as comparações entre os dois períodos para as variáveis “*lotação*” e “*consultas*” ou seja, rejeita-se nestes casos a hipótese nula, concluindo-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois períodos em estudo (antes e após a fusão) para as variáveis “*lotação*” e “*consultas*”.

Para as restantes variáveis em análise verifica-se que o valor de prova do teste t é superior a 5%, o que significa que a hipótese nula não é rejeitada, concluindo-se que não existem diferenças estatisticamente significativas antes e após a fusão para as variáveis em questão.

Tabela 5.23 – Teste t para amostras emparelhadas

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 AF antes - AF depois	,133	,223	,070	-,0264	,292	1,887	9	,092
Pair 2 RCP antes - RCP depois	,220	,332	,125	-,087	,528	1,750	6	,131
Pair 3 ROA antes - ROA depois	,0304	,125	,0395	-,059	,119	,770	9	,461
Pair 4 PMP antes - PMP depois	-43,243	78,926	24,958	-99,703	13,217	-1,733	9	,117
Pair 5 Lotação antes - Lotação depois	58,650	57,685	17,392	19,896	97,403	3,372	10	,007
Pair 6 DM antes - DM depois	-,2912	,773	,233	-,811	,228	-1,248	10	,240
Pair 7 Consultas antes - Consultas depois	-83674,145	55156,056	16630,176	-120728,488	-46619,802	-5,031	10	,001
Pair 8 Urgências antes - Urgências depois	14907,376	60161,528	18139,383	-25509,687	55324,441	,822	10	,430
Pair 9 Cirurgias antes - Cirurgias depois	-4053,457	6363,131	2845,679	-11954,328	3847,414	-1,424	4	,227
Pair 10 CUT doente tratados antes - CUT doentes tratados depois	14,513	61,028	21,576	-36,507	65,534	,673	7	,523
Pair 11 CUT dias intern. antes – CUT dias intern. depois	24,353	997,243	352,578	-809,362	858,069	,069	7	,947
Pair 12 CUT consulta antes - CUT consulta depois	-2,335	9,840	3,280	-9,899	5,228	-,712	8	,497
Pair 13 CUT urgência antes - CUT urgência depois	-8,730	33,243	11,081	-34,284	16,822	-,788	8	,453

## 5.4 - Discussão dos resultados

Neste capítulo procederemos à discussão dos resultados atendendo aos objetivos e questões de investigação propostos:

Objetivo 1: Verifica-se uma melhoria no desempenho económico-financeiro após a fusão dos hospitais em centros hospitalares, em relação ao período anterior?

Objetivo 2: Verifica-se uma melhoria de alguns indicadores assistenciais após a fusão dos hospitais em centros hospitalares, em relação ao período anterior?

Objetivo 3: Ocorreu uma melhoria da eficiência, observada pela diminuição dos custos unitários totais, após a fusão dos hospitais em centros hospitalares, em relação ao período anterior?

### 5.4.1 – Desempenho económico-financeiro

A análise financeira foi realizada através do estudo dos rácios económico-financeiros dos hospitais/CH.

No quadro seguinte encontra-se resumido os valores médios obtidos para cada um dos rácios.

Tabela 5.24 – Resumo dos rácios económico-financeiros

<i>Rácio</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>	<i>Estatisticamente significativo?</i>
<i>Liquidez geral</i>	1,62	1,12	-31%	Sim
<i>Autonomia financeira</i>	0,3732	0,1883	-49,5%	Não
<i>Solvabilidade</i>	1,1633	0,5747	-50,6%	Sim
<i>Rendibilidade dos capitais próprios</i>	-0,0242	-0,2444	-911,7%	Não
<i>Rendibilidade operacional do ativo</i>	-0,0803	-0,1216	-51,4%	Não
<i>Rendibilidade operacional das vendas</i>	-0,0303	-0,0868	-186,4%	Não
<i>Prazo médio de pagamentos</i>	171,0	246,6	44,3%	Não
<i>Prazo médio de recebimentos</i>	87,1	171,5	97,0%	Não

Em resposta à primeira questão de investigação, e analisando os vários rácios em estudo chegamos à conclusão que todos eles se deterioraram nos dois períodos em análise,

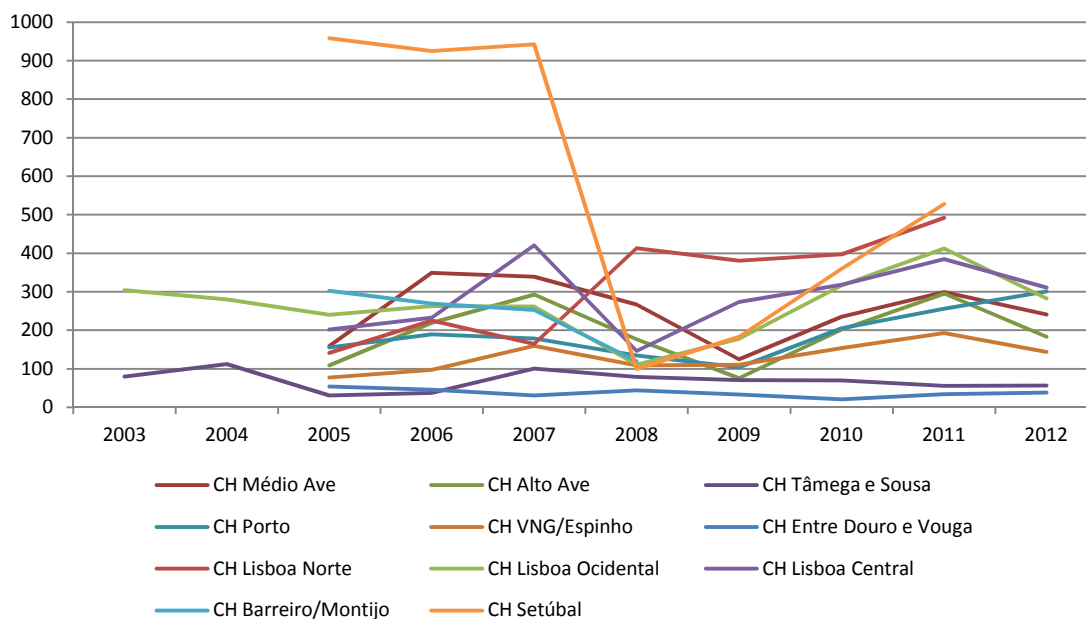
refletindo uma saúde financeira precária e que colocam em causa a sustentabilidade do sistema de saúde público.

Dos onze centros hospitalares em estudo apenas quatro apresentaram resultados líquidos positivos no ano de 2010 (Quadro 5.8) o que, tendo em conta as restrições orçamentais que foram impostas desde essa data em virtude da situação financeira que o País atravessa, com dotações por parte da tutela cada vez mais reduzidas e a impossibilidade do Estado em cumprir as suas responsabilidades, enquanto acionista, no reforço dos capitais próprios através da subscrição do capital social, perspectiva-se que a situação tenda a piorar ainda mais.

#### ***5.4.1.1 – Evolução e tendências ao nível do PMP***

Depois de feito o estudo estatístico importa perceber como evoluíram alguns dos indicadores em estudo ao longo do período em análise, ao mesmo tempo que se tenta perceber tendências futuras. Abordaremos de forma mais aprofundada o caso dos prazos médios de pagamentos não só pela sua importância como também por ter merecido atenções especiais não só do Governo, mas também de instituições estrangeiras, como se verá mais adiante. O estudo da evolução temporal de todos os indicadores consta no anexo do trabalho.

Figura 5.13- Evolução do prazo médio de pagamento



Fonte: Construção própria

Em 2008 foi instituído o programa “*Pagar a Tempo e Horas*”<sup>11</sup>, em que se prevê a obrigatoriedade de monitorização, pela ACSS, da dívida a fornecedores e do respetivo prazo médio de pagamento. Desde então, a ACSS publica, com periodicidade semestral, os dados relativos às entidades SPA e EPE do SNS, procedendo à avaliação de objetivos anuais e comunicando às entidades responsáveis do Ministério das Finanças os dados da dívida e PMP do SNS, respetivamente, os do SPA à Direção-geral do Orçamento e os do setor EPE à Direção-geral do Tesouro e Finanças.

Desde o segundo semestre de 2011 e na sequência da assinatura do Memorando de Entendimento com a *troika* formada pela Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, foram introduzidas exigências adicionais de reporte deste tipo de variáveis.

Outra medida adotada com o intuito de reduzir os PMP foi a criação o *Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS* (FASP)<sup>12</sup>, em finais de 2008, que permitiu a redistribuição da liquidez existente no sistema e permitiu a liquidação de avultados montantes de dívidas a fornecedores do SNS, por parte das EPE.

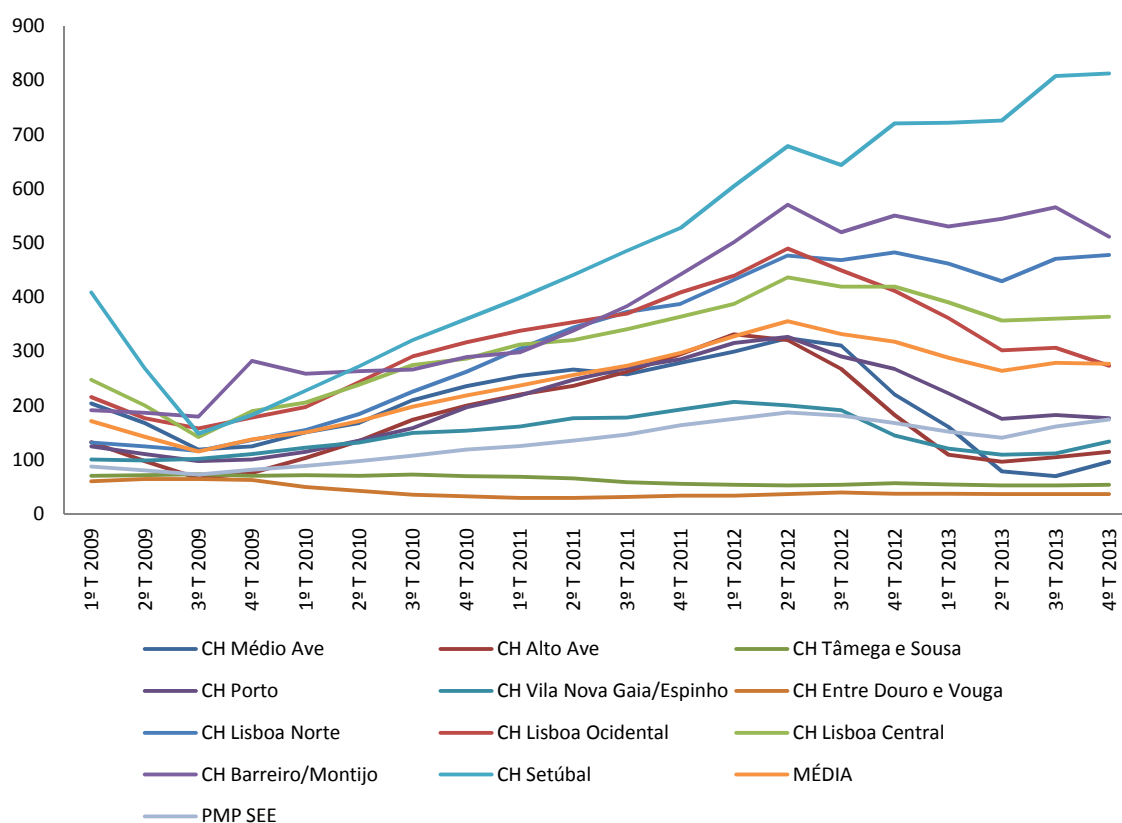
<sup>11</sup> Através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 34/2008 de 14 de fevereiro

<sup>12</sup> Através da Portaria n.º 1369-A/2008

Tais medidas conduziram a que tanto o volume total de dívidas do SNS (entidades SPA e EPE) como os PMP, quer no SPA, quer no setor das EPE, registassem francas melhorias, em especial nas EPE, onde segundo dados da ACSS, se verificou uma redução de 35 dias no PMP entre final de 2007 e 2008, e uma redução adicional de 52 dias no PMP entre final de 2008 e 2009.

No entanto, a situação inverteu-se a partir de 2009, quando a liquidez se esgotou, não tendo ocorrido uma recapitalização do FASP, o que travou o efeito positivo que se havia conseguido até então. A partir daí verificou-se uma degradação da situação, como se pode verificar no gráfico abaixo.

Figura 5.14- Evolução do prazo médio de pagamento (por trimestre)



Fonte: Construção própria a partir da DGF

No gráfico acima é possível observar-se o PMP de todo o setor empresarial do Estado (linha azul claro) e constata-se que, com algumas exceções, os centros hospitalares EPE são de longe os maiores devedores no universo empresarial do Estado.

#### 5.4.2 – Indicadores assistenciais

Em resposta à segunda questão de investigação e analisando os vários indicadores em estudo chega-se à conclusão que, de um modo geral, ocorreu uma melhoria da média dos indicadores em estudo, principalmente no que diz respeito ao número de consultas e ao número de cirurgias.

Apenas a lotação e o número de urgências sofreram uma descida, mas trata-se de situações previsíveis e não necessariamente negativas.

Relativamente à lotação, Almeida (2010:88) refere que “*os hospitais do futuro... necessitarão de menos camas mas de mais blocos operatórios e áreas afins (cirurgia de ambulatório)*”. No mesmo sentido, e segundo Béresniak e Duru (1999), a limitação do aumento do número de camas hospitalares constitui um meio eficaz e fácil de controlar a oferta de cuidados, na medida em que é maior o critério na admissão de pacientes hospitalizados, reduzindo-se, assim, a chamada “procura induzida”.

Relativamente ao número de urgência, diminuíram cerca de 8%, mas outros fatores podem explicar tal descida, como as alterações introduzidas nas taxas moderadoras que, por um lado, introduziram critérios mais rígidos na atribuição de isenções e, por outro, sofreram um grande aumento nos últimos anos, principalmente nas urgências hospitalares.

No quadro seguinte encontra-se resumido os valores médios obtidos para cada um dos indicadores.

Tabela 5.25 – Resumo dos indicadores assistenciais

<i>Indicador</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>	<i>Estatisticamente significativo?</i>
<i>Lotação (nº de camas)</i>	723	664	-8,1%	Sim
<i>Demora média (dias)</i>	7,04	7,33	4,1%	Não
<i>Taxa de ocupação (%)</i>	74,90	79,92	6,7%	Sim
<i>Número de consultas</i>	293.506	377.180	28,5%	Sim
<i>Número de urgências</i>	189.859	174.952	-7,9%	Não
<i>Número de cirurgias</i>	15.757	34.321	117,8%	Não

### 5.4.3 – Custos unitários totais

A análise de custos teve em consideração a variação dos custos de produção numa ótica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos CH, com o objetivo de avaliar se os hospitais, após a integração em CH, apresentaram, em diferentes valências ou áreas de produção, economias ou deseconomias de escala.

No quadro seguinte encontra-se resumido os valores médios obtidos para cada um dos indicadores.

Tabela 5.26 – Resumo dos custos unitários totais (unidades: euros)

<i>Indicador</i>	<i>Pré-fusão</i>	<i>Pós-fusão</i>	<i>Δ%</i>	<i>Estatisticamente significativo?</i>
<i>Custo unitário total por doente tratado</i>	321,71	311,74	-3,1%	Não
<i>Custo unitário total por dia de internamento</i>	2.666,08	2.580,82	-3,2%	Não
<i>Custo unitário total por consulta</i>	83,16	87,71	5,5%	Não
<i>Custo unitário total por urgência</i>	116,32	127,2	3,1	Não

Em resposta à terceira questão de investigação, e analisando os vários custos unitários em estudo conclui-se que diminuíram os custos do internamento e aumentaram os custos de consultas e urgências.

## Conclusão

Confrontados com graves problemas de sustentabilidade do sistema público da saúde têm sido implementadas nos últimos anos várias reformas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) na tentativa de se conseguir obter ganhos de eficiência no uso dos recursos públicos dos hospitais. A reestruturação da rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, com a fusão de hospitais em centros hospitalares tem sido uma das faces mais visíveis do processo reformista em curso.

Perante este contexto de reestruturação da rede hospitalar pretendeu-se avaliar o impacto que as fusões hospitalares tiveram no desempenho operacional e financeiro.

Para a prossecução do objetivo proposto foi realizada uma comparação numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos centros hospitalares através de uma análise financeira, com recurso a rácios económico-financeiros, a uma análise operacional, recorrendo a alguns indicadores assistenciais e a uma análise de custos, aplicando técnicas de estatística descritiva e de inferência estatística. A amostra em estudo foi constituída por 26 hospitais que se fundiram criando 11 centros hospitalares.

Para permitir a comparabilidade das duas realidades a estudar, para cada um dos 11 centros hospitalares foi criado um centro hospitalar “*fictício*” constituído pelos hospitais individuais que mais tarde seriam fundidos.

O estudo em causa confrontou-se com inúmeras limitações, de que se destacam o reduzido número de anos disponíveis em estudo por indisponibilidade de dados, o facto de comparar realidades com molduras jurídicas diferentes e a reduzida dimensão da amostra.

Os resultados obtidos levam a concluir que, no que diz respeito à situação financeira, houve uma degradação acentuada de todos os rácios estudados, enquanto que, relativamente à situação operacional, os indicadores apontam para uma melhoria na eficiência, com aumentos consideráveis no número de consultas e no número de cirurgias.

No que diz respeito à análise dos custos unitários, não é possível concluir inequivocamente pela existência de economias ou deseconomias de escala, uma vez que os custos relacionados com o internamento diminuíram mas os custos relacionados com as consultas e a urgência aumentaram.

É necessário, no entanto, muita prudência na atribuição das conclusões obtidas ao efeito de fusão hospitalar, uma vez que muitos outros fatores podem concorrer para os resultados obtidos. De facto, num contexto económico e financeiro tão complexo como o que o país atravessa e num setor tão problemático como é o da saúde, é de todo impossível isolar uma única variável, uma vez que muitos outros fatores podem explicar os resultados obtidos e não apenas as fusões hospitalares.

Independentemente das limitações identificadas, este estudo é um estudo inovador, visto que, até aqui nunca tinha sido feita nenhuma investigação que analisasse o processo de fusão numa óptica *ex-ante* e *ex-post* à criação dos centros hospitalares. Sendo este um estudo exploratório poderá levar à realização de novos estudos. Muito há ainda por realizar pelo que gostaria de deixar algumas sugestões para futuras investigações, nomeadamente, o alargamento do estudo a mais centros hospitalares, permitindo assim incluir os centros hospitalares criados entre 2009 e 2011 e que não foram alvo de estudo pelo reduzido número de anos de informação financeira disponível e pelo uso de outros indicadores como por exemplo o índice de *case-mix*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – **Comissão para a sustentabilidade do financiamento do SNS: relatório final**. Lisboa: ACSS, 2007.
- ALMEIDA, Lúcio Menezes – Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 28 (2010) 79-92.
- ARAÚJO, Joaquim – **A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública** [em linha]. Braga: Universidade do Minho, 2005, Documento de trabalho [consult. 5 Jun. 2013] Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf>.
- ARNAUT, António – **Serviço Nacional de Saúde: 30 anos de resistência**. Coimbra: Coimbra Editora, 2009. ISBN 978-972-32-1736-0.
- BARROS, Pedro P. – **Economia da Saúde: conceitos e comportamentos**. 3ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2013. ISBN 978-972-405-374-5.
- BARROS, Pedro P.; GOMES, Jean-Pierre – **Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português** [em linha]. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, 2002. [Consult. 10 Jan. 2014] Disponível em [http://www.tcontas.pt/pt/actos/re\\_auditoria/2003/reI047-2003-estudo\\_externo-final.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/re_auditoria/2003/reI047-2003-estudo_externo-final.pdf).
- BARROS, Pedro P. – **Pela sua saúde**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013. ISBN 978-989-842-478-5.
- BENTES, M.; GONÇALVES, M. L.; TRANQUADA, S.; URBANO, J. – A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar. **Gestão Hospitalar**. (1996) 33-42.
- BENTES, M. – **O financiamento dos hospitais**. Lisboa: IGIF, 1998.
- BÉRESNIAK, Ariel; DURU, Gérard – **Economia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-844-914-3.
- BREIA, Arménio; MATA, Mário; PEREIRA, Vítor – **Análise económica e financeira**. Lisboa: Rei dos Livros, 2014. ISBN 978-989-8305-61-9.
- BUSSE, R.; SALTMAN, R. – Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's Health sector: theory and practice. In **Regulating entrepreneurial behaviours in Europe health care systems**. Buckingham: Open University Press, (2002) 3-52.
- CAMPOS, António C. – Por um sistema de saúde mais eficiente. **Cadernos de Economia**. 80 (2007) 9-15.
- CAMPOS, António C.; SIMÕES, Jorge – **O percurso da saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Edições Almedina, 2011. ISBN 978-972-404-709-6.
- CAMPOS, António C. – **Reformas da saúde: o fio condutor**. Lisboa: Edições Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3604-5.
- CAMPOS, António C. – Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. **Análise Social**. 161 (2001) 1079-1104.

- CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009. ISBN 978-972-618-546-8.
- COSTA, Carlos; SANTANA, Rui; LOPES, Sílvia; BARRIGA, Nuno – A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7 (2008) 131-147.
- DECRETO-LEI nº 413/71. **D.R. I Série**. 228 (1971-09-27) 1406-1434 – Promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência – Revoga determinadas disposições legislativas.
- DECRETO-LEI nº 414/71. **D.R. I Série**. 228 (1971-09-27) 1434-1445 – Estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.
- DECRETO-LEI nº 284/99. **D.R. I Série-A**. 172 (1999-07-26) 4683-4687 – Estabelece o regime aplicável aos centros hospitalares e grupos de hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI nº 426/99. **D.R. I Série-A**. 246 (1999-10-21) 7052-7053 – Cria o Centro Hospitalar da Cova da Beira.
- DECRETO-LEI nº 558/99 – **D.R. I Série-A**. 292 (1999-12-17) 9012-9019 – Estabelece o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas.
- DECRETO-LEI nº 214/2004 – **D.R. I Série-A**. 198 (2004-08-23) 5621-5629 – Cria o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S.A. com a natureza de sociedade anónima de capital exclusivamente públicos, e procede à extinção do Hospital do Barlavento Algarvio, S.A., e do Hospital Distrital de Lagos.
- DECRETO-LEI nº 233/2005 – **D.R. I Série-A**. 249 (2005-12-29) 7323-7333 – Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
- DECRETO-LEI nº 50-A/2007 – **D.R. I Série-A**. 50 (2007-02-28) 1414-1426 – Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. e aprova os respetivos estatutos.
- DECRETO-LEI nº 326/2007 – **D.R. I Série**. 188 (2007-09-28) 6996-6998 – Cria o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
- DECRETO-LEI nº 23/2008 – **D.R. I Série-A**. 28 (2008-02-08) 946-947 – Cria o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.

- DECRETO-LEI nº 27/2009 – **D.R. I Série**. 18 (2009-01-27) 565-566 – Cria o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E, e aprova os respetivos estatutos.
- DECRETO-LEI nº 280/2009 – **D.R. I Série**. 193 (2009-10-06) 7296-7297 – Cria o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., e aprova os respetivos estatutos.
- DECRETO-LEI nº 30/2011 – **D.R. I Série**. 43 (2011-03-02) 1274-1277 – Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E.P.E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E, o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E..
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Estudo de avaliação dos centros hospitalares**. Lisboa: 2012.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde**. Lisboa: 2011.
- ESCOVAL, Ana – **Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização**. [texto policopiado]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2003. Tese de Doutoramento.
- FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-807-518-5.
- GRUPO técnico para a reforma hospitalar – **Os cidadãos no centro do sistema, os profissionais no centro da mudança**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. (Coordenador: José António Mendes Ribeiro)
- HARFOUCHE, Ana Paula – **Opções políticas em saúde**. Lisboa: Edições Almedina, 2012. ISBN 978-972-404-773-7.
- HOOD, C. – A public management for all seasons. **Public administration**. 69 (Spring), 1991.
- LEI nº 56/79 – **D.R. I Série**. 214 (1979-09-15) 2357-2363 – Serviço Nacional de Saúde.
- LEI nº 27/2002 – **D.R. I Série-A**. 258 (2002-11-08) 7150-7154 – Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de agosto.
- LEI nº 48/90. **D.R. I Série**. 195 (1990-08-24) 3452-3459 – Lei de Bases da Saúde.
- MARÔCO, João – **Análise estatística com o SPSS Statistics**. 5ª ed. Pero Pinheiro: Report Number, 2011. ISBN 978-989-96763-2-9.
- NEVES, João Carvalho – **Análise financeira: técnicas fundamentais**. 2ª ed. Lisboa: Texto Editores, 2007. ISBN 978-972-472-597-0.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Crise & saúde: um país em sofrimento**. Relatório de Primavera 2012. Lisboa.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) – **Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide** [em linha]. Organization for

- Economic Co-operation and Development, 2008. [Consult. 28 Mai. 2013]  
Disponível em <http://www.oecd.org/std/clits/42495745.pdf>.
- PEREIRA, Luís Filipe – **A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro**. Lisboa: INA, 2005. ISBN 972-9060-28-2.
- POLLITT, C. – **The new managerialism and the public services: the Anglo-American experience**. Oxford: Basil Blackwell, 1990. ISBN 978-0631163343.
- PORTARIA nº 235/2000 – **D.R. Série I-B**. 98 (2000-04-27) 1378-1739 – Cria o Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde.
- PORTARIA nº 1199/2000 – **D.R. Série I-B**. 292 (2000-12-20) 7404 – Cria o Centro Hospitalar de Vila Real-Peso da Régua.
- PORTARIA nº 1277/2001 – **D.R. Série I-B**. 263 (2001-11-13) 7212-7213 – Cria o Centro Hospitalar do Médio Tejo.
- PORTARIA nº 1295/2001 – **D.R. Série I-B**. 267 (2001-11-17) 7346-7347 – Cria o Centro Hospitalar de Torres Vedras.
- PORTARIA nº 1373/2007 – **D.R. Série I-B**. 202 (2007-10-19) 7686 – Cria o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.
- PORTARIA nº 83/2009 – **D.R. Série I**. 15 (2009-01-22) 488-489 – Cria o Centro Hospitalar do Oeste Norte.
- RAPOSO, Vítor – **Governança hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português**. [texto policopiado]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2007. Tese de Doutoramento.
- REGO, Guilhermina – **Gestão empresarial dos serviços públicos: uma aplicação ao sector da saúde**. 2ª ed. Porto: Vida Económica, 2011. ISBN 978-972-788-425-4.
- RIBEIRO, José Mendes – Reforma do setor público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 4 (2004) 65-77.
- SALTMAN, R. B. – A conceptual overview of recent health care reforms. **European Journal of Public Health**. 4 (1994) 287-293.
- SIMÕES, Jorge – A avaliação do desempenho de hospitais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 4 (2004) 91-120.
- SOUSA, Paulino Artur Ferreira – O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paul Enferm**. 22 (2009) 884-894.
- TRIBUNAL DE CONTAS – **Auditoria orientada à consolidação de contas e análise à situação económico-financeira do SNS** – 2011. Relatório 16/2013 – 2ª secção. Processo de auditoria 26/2012. Volume I.
- VARANDA, Jorge – Hospitais: a longa marcha da empresarialização. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 4 (2004) 57-63.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **European health care reforms: analysis of current strategies**. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe, 2000.

## **ANEXO 1 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES**

Tabela A 27 – Evolução da lotação praticada (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>	334	334	325	325	329	308	301	298	279	281	281
<b>Alto Ave</b>	584	584	584	586	586	564	569	588	539	539	497
<b>Tâmega e Sousa</b>	435	435	462	449	440	442	436	451	448	470	458
<b>Porto</b>	835	823	846	829	806	865	820	790	769	798	755
<b>VNG/Espinho</b>	582	566	550	569	586	642	539	531	540	544	550
<b>Entre Douro e Vouga</b>	493	493	505	533	533	508	453	403	409	381	384
<b>Lisboa Norte</b>	1.369	1.399	1.405	1.387	1.366	1.287	1.314	1.319	1.344	1343	
<b>Lisboa Ocidental</b>	881	865	910	975	945	928	886	903	883	894	833
<b>Lisboa Central</b>				1.406	1.476	1.258	1.175	1.158	1.128		
<b>Barreiro/Montijo</b>	511	513	469			445	431	428	398		
<b>Setúbal</b>	522	522	513	428	421	411	397	389	400	401	

Figura A 15 – Evolução da lotação praticada (2002-2012)

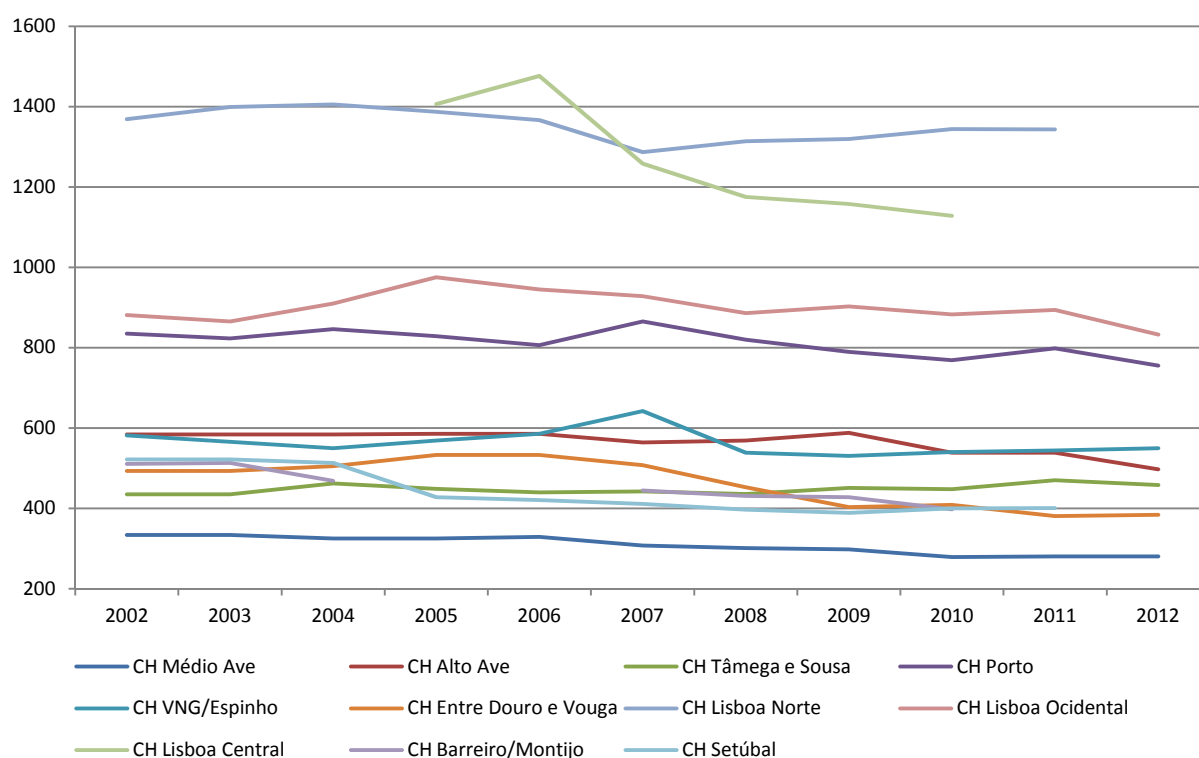


Tabela A 28 – Evolução da demora média (dias) (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>	6,92	6,73	6,6	5,88	5,72	5,75	5,81	6,01	6,33	6,22	6,36
<b>Alto Ave</b>	6,19	5,72	5,75	5,83	5,67	5,78	5,83	6,64	6,75	7,06	6,83
<b>Tâmega e Sousa</b>	5,78	5,48	5,31	5,59	5,67	6,36	6,4	6,5	6,8	6,9	6,92
<b>Porto</b>	7,76	7,09	7	6,48	6,43	6,7	6,41	6,55	6,6	6,6	6,85
<b>VNG/Espinho</b>	6,86	6,94	7,37	7,03	6,93	7	7,1	7,4	7,4	7,5	7,9
<b>Entre Douro e Vouga</b>		5,1	5,18	5,3	5,02	5,15	4,95	4,7	4,8	5,1	5,1
<b>Lisboa Norte</b>	8,77	8,58	8,49	8,39	8,16	8,16	8,14	8,21	8,48	8,41	
<b>Lisboa Ocidental</b>	7,2	7,31	7,55	8,2	9,2	9,4	10	9,4	9,2	8,9	9,3
<b>Lisboa Central</b>				9,34	9,06	9,1	9	9,2	9		
<b>Barreiro/Montijo</b>	9,13	7,4	6,68			7,13	7,64	6,6	8		
<b>Setúbal</b>	7,25	7,55	7,99	7,1	6,9	7,7	8	7,7	7,5	7,6	

Figura A 16 – Evolução da demora média (2002-2012)

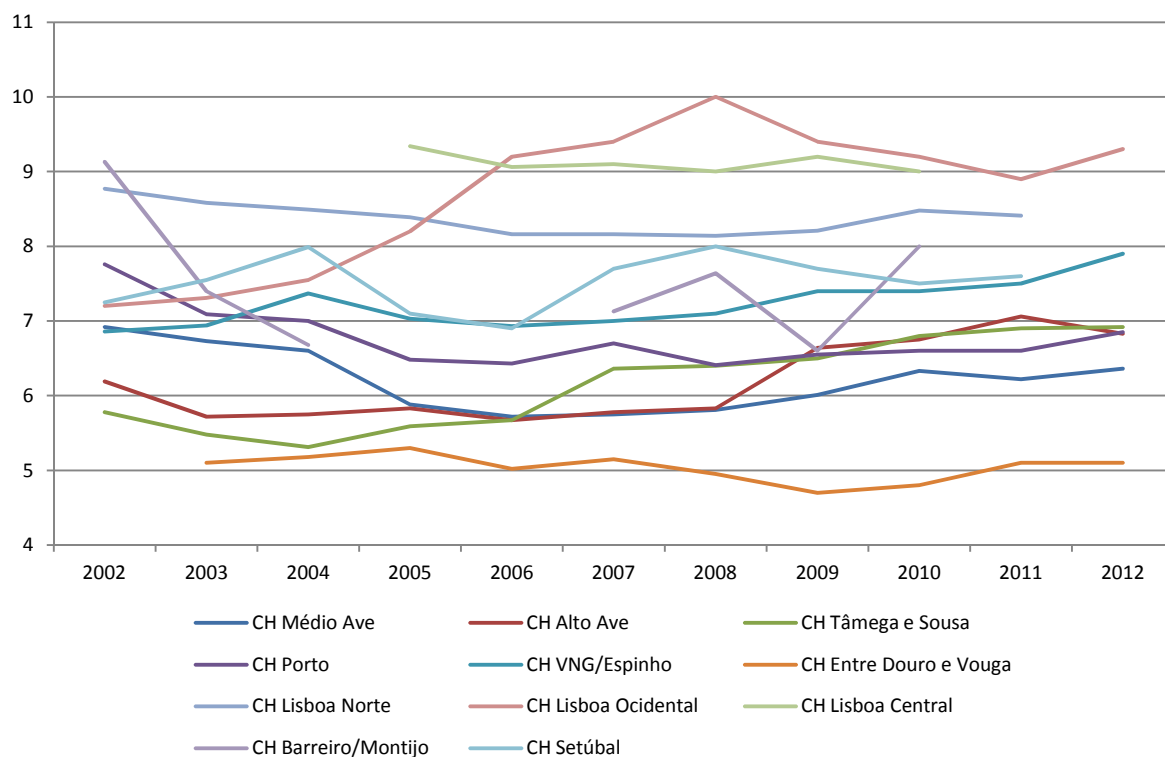


Tabela A 29 – Evolução da taxa de ocupação (%) (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>	70,9	72,1				72,8	75,4	76,1	79,7	75,6	
<b>Alto Ave</b>		70,7				70,1	73,9	72,9	77,6	82	82,8
<b>Tâmega e Sousa</b>	78,4	82,4	75,1	80,5	87,1	87,8	88	88,4	89,6	84,4	83,5
<b>Porto</b>	77,4	72,5				68,6	75	81,2	87,3	82,1	84,9
<b>VNG/Espinho</b>	74,3	74,7				70,7	74,7	80,7	83	83	88
<b>Entre Douro e Vouga</b>		68,1			67,7	66,9	73,8	73,1	72,3	77,5	78,6
<b>Lisboa Norte</b>	76,4	78,6	80,1	77,4	78,8	83,8	82,3	82,9	84,9	87,6	
<b>Lisboa Ocidental</b>	79,5	80,8	80,5	82,6	82,1	82,3	80,1	81,2	80,9	78,4	84,1
<b>Lisboa Central</b>				75,6	76,4	78,7	81,9	81,3	79,9		
<b>Barreiro/Montijo</b>	65,4	66,8				70,5	72,1	71	73,5		
<b>Setúbal</b>	75,9	77,9	80,8	76	75,7	79,3	79,3	78,2	75	76,4	

Figura A 17 – Evolução da taxa de ocupação (2002-2012)

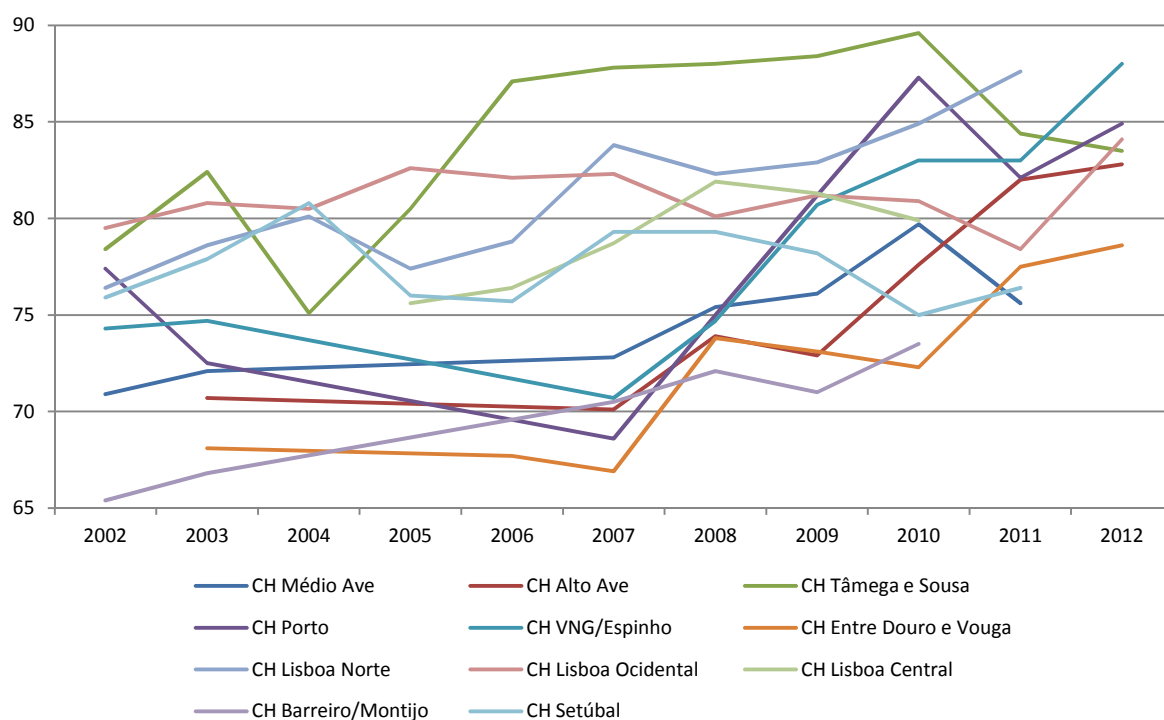


Tabela A 30 – Evolução do número de consultas (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>	98.808	105.287	121.218	119.155	123.271	129.220	140.389	153.043	168.133	171.672	171.467
<b>Alto Ave</b>	159.918	178.038	189.359	196.471	208.315	211.732	215.844	238.587	252.693	261.304	260.693
<b>Tâmega e Sousa</b>	145.149	164.341	185.833	198.403	216.440	214.671	212.977	230.038	235.558	257.731	267.630
<b>Porto</b>	428.899	455.462	484.506	512.748	517.596	526.603	537.160	563.968	603.202	622.393	620.634
<b>VNG/Espinho</b>	237.552	269.148	300.637	294.893	299.692	340.843	385.202	424.743	451.695	460.195	466.839
<b>Entre Douro e Vouga</b>		244.242	267.338	279.342	292.472	297.332	292.663	297.344	316.022	320.825	323.577
<b>Lisboa Norte</b>	431.456	451.670	529.623	562.866	616.380	672.461		745.977	735.157	741.551	
<b>Lisboa Ocidental</b>	312.205	339.539	360.434	385.590	390.936	388.297	413.587	439.726	449.819	452.799	463.482
<b>Lisboa Central</b>				490.683	534.620	539.992	555.374	571.981	574.483		
<b>Barreiro/Montijo</b>	131.355	147.210	160.193	156.278	149.867	164.099	173.363		169.743		
<b>Setúbal</b>	157.070	164.923	167.563		182.943	188.336	194713	212.388	214.394	223.351	

Figura A 18 – Evolução do número de consultas (2002-2012)

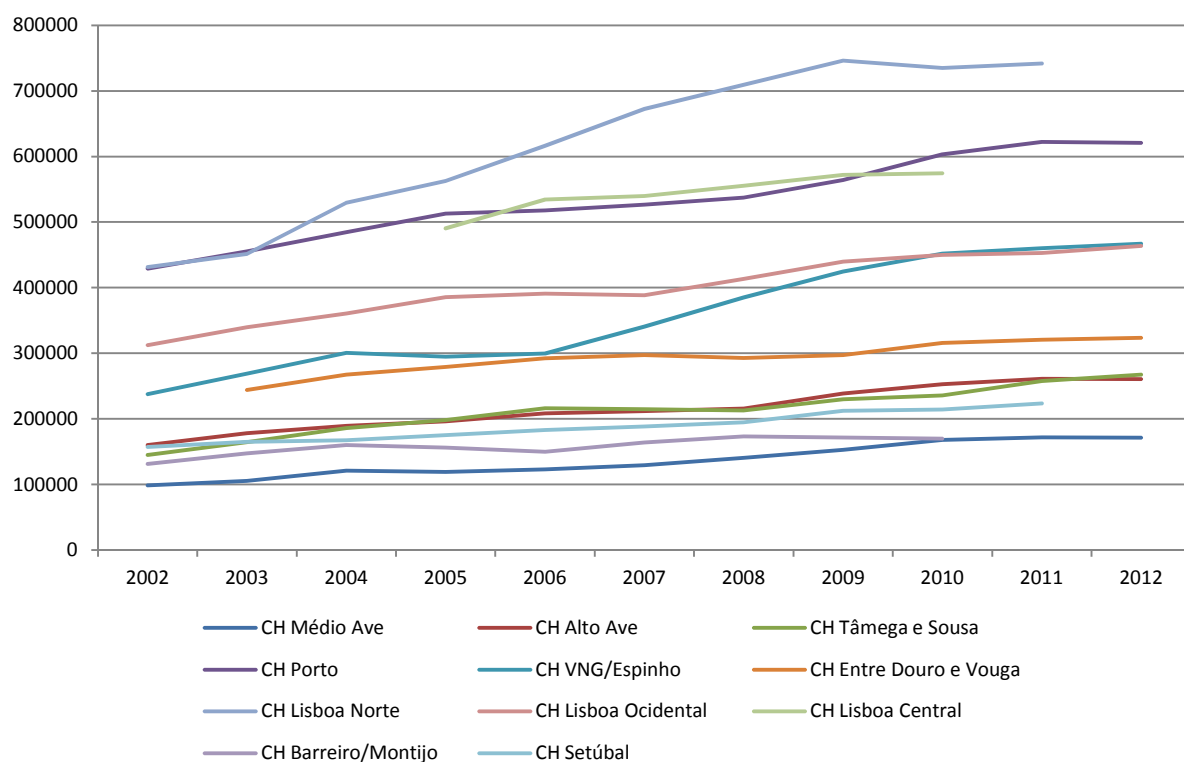


Tabela A 31 – Evolução do número de urgências (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>	129.404	134.088	125.921	128.349	122.377	115.313	115.719	128.614	130.997	131.955	124.319
<b>Alto Ave</b>	152.398	153.703	140.565	140.643	149.876	164.107	158.599	157.253	153.714	154.221	143.494
<b>Tâmega e Sousa</b>	184.942	209.809	214.011	211.159	214.712	200.576	189.773	189.978	186.895	191.115	187.706
<b>Porto</b>	179.181	152.485	152.469	155.421	154.543	154.944	125.467	135.175	153.338	158.269	156.332
<b>VNG/Espinho</b>	221.747	229.022	219.411	222.848	220.298	196.977	172.403	180.629	181.380	181.661	169.139
<b>Entre Douro e Vouga</b>		292.360	277.162	285.233	275.154	247.216	235.366	179.655	190.839	195.520	178.773
<b>Lisboa Norte</b>	219.713	224.004	229.438	235.111	238.076	243.817	260.363	286.430	344.293	348.757	
<b>Lisboa Ocidental</b>	158.105	156.851	159.567	164.774	174.080	183.900	187.447	183.266	184.922	182.354	162.299
<b>Lisboa Central</b>				259.008	257.997	255.938	259.243	251.906	255.356		
<b>Barreiro/Montijo</b>	158.880	159.468	162.282	167.942	170.719	179.601	188.044		181.953		
<b>Setúbal</b>	142.013	139.854	126.201		115.057	129.048	138.048	135.259	136.389	136.347	

Figura A 19 – Evolução do número de urgências (2002-2012)

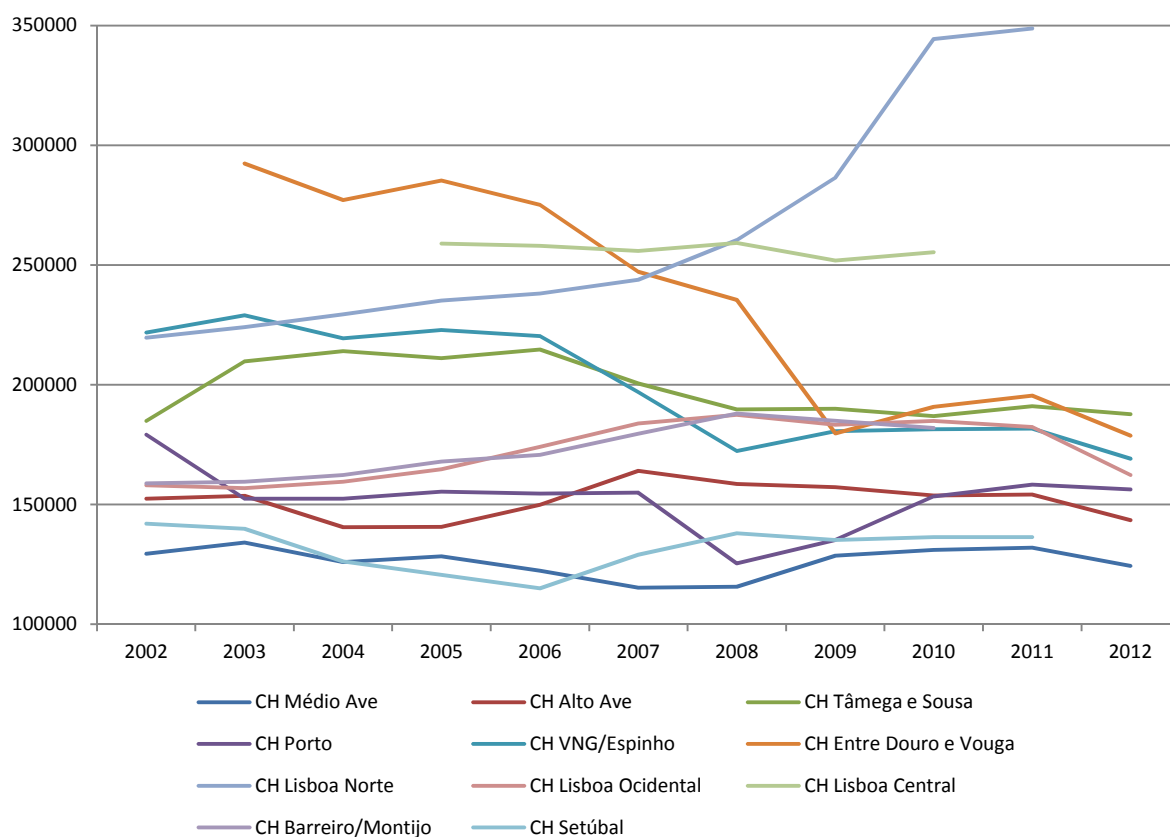


Tabela A 32 – Evolução do número de cirurgias (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>						8.310	9.000	10.224	10.636	11.005	10.668
<b>Alto Ave</b>						12.116	12.887	15.472	10.402	10.191	11.434
<b>Tâmega e Sousa</b>	8.999	10.991	12.949	12.959	17.094	17.294	18.927	20.255	20.494	22.636	22.836
<b>Porto</b>						35.659	38.228	42.988	44.552	41.294	42.861
<b>VNG/Espinho</b>						14.450	27.140	21.853	24.086	26.546	32.053
<b>Entre Douro e Vouga</b>					18.912	17.737	18.678	16.810	16.746	16.300	16.238
<b>Lisboa Norte</b>		21.564	24.962	19.888	20.727	23.545		31.501	33.508	32.942	
<b>Lisboa Ocidental</b>	14.495	15.729	17.029	19.720	19.387	21.110	22.313	23.415	23.415	23.620	24.669
<b>Lisboa Central</b>						27.949	29.299	31.371	30.728		
<b>Barreiro/Montijo</b>					7.710	9.650	10.064		6.384		
<b>Setúbal</b>					10.397	12.019	12.946	14.011	11.990	12.979	

Figura A 20 – Evolução do número de cirurgias (2002-2012)

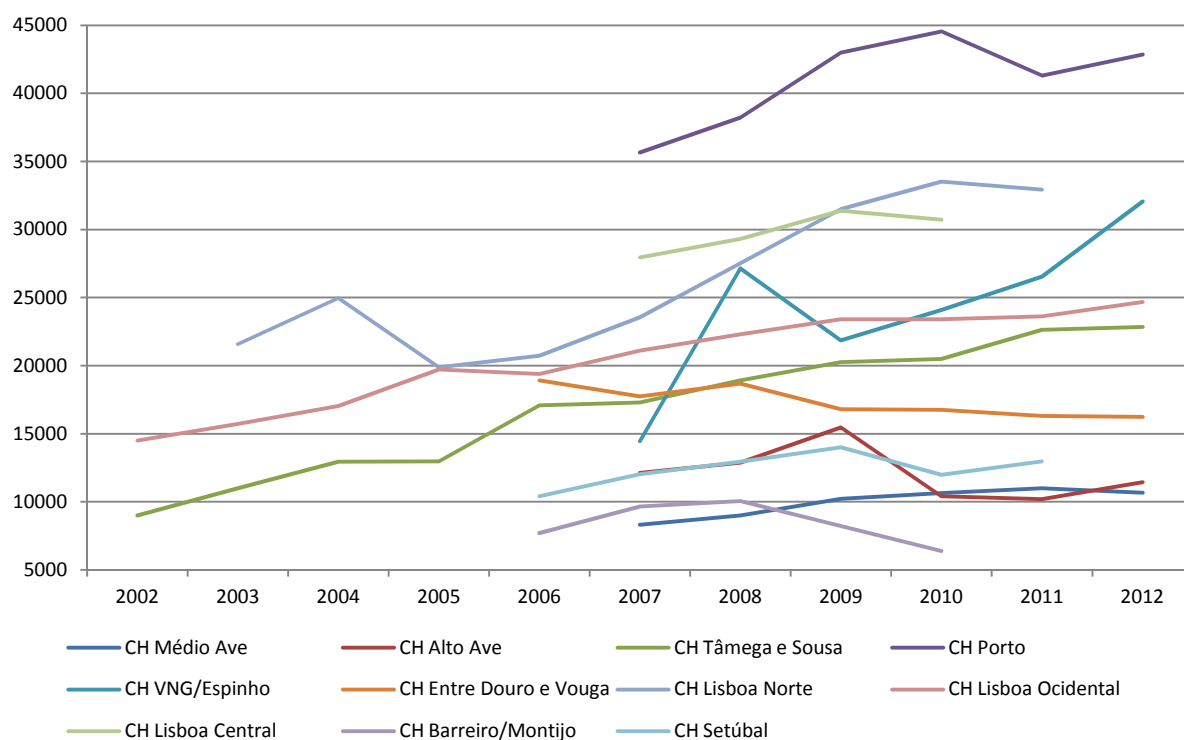


Tabela A 33 – Evolução da liquidez geral (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>				2,06	0,66	0,84	0,48	0,55	0,56	0,50	0,36
<b>Alto Ave</b>				1,36	1,13	1,04	1,08	0,90	0,74	0,62	0,54
<b>Tâmega e Sousa</b>	1,79	1,77	1,53	2,12	1,60	2,24	3,18	1,66	2,32	2,09	1,59
<b>Porto</b>				1,52	1,35	1,37	1,28	1,14	0,89	0,70	0,60
<b>VNG/Espinho</b>				1,44	0,74	1,03	1,06	1,05	1,05	1,08	1,09
<b>Entre Douro e Vouga</b>				4,35	4,02	4,21	4,20	2,58	2,55	2,75	3,33
<b>Lisboa Norte</b>			0,71	1,94	2,34	2,39	1,39	1,20	0,97	0,73	
<b>Lisboa Ocidental</b>	1,70	1,35	1,34	1,55	1,52	1,47	1,42	1,03	0,89	0,82	0,73
<b>Lisboa Central</b>				1,09	0,74	0,90	0,72	0,61	0,37	0,33	0,37
<b>Barreiro/Montijo</b>				1,38	0,92	0,73	0,63	0,68	0,70		
<b>Setúbal</b>						0,47	0,50	0,33	0,23		

Figura A 21 – Evolução da liquidez geral (2002-2012)

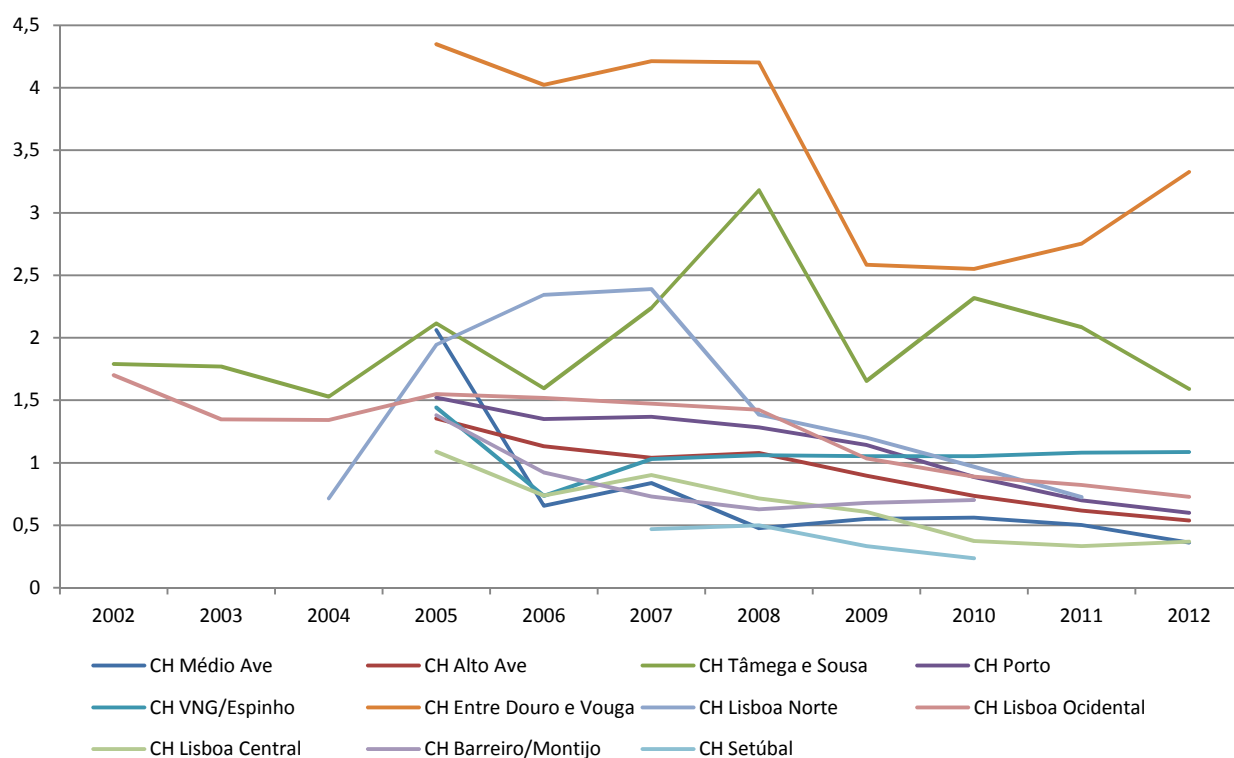


Tabela A 34 – Evolução da autonomia financeira (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>				0,29	-0,02	0,00	-0,13	-0,08	-0,11	-0,19	-0,39
<b>Alto Ave</b>				0,55	0,44	0,42	0,41	0,27	0,09	-0,15	-0,31
<b>Tâmega e Sousa</b>	1,07	0,78	0,64	0,68	0,25	0,64	0,73	0,45	0,63	0,67	0,56
<b>Porto</b>				0,47	0,40	0,43	0,41	0,43	0,26	0,11	0,09
<b>VNG/Espinho</b>				0,60	0,36	0,37	0,38	0,26	0,43	0,39	0,39
<b>Entre Douro e Vouga</b>				0,85	0,83	0,83	0,83	0,70	0,69	0,71	0,75
<b>Lisboa Norte</b>			0,17	0,12	0,39	0,45	0,42	0,38	0,41	0,19	
<b>Lisboa Ocidental</b>	0,53	0,37	0,44	0,53	0,53	0,51	0,53	0,40	0,23	0,18	0,19
<b>Lisboa Central</b>				0,27	0,00	0,08	-0,01	-0,07	-0,24	-0,41	-0,47
<b>Barreiro/Montijo</b>				0,48	0,29	0,18	-0,01	-0,04	-0,17		
<b>Setúbal</b>				0,15	-0,01	-0,24	-0,30	-0,51	-1,07		

Tabela A 22 – Evolução da autonomia financeira (2002-2012)

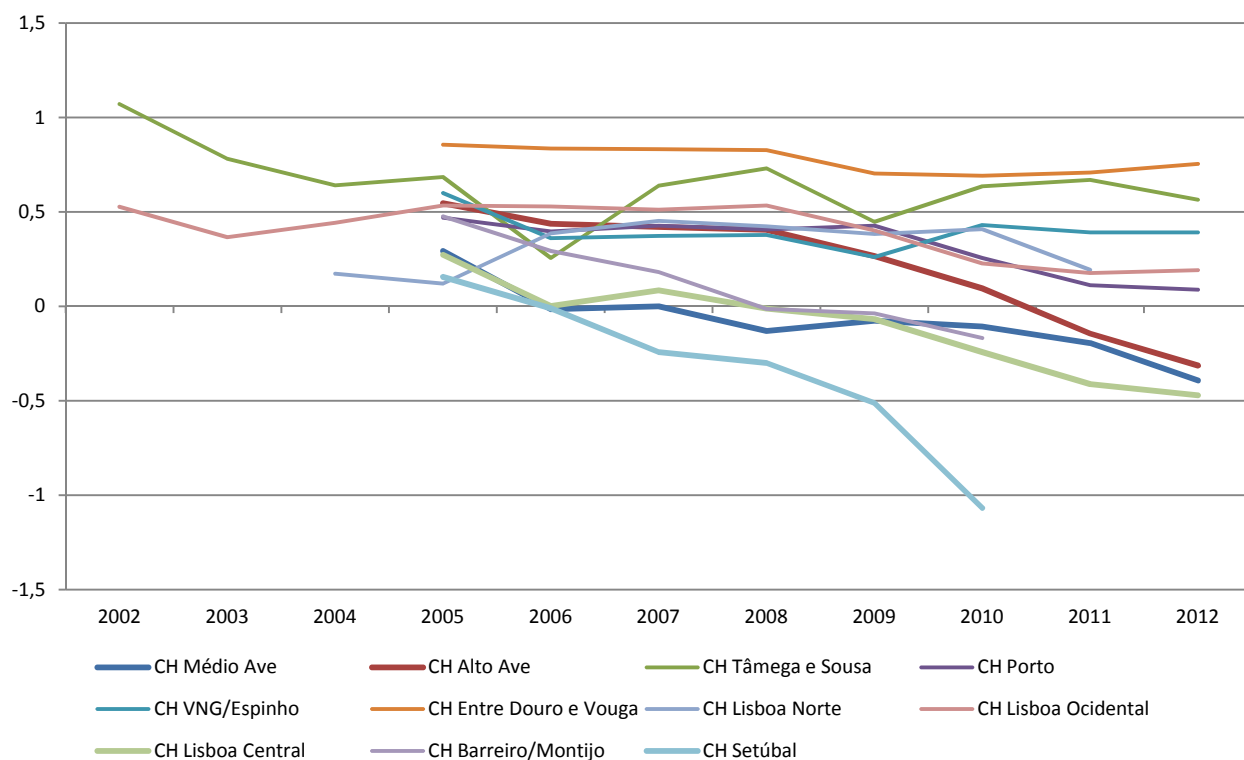


Tabela A 35 – Evolução da solvabilidade (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>				0,41	-0,02	0,00	-0,12	-0,07	-0,10	-0,16	-0,28
<b>Alto Ave</b>				1,20	0,78	0,72	0,68	0,36	0,10	-0,13	-0,24
<b>Tâmega e Sousa</b>	0,94	2,32	1,31	2,31	1,34	1,77	2,71	0,81	1,74	2,02	1,29
<b>Porto</b>				0,88	0,66	0,74	0,68	0,74	0,34	0,13	0,10
<b>VNG/Espinho</b>				1,50	0,56	0,60	0,61	0,35	0,75	0,64	0,64
<b>Entre Douro e Vouga</b>				5,89	5,04	4,92	4,75	2,37	2,23	2,42	3,07
<b>Lisboa Norte</b>			0,21	0,14	0,63	0,83	0,73	0,62	0,69	0,24	
<b>Lisboa Ocidental</b>	1,11	0,58	0,79	1,14	1,12	1,05	1,14	0,67	0,29	0,21	0,24
<b>Lisboa Central</b>				0,37	0,00	0,09	-0,01	-0,06	-0,20	-0,29	-0,32
<b>Barreiro/Montijo</b>				0,91	0,41	0,22	-0,01	-0,04	-0,14		
<b>Setúbal</b>				0,18	-0,01	-0,20	-0,23	-0,34	-0,52		

Figura A 23 – Evolução da solvabilidade (2002-2012)

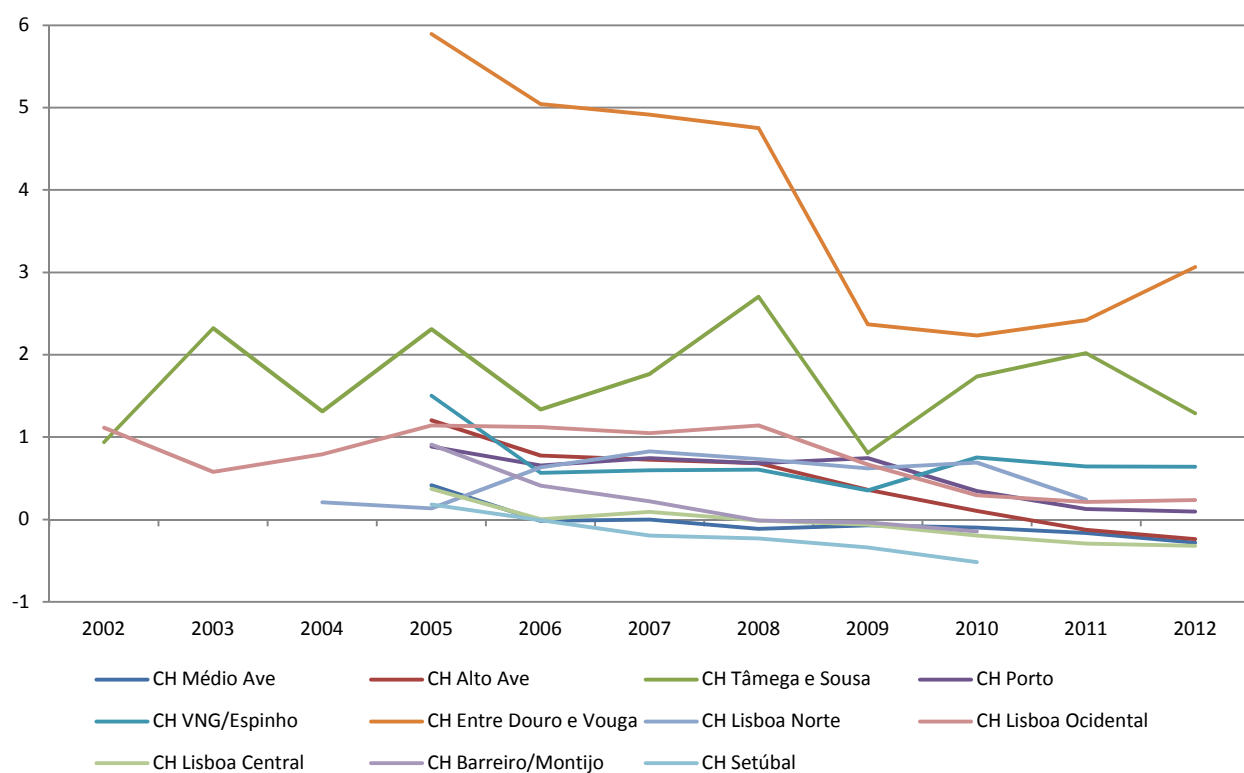


Tabela A 36 – Evolução da rentabilidade dos capitais próprios (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Alto Ave</b>				0,00	-0,27	-0,38	-0,18	-0,77	-2,03	1,41	0,47
<b>Tâmega e Sousa</b>	-0,35	-0,14	-0,18	-0,16	-0,34	0,00	0,04	0,00	0,03	0,01	-0,09
<b>Porto</b>				0,05	-0,06	-0,12	-0,43	-0,62	-0,43	-0,79	-0,45
<b>VNG/Espinho</b>				0,50	-0,53	-0,25	0,01	0,01	0,01	0,01	-0,05
<b>Entre Douro e Vouga</b>				0,06	0,01	0,03	0,01	-0,02	0,00	0,00	-0,03
<b>Lisboa Norte</b>			-0,74	1,91	-0,02	0,04	0,01	0,00	0,00	-0,66	
<b>Lisboa Ocidental</b>		-0,17	-0,06	0,05	-0,06	0,01	-0,12	-0,33	-0,85	-0,24	-0,32

Tabela A 24 – Evolução da rentabilidade dos capitais próprios (2002-2012)



Tabela A 37 – Evolução da rentabilidade operacional dos ativos (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>				-0,24	-0,28	-0,07	-0,22	-0,18	-0,08	-0,06	-0,14
<b>Alto Ave</b>				-0,14	-0,21	-1,59	-0,13	-0,21	-0,20	-0,19	-0,16
<b>Tâmega e Sousa</b>	-0,19	-0,11	-0,12	-0,17	-0,24	-0,04	0,01	0,00	0,02	0,00	-0,06
<b>Porto</b>				0,02	-0,03	-0,10	-0,21	-0,27	-0,13	-0,12	-0,07
<b>VNG/Espinho</b>				0,20	-0,01	-0,03	0,00	0,00	0,00	0,01	-0,04
<b>Entre Douro e Vouga</b>				0,00	-0,01	0,02	-0,01	-0,03	-0,01	-0,01	-0,03
<b>Lisboa Norte</b>			-0,14	0,10	-0,04	0,01	0,00	0,00	-0,09	-0,12	
<b>Lisboa Ocidental</b>		-0,07	-0,04	0,03	-0,02	0,00	-0,07	-0,13	-0,18	-0,13	-0,06
<b>Lisboa Central</b>				0,17	-0,20	-0,09	-0,13	-0,11	-0,16	-0,11	-0,20
<b>Barreiro/Montijo</b>				-0,08	-0,36	-0,16	-0,20	-0,08	-0,18		
<b>Setúbal</b>				-0,27	-0,17	-0,19	-0,11	-0,24	-0,39		

Figura A 25 - Evolução da rentabilidade operacional dos ativos (2002-2012)

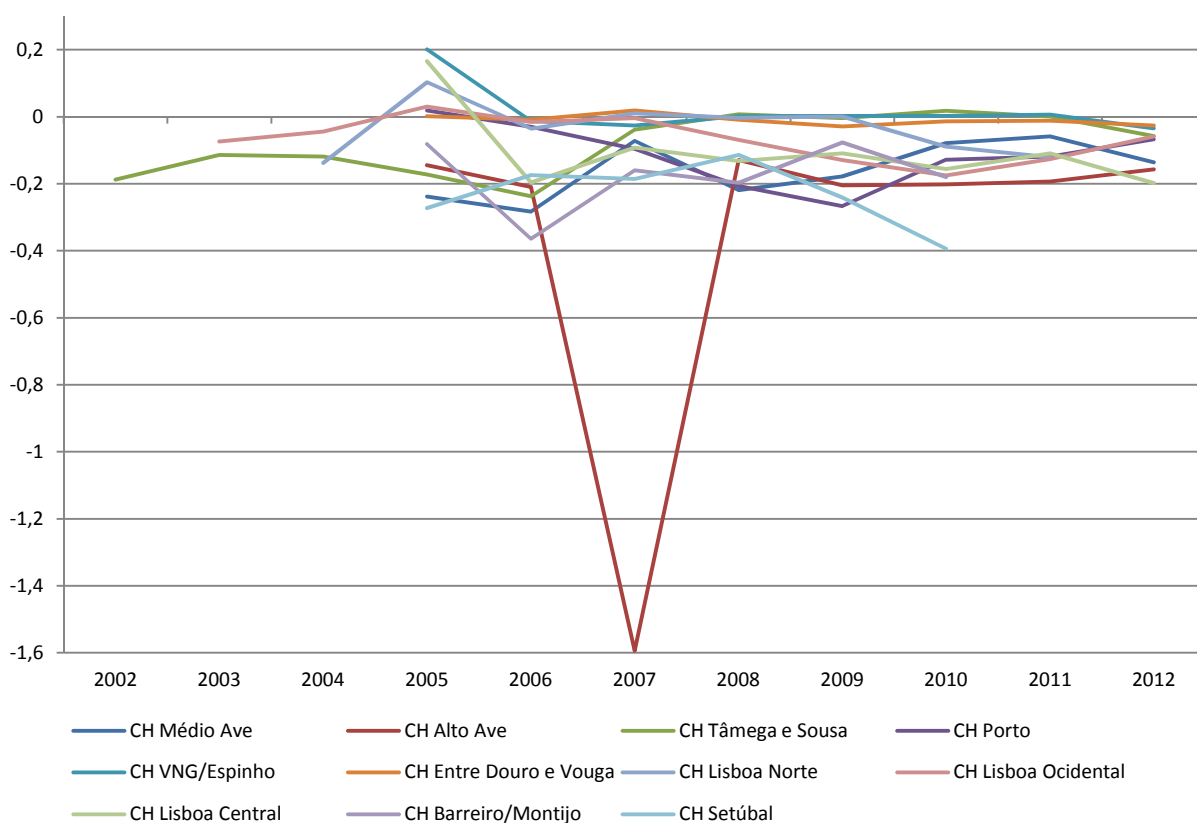


Tabela A 38 – Evolução da rentabilidade operacional das vendas (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Médio Ave</b>			-0,260	-0,215	-0,237	-0,114	-0,146	-0,129	-0,060	-0,042	-0,077
<b>Alto Ave</b>			-0,158	-0,177	-0,239	-0,181	-0,104	-0,154	-0,148	-0,148	-0,107
<b>Tâmega e Sousa</b>	-1,998	-0,133	-0,018	-0,141	-0,159	-0,028	0,006	-0,006	0,023	0,001	-0,090
<b>Porto</b>			0,024	0,018	-0,027	-0,063	-0,128	-0,144	-0,082	-0,081	-0,043
<b>VNG/Espinho</b>			2,035	0,641	-0,035	-0,021	0,001	0,005	0,002	0,006	-0,042
<b>Entre Douro e Vouga</b>			0,011	0,003	-0,012	0,026	-0,074	-0,038	-0,017	-0,015	-0,034
<b>Lisboa Norte</b>			-0,475	0,373	-0,051	0,013	-0,006	0,000	-0,124	-0,186	
<b>Lisboa Ocidental</b>		-0,112	-0,072	0,040	-0,019	-0,005	-0,073	-0,137	-0,180	-0,145	-0,048
<b>Lisboa Central</b>				0,437	-0,442	-0,081	-0,106	-0,089	-0,112	-0,081	-0,133
<b>Barreiro/Montijo</b>			0,000	-0,084	-0,316	-0,105	-0,147				
<b>Setúbal</b>			-0,342	-0,358	-0,205	-0,182	-0,128	-0,226	-0,355		

Figura A 26- Evolução da rentabilidade operacional das vendas (2002-2012)

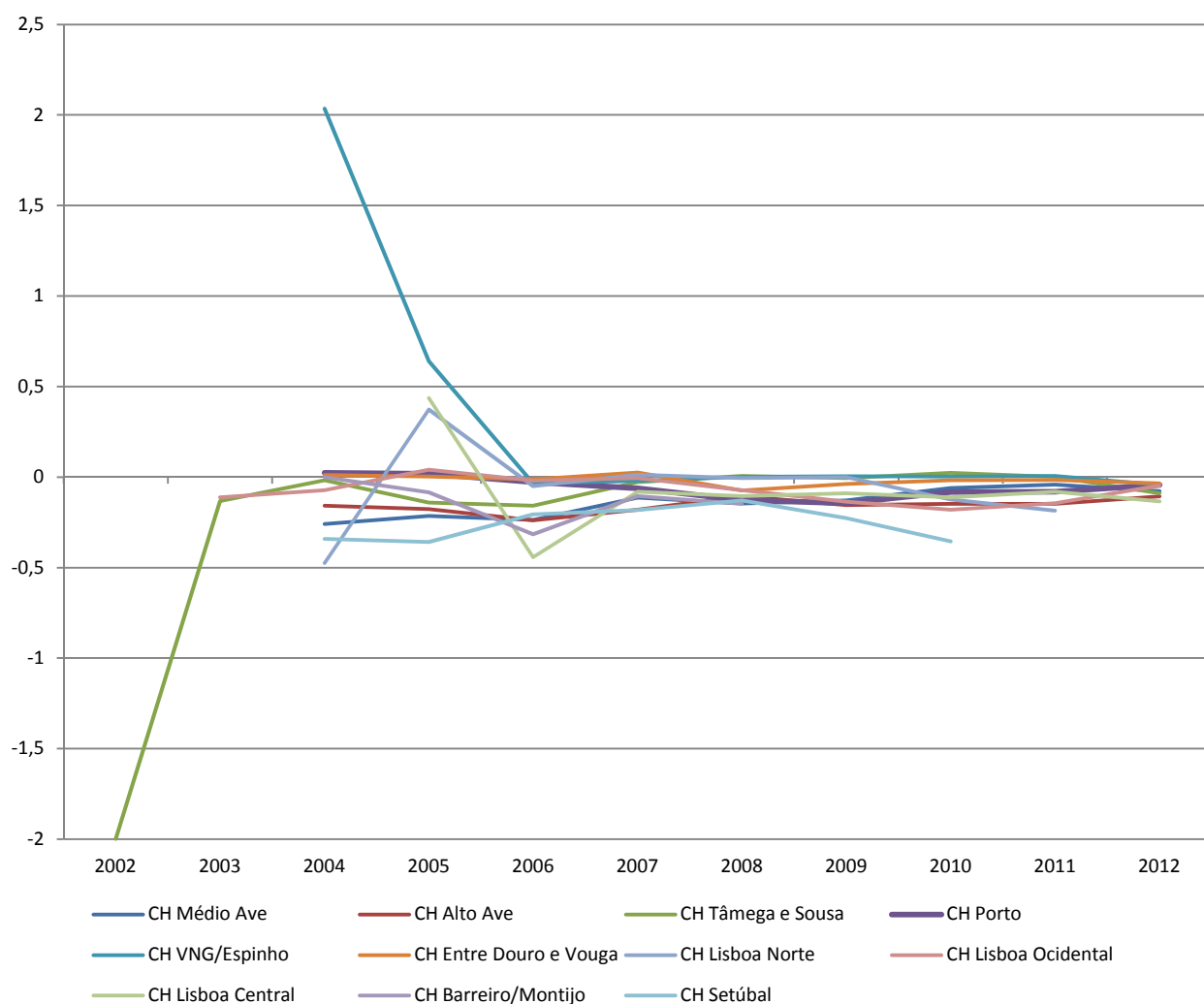


Tabela A 39 - Evolução do custo médio unitário total por doente tratado (€) (2002-2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Médio Ave</b>	139,06	168,47	184,40	206,53	228,43		216,16	
<b>Alto Ave</b>	198,01	214,86	217,85	239,42	250,45	249,74	218,57	241,19
<b>Tâmega e Sousa</b>	362,05	294,19	301,50	392,86	322,72	223,82	216,82	220,71
<b>Porto</b>	366,93	426,92	438,38	467,15	439,28	428,61	447,13	460,12
<b>Vila Nova Gaia/Espinho</b>		285,58	293,67	287,04	349,18	387,54	399,05	338,63
<b>Entre Douro e Vouga</b>								298,38
<b>Lisboa Norte</b>	403,80					425,76	331,40	332,94
<b>Lisboa Ocidental</b>								
<b>Lisboa Central</b>				418,72	448,39	397,96	404,06	
<b>Barreiro Montijo</b>	228,98	239,86	243,13	295,35	301,61	322,22	272,76	
<b>Setúbal</b>		280,66	300,07	317,28	236,13	292,29	275,16	319,10

Figura A 27 – Evolução do custo médio unitário total por doente tratado (2002-2009)

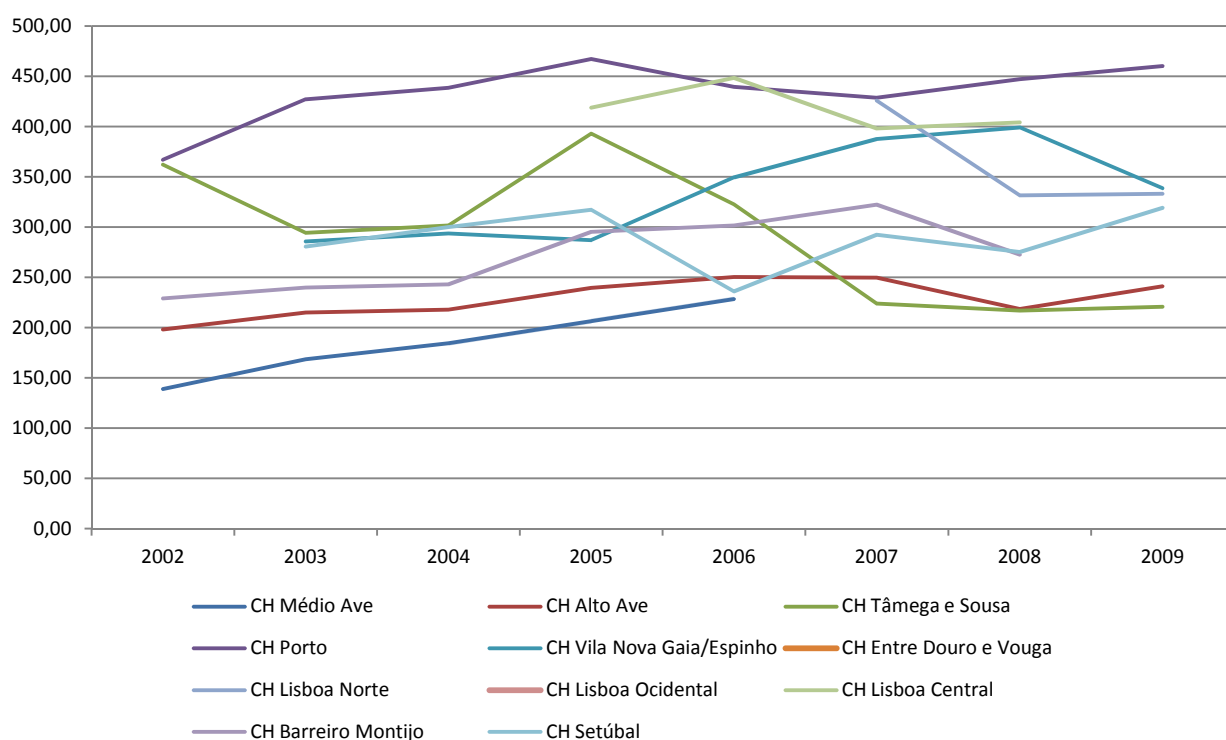


Tabela A 40 - Evolução do custo médio unitário total por dia de internamento (€) (2002-2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Médio Ave</b>	1.468,81	1.805,66	1.968,47	2.002,35	2.238,55		2.157,67	
<b>Alto Ave</b>	1.721,34	1.969,38	1.843,71	1.940,95	1.878,90	1.873,02	1.545,19	1.676,00
<b>Tâmega e Sousa</b>	1.718,15	1.717,25	1.861,49	2.214,34	1.946,09	1.860,26	1.854,17	1.949,00
<b>Porto</b>	2.509,84	2.894,37	3.027,03	3.004,92	2.688,66	3.983,98	4.093,06	4.014,71
<b>Vila Nova Gaia/Espinho</b>		2.663,77	3.019,17	3.012,46	3.831,20	3.984,19	3.873,63	3.045,61
<b>Entre Douro e Vouga</b>								2.036,51
<b>Lisboa Norte</b>	3.683,98					3.583,60	2.292,41	2.397,09
<b>Lisboa Ocidental</b>								
<b>Lisboa Central</b>				3.621,74	1.973,81	3.668,85	3.577,41	
<b>Barreiro Montijo</b>	2.820,12	2.597,57	2.427,51	2.911,54	2.833,41	2.998,85	1.673,82	
<b>Setúbal</b>		3.226,13	3.689,21	3.447,44	3.486,87	1.234,66	1.162,17	1.373,88

Figura A 28 - Evolução do custo médio unitário total por dia de internamento (2002-2009)

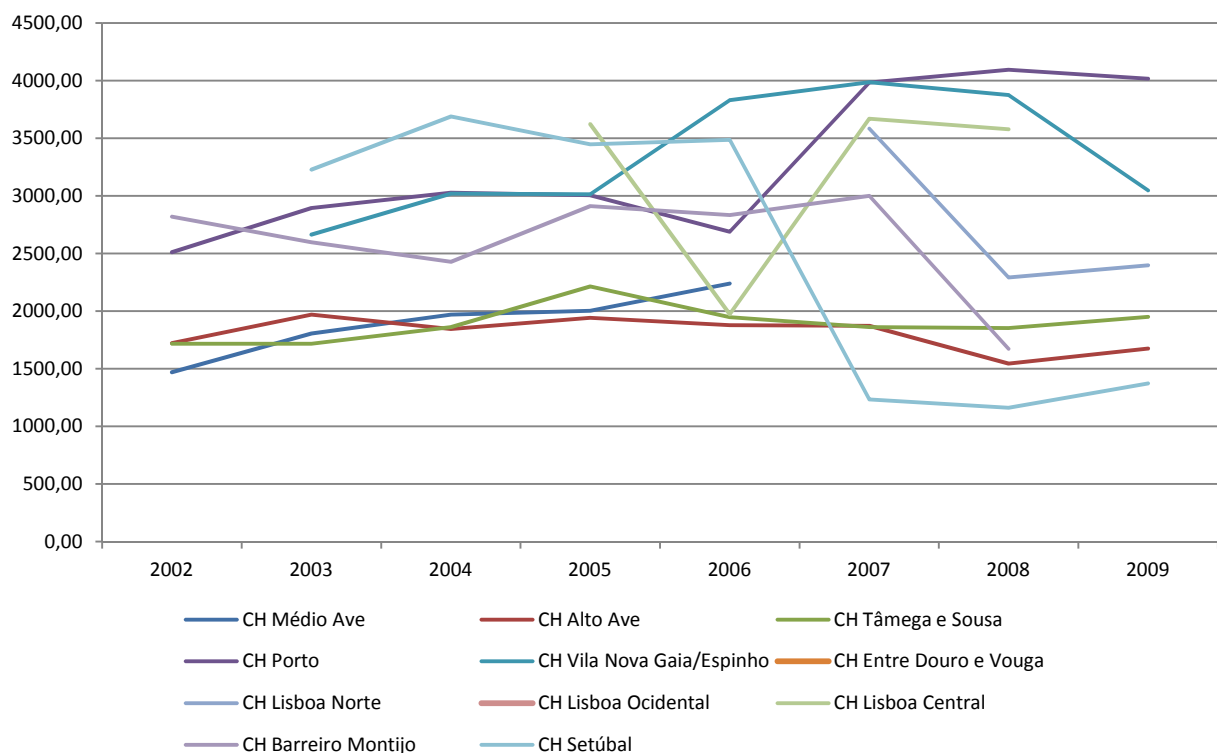
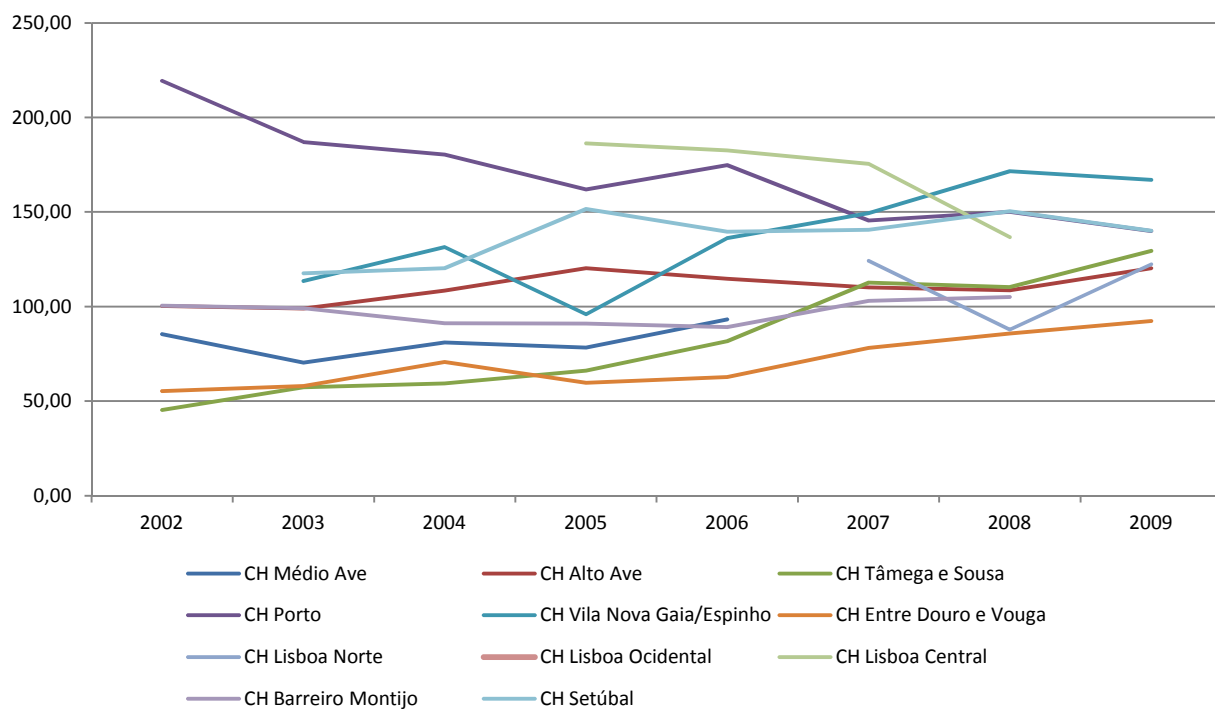




Tabela A 42 – Evolução do custo médio unitário total por urgência (€) (2002-2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Médio Ave</b>	85,43	70,36	81,03	78,24	93,20		110,38	
<b>Alto Ave</b>	100,35	99,03	108,41	120,35	114,67	110,10	108,66	120,37
<b>Tâmega e Sousa</b>	45,24	57,26	59,38	66,13	81,74	112,65	110,23	129,43
<b>Porto</b>	219,34	186,96	180,40	161,88	174,87	145,49	150,07	139,90
<b>Vila Nova Gaia/Espinho</b>		113,52	131,50	95,91	136,19	149,33	171,52	166,97
<b>Entre Douro e Vouga</b>	55,26	58,07	70,71	59,64	62,81	78,16	85,77	92,40
<b>Lisboa Norte</b>	133,01					124,25	87,74	122,30
<b>Lisboa Ocidental</b>								
<b>Lisboa Central</b>				186,35	182,51	175,48	136,65	
<b>Barreiro Montijo</b>	100,43	99,19	91,10	91,00	89,14	103,05	105,11	
<b>Setúbal</b>		117,59	120,22	151,62	139,63	140,58	150,46	140,03

Figura A 30 - Evolução do custo médio unitário total por urgência (2002-2009)



## **ANEXO 2 – RÁCIOS ECONÓMICO FINANCEIROS**

Tabela A 43- Liquidez Geral (unidades: €)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	15759334 4741807	14822471 9930851			10790936 12029943						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				2063383 3585882	2503279 8206528						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>					13294215 20236471	49209590 58683409	16104257 33727034	21708470 39404052	25018373 44556266	20974637 41707673	12959408 35762173
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães				36673069 27314855	36484263 29735705						
Hospital de S. José de Fafe				1745005 1015482	2057710 4311455						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				38418074 28330337	38541973 34047160	38345662 36870395	38100248 35294447	37889046 42206921	36556934 49639887	37398561 60632194	32031550 59527689
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	11827937 6942335	8069177 5034181	13121045 9514284	6338668 4373548	5605800 6579865						
Hospital Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	23729444 12915822	24473030 13359213	31905534 19918765	24009272 9974083	23985696 11960747						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	35557381 19858157	32542207 18393394	45026579 29433049	30347940 14347631	29591496 18540612	42377581 18928243	54776035 17216952	109271436 66009885	88817626 38322208	70084179 33610452	72834743 45775149
Hospital Maria Pia				2348412 2196429	2463986 7739255						
Hospital Geral de Santo António, EPE		89190895 52377623	95453396 58591130	100904676 64104884	108896398 70761901						
Maternidade Júlio Diniz				1667337 2678755	1234522 4986641						
<b>CH Porto, EPE</b>				104920425 68980068	112594906 83487797	103082452 75315274	108421000 84513032	80031110 70067029	98396772 110863624	93158377 133065885	72351643 120645316
CH de Vila Nova de Gaia				36637113 25740225	24623514 33949747						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda – Espinho				800597 214193	1293075 1241658						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				37437710 25954418	25916589 35191405	65961909 64061375	86498295 81601282	185624463 176251533	90565504 85955080	109723640 101422109	123008583 113369687
Hospital de S. Miguel – Oliveira de Azeméis				1984450 667314	1801496 1996899	1589451 1765749	1492590 2710724				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira				52805702 11267642	55182449 9763146	61761536 11274046	64453880 10137041				

Hospital Distrital de São João da Madeira				1429629	1642335	1205353	1348449						
				996107	2814374	2286954	3167049						
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				56219781	58626280	64556340	67294919	82736840	87168131	86941497	80157513		
				12931063	14574419	15326749	16014814	32018465	34171655	31572114	24105097		
Hospital Pulido Valente				44877352	32334841	24884499	26615510						
				39298681	40096585	41269644	43877877						
Hospital de Santa Maria				107016725	125293673	309290230	271572116						
				173151490	41022748	101307120	80971511						
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>				151894077	157628514	334174729	298187626	321660491	337275288	282467127	306283768		
				212450171	81119333	142576764	124849388	232062279	280665853	291319273	422048187		
Hospital Egas Moniz, SA	67436913	74911314	74469447										
	44836791	55645934	59021872										
Hospital de São Francisco Xavier, SA	36552534	48083587	77531386										
	30115613	46989360	76032379										
Hospital de Santa Cruz, SA	53760824	97665432	70880972										
	17860171	61245267	30976019										
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>	157750271	220660333	222881805	198908033	188170969	186009955	147444034	137940806	147366133	152485069	90212472		
	92812575	163880561	166030270	128257196	123943601	126377206	103494240	133319976	165691812	185552133	123913409		
CH de Lisboa – Zona Central				49217272	42345943								
				73605058	101681174								
Hospital D. Estefânia				15912358	18294200								
				13805631	25002069								
Hospital de Santa Marta, EPE	13684612	24675003	52594342	74988256	63412057								
	16294766	30433728	35423134	41291504	41458065								
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				140117886	124052200	173340056	148043267	154571855	95395808	96818608	109094118		
				128702193	168141308	192468799	206803664	254135293	254944167	290118330	295671226		
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro	42134447	48512098	48261638	44550596	29934912	24728326	29931311						
	17579503	24524468	33046770	33046770	32117735	33026418	45799909						
Hospital do Montijo				2653696	2184805	2343329	2503616						
				1112611	2719900	4039065	5756670						
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				47204292	32119717	27071655	32434927	44342612	95319414				
				34159381	34837635	37065483	51556579	65368714	135869849				
Hospital Ortopédico Santiago do Outão				6032616									
				3385326									
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal													
<b>CH Setúbal, EPE</b>						50246974	69098235	46304161	37338926				
						107204124	138198017	138759378	158965096				

Fonte: Construção própria a partir dos relatórios e contas das instituições com moldura jurídica de EPE e SA, e dos relatórios e contas da ACSS, para as instituições SPA

Tabela A 44 - Liquidez Geral

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	3,3234870	1,4925681			0,8970064						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				0,575418544	0,305035089						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>					<b>0,656943347</b>	0,838560521	0,477488089	0,550919738	0,561500665	0,502896362	0,362377532
Hosp. Senhora da Oliveira, EPE - Guimarães				1,3426053	1,2269513						
Hospital de S. José de Fafe				1,71840072	0,477265795						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				<b>1,356075432</b>	<b>1,132017267</b>	1,040012237	1,079496953	0,897697465	0,736442732	0,616810287	0,53809497
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	1,703740	1,602877807	1,379089062	1,449319408	0,851962768						
Hosp. Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	1,837238389	1,831921536	1,601782741	2,407165852	2,005367725						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	<b>1,790568027</b>	<b>1,7692334</b>	<b>1,529796624</b>	<b>2,115188215</b>	<b>1,596036636</b>	2,238854446	3,181517553	1,655379887	2,317654192	2,0851900	1,591141582
Hospital Maria Pia				1,069195499	0,318375089						
Hospital Geral de Santo António, EPE		1,702843502	1,629144138	1,57405598	1,53891284						
Maternidade Júlio Diniz				0,622429823	0,247565846						
<b>CH Porto, EPE</b>				<b>1,521025247</b>	<b>1,348639083</b>	1,36867924	1,282890904	1,142207842	0,887547858	0,700092116	0,599705363
CH de Vila Nova de Gaia				1,423340822	0,725293004						
Hosp. de Nossa Senhora da Ajuda - Espinho				3,737736527	1,041409953						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				<b>1,442440744</b>	<b>0,736446556</b>	1,029667393	1,060011471	1,053179282	1,053637598	1,081851295	1,08502181
Hospital de S. Miguel - Oliveira de Azeméis				2,973787452	0,902146779	0,900156817	0,550624114				
Hosp. S. Sebastião, EPE – Stª Maria da Feira				4,686490927	5,652117565	5,478205074	6,358253853				
Hospital Distrital de São João da Madeira				1,435216297	0,583552506	0,527056075	0,425774593				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				<b>4,347653476</b>	<b>4,022546628</b>	<b>4,212004777</b>	<b>4,202041872</b>	2,584035181	2,550889941	2,753743288	3,325334596
Hospital Pulido Valente			1,14195568	0,806423814	0,602973435	0,606581535					
Hospital de Santa Maria			0,618052579	3,054248657	3,052995979	3,353921801					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			<b>0,7149633</b>	<b>1,9431683</b>	<b>2,3438232</b>	<b>2,3883788</b>	1,3860955	1,2016969	0,9696136	0,7257081	
Hospital Egas Moniz, SA	1,504053067	1,346213616	1,26172628								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	1,213740328	1,023286697	1,019715377								
Hospital de Santa Cruz, SA	3,010095704	1,59466089	2,288253116								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>	<b>1,699664846</b>	<b>1,346470452</b>	<b>1,342416687</b>	<b>1,550852811</b>	<b>1,518198338</b>	1,47186317	1,424659324	1,034659697	0,889399007	0,821790979	0,728028328
CH de Lisboa – Zona Central				0,668666982	0,416458046						
Hospital D. Estefânia				1,15259911	0,731707444						
Hospital de Santa Marta, EPE	0,839816417	0,810778193	1,48474559	1,816069863	1,529546953						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				<b>1,088698512</b>	<b>0,737785387</b>	0,900613798	0,715863849	0,608226639	0,374183136	0,333721099	0,368971034
Hosp. Nossa Srª do Rosário, EPE - Barreiro	2,396793982	1,978110106	1,460404088	1,348107425	0,932036833	0,748743809	0,653523373				
Hospital do Montijo				2,385106744	0,803266664	0,580166202	0,434906986				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				<b>1,381883706</b>	<b>0,92198328</b>	<b>0,730373728</b>	<b>0,629113251</b>	0,678346097	0,701549422		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão											
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal											
<b>CH Setúbal, EPE</b>						0,468703741	0,499994403	0,333701128	0,234887576		

Tabela A 45 - Autonomia Financeira (unidades: €)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	14382134 20746946	15026371 27264990	9762197 27101322	<b>7017039</b> <b>17868086</b>	<b>4327471</b> <b>16357415</b>						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				<b>-1046157</b> <b>2539726</b>	<b>-4647628</b> <b>3558900</b>						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				<b>5970882</b> <b>20407812</b>	<b>-320157</b> <b>19916315</b>	<b>-24490</b> <b>58658918</b>	<b>-3911445</b> <b>29815588</b>	<b>-2803791</b> <b>36600262</b>	<b>-4344028</b> <b>40212238</b>	<b>-6796165</b> <b>34911507</b>	<b>-10159817</b> <b>25774744</b>
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães	35668135 93914120	31710878 97703191	26789211 52120815	<b>32396407</b> <b>59711262</b>	<b>27361651</b> <b>57097356</b>						
Hospital de S. José de Fafe				<b>1656252</b> <b>2671734</b>	<b>-895890</b> <b>3415565</b>						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				<b>34052659</b> <b>62382996</b>	<b>26465761</b> <b>60512921</b>	<b>26676870</b> <b>63547265</b>	<b>24046902</b> <b>59341349</b>	<b>15272984</b> <b>57479905</b>	<b>5148174</b> <b>54788062</b>	<b>-7694633</b> <b>52937561</b>	<b>-14247409</b> <b>45280280</b>
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	<b>7092556</b> <b>14034891</b>	<b>6676479</b> <b>11710661</b>	<b>6299386</b> <b>15899337</b>	<b>4509349</b> <b>8882897</b>	<b>1342061</b> <b>7951586</b>						
Hospital Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	<b>11545757</b> <b>24461579</b>	<b>36065920</b> <b>49425133</b>	<b>32519090</b> <b>52517801</b>	<b>28927781</b> <b>39016828</b>	<b>23514785</b> <b>35523750</b>						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	<b>18638313</b> <b>38496470</b>	<b>42742399</b> <b>61135794</b>	<b>38818476</b> <b>68417138</b>	<b>33437130</b> <b>47899725</b>	<b>24856846</b> <b>43475336</b>	<b>33538156</b> <b>52527947</b>	<b>46607964</b> <b>63837786</b>	<b>54013298</b> <b>120954162</b>	<b>68880011</b> <b>108576555</b>	<b>69804204</b> <b>104357879</b>	<b>63928702</b> <b>113458563</b>
Hospital Maria Pia				<b>1570967</b> <b>3767397</b>	<b>-3960351</b> <b>3778906</b>						
Hospital Geral de Santo António, EPE		54481114 107520622	55232642 114664304	<b>57057606</b> <b>121938160</b>	<b>59432545</b> <b>130910102</b>						
Maternidade Júlio Diniz				<b>3089924</b> <b>5768679</b>	<b>-308956</b> <b>4677684</b>						
<b>CH Porto, EPE</b>				<b>61718497</b> <b>131474236</b>	<b>55163238</b> <b>139366692</b>	<b>56035090</b> <b>131350364</b>	<b>57797612</b> <b>142310643</b>	<b>53427281</b> <b>125150397</b>	<b>38555344</b> <b>150660245</b>	<b>17062999</b> <b>152402621</b>	<b>11810782</b> <b>134680009</b>
CH de Vila Nova de Gaia				<b>34988567</b> <b>60728792</b>	<b>16391052</b> <b>50340799</b>						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda – Espinho				<b>3960622</b> <b>4174815</b>	<b>3463927</b> <b>4705586</b>						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				<b>38949189</b> <b>64903607</b>	<b>19854979</b> <b>55046385</b>	<b>38132391</b> <b>102193766</b>	<b>49380467</b> <b>130981749</b>	<b>62305779</b> <b>238557313</b>	<b>64920342</b> <b>150995422</b>	<b>65371815</b> <b>167153924</b>	<b>72915167</b> <b>186644885</b>
Hospital de S. Miguel – Oliveira de Azeméis				<b>3302567</b> <b>3969881</b>	<b>2093554</b> <b>4090453</b>	<b>2195148</b> <b>3960897</b>	<b>1083038</b> <b>3793762</b>				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira		64973068 79771718	67357068 80605370	<b>69926917</b> <b>81194559</b>	<b>72296907</b> <b>82428725</b>	<b>74786205</b> <b>86571413</b>	<b>77455852</b> <b>88104056</b>				

Hospital Distrital de São João da Madeira				2992527	990777	878186	-6096				
				3988634	3805151	3165140	3160953				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				76222011	75381238	77859539	78532794	76704095	77188664	77292947	75031519
				89153074	90324329	93697450	95058771	109091233	111728991	109233733	99507947
Hospital Pulido Valente	19533555	15971308	4167898	-4762015	16303715						
	51397312	56101625	44814122	37252762	60618472						
Hospital de Santa Maria		28337065	28246989	184808575	191690176						
		201488556	225117884	428497622	399418669						
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>		44308373	32414887	180046560	207993891	211264271	204881696	202461268	100960850		
		257590181	269932006	465750384	460037141	500142484	535311052	495531516	524821551		
Hospital Egas Moniz, SA	45019187	40770814	35982771								
	90004376	96502902	95090797								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	14077160	8956650	49723013								
	48348312	58654774	128268099								
Hospital de Santa Cruz, SA	48967768	46439033	48967952								
	66827939	107684301	81229973								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>	108064115	96166497	134673736	149556986	140912107	136284775	121552873	91645666	49690375	40313794	30637281
	205180627	262841977	304588869	280794911	266745904	266243603	228233343	228766065	219559118	230220406	159737519
CH de Lisboa – Zona Central				14262974	-30405426						
				98512068	80628247						
Hospital D. Estefânia				13304786	3993900						
				27110417	28995968						
Hospital de Santa Marta, EPE	41782687	23832666	24665956	29036551	26732420						
	64073826	62062750	68439164	82726344	70941566						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				56604311	320894	20644300	-2879068	-18638056	-55632879	-90334829	-108756982
				208348829	180565781	246670333	246986681	269681628	228344016	218688360	230736854
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro	32534354	27284808	25245817	25750995	11570585	6401061	-785368				
	50314983	57855802	58292587	58466327	43688320	39427479	45014541				
Hospital do Montijo				4937301	2792145	1766146	52579				
				6049912	5512045	5805211	5809249				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				30688296	14362730	8167207	-732789	-2419332	-19627304		
				64516239	49200365	45232690	50823790	62949381	116242545		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão											
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal	54155129	38348965	21352600								
	87999409	101589933	93054660								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				15620611	-1037545	-21258221	-32295333	-44095683	-82808658		
				100982543	96457192	87504329	107299056	86117979	77471435		

Fonte: Construção própria a partir dos relatórios e contas das instituições com moldura jurídica de EPE e SA, e dos relatórios e contas da ACSS, para as instituições SPA

Tabela A 46 - Autonomia Financeira

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	0,6932	0,5511	0,3602	0,3927	0,2646						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				-0,4119	-1,3059						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				0,2926	-0,0161	-0,0004	-0,1312	-0,0766	-0,1080	-0,1947	-0,3942
Hosp. Senhora da Oliveira, EPE - Guimarães	0,3798	0,3246	0,5140	0,5426	0,4792						
Hospital de S. José de Fafe				0,6199	-0,2623						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				0,5459	0,4374	0,4198	0,4052	0,2657	0,0940	-0,1454	-0,3146
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	0,5054	0,5701	0,3962	0,5076	0,1688						
Hosp. Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	0,4720	0,7297	0,6192	0,7414	0,6619						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	1,0707	0,7813	0,6399	0,6847	0,2550	0,6385	0,7301	0,4466	0,6344	0,6689	0,5635
Hospital Maria Pia				0,4170	-1,0480						
<b>Hospital Geral de Santo António, EPE</b>	0,51	0,5067	0,4817	0,4679	0,4540						
Maternidade Júlio Diniz				0,5356	-0,0660						
<b>CH Porto, EPE</b>				0,4694	0,3958	0,4266	0,4061	0,4269	0,2559	0,1120	0,0877
CH de Vila Nova de Gaia				0,5761	0,3256						
Hosp. de Nossa Senhora da Ajuda - Espinho				0,9487	0,7361						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				0,6001	0,3607	0,3731	0,3770	0,2612	0,4299	0,3911	0,3907
Hospital de S. Miguel - Oliveira de Azeméis				0,8319	0,5118	0,5542	0,2855				
<b>Hosp. S. Sebastião, EPE – Stª Maria da Feira</b>		0,8145	0,8356	0,8612	0,8771	0,8639	0,8791				
Hospital Distrital de São João da Madeira				0,7503	0,2604	0,2775	-0,0019				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				0,8550	0,8346	0,8310	0,8261	0,7031	0,6909	0,7076	0,7540
Hospital Pulido Valente		0,3801	0,2847	0,0930	-0,1278	0,2690					
Hospital de Santa Maria			0,1406	0,1255	0,4313	0,4799					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			0,1720	0,1201	0,3866	0,4521	0,4224	0,3827	0,4086	0,1924	
Hospital Egas Moniz, SA	0,5002	0,4225	0,3784								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	0,2912	0,1527	0,3876								
Hospital de Santa Cruz, SA	0,7327	0,4313	0,6028								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>	0,5267	0,3659	0,4421	0,5326	0,5283	0,5119	0,5326	0,4006	0,2263	0,1751	0,1918
CH de Lisboa – Zona Central				0,1448	-0,3771						
Hospital D. Estefânia				0,4908	0,1377						
<b>Hospital de Santa Marta, EPE</b>	0,6521	0,3840	0,3604	0,3510	0,3768	0,0837	-0,0117	-0,0691	-0,2436	-0,4131	-0,4713
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				0,2717	0,0018						
Hosp. Nossa Srª do Rosário, EPE - Barreiro	0,6466	0,4716	0,4331	0,4404	0,2648	0,1624	-0,0174				
Hospital do Montijo				0,8161	0,5066	0,3042	0,0091				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				0,4757	0,2919	0,1806	-0,0144	-0,0384	-0,1688		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão											
<b>Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal</b>	0,6154	0,3775	0,2295								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				0,1547	-0,0108	-0,2429	-0,3010	-0,5120	-1,0689		

Tabela A 47 – Solvabilidade (unidades: €)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	14382134 6364812	15026371 12238619	9762197 17339125	<b>7017039</b> <b>10851046</b>	<b>4327471</b> <b>12029944</b>						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				<b>-1046157</b> <b>3585882</b>	<b>-4647628</b> <b>8206528</b>						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				5970882 14436928	-320157 20236472	-24490 58683409	-3911445 33727033	-2803791 39404053	-4344028 44556266	-6796165 41707672	-10159817 35934561
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães	35668135 58245985	31710878 65992313	26789211 25331604	<b>32396407</b> <b>27314855</b>	<b>27361651</b> <b>29735705</b>						
Hospital de S. José de Fafe				<b>1656252</b> <b>1015482</b>	<b>-895890</b> <b>4311455</b>						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				34052659 28330337	26465761 34047160	26676870 36870395	24046902 35294447	15272984 42206921	5148174 49639888	-7694633 60632194	-14247409 59527689
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	<b>7092556</b> <b>6942335</b>	<b>6676479</b> <b>5034182</b>	<b>6299386</b> <b>9599951</b>	<b>4509349</b> <b>4373548</b>	<b>1342061</b> <b>6609525</b>						
Hospital Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	<b>11545757</b> <b>12915822</b>	<b>36065920</b> <b>13359213</b>	<b>32519090</b> <b>19998711</b>	<b>28927781</b> <b>10089047</b>	<b>23514785</b> <b>12008965</b>						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	18638313 19858157	42742399 18393395	38818476 29598662	33437130 14462595	24856846 18618490	33538156 18989791	46607964 17229822	54013298 66940864	68880011 39696544	69804204 34553675	63928702 49529861
Hospital Maria Pia				<b>1570967</b> <b>2196429</b>	<b>-3960350</b> <b>7739255</b>						
Hospital Geral de Santo António, EPE		54481114 53039508	55232642 59431662	<b>57057606</b> <b>64880554</b>	<b>59432545</b> <b>71477557</b>						
Maternidade Júlio Diniz				<b>3089924</b> <b>2678755</b>	<b>-308957</b> <b>4986641</b>						
<b>CH Porto, EPE</b>				61718497 69755738	55163238 84203453	56035090 75315274	57797612 84513032	53427281 71723116	38555344 112104901	17062999 135339622	11810782 122869227
CH de Vila Nova de Gaia				<b>34988567</b> <b>25740225</b>	<b>16391052</b> <b>33949747</b>						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda – Espinho				<b>3960622</b> <b>214193</b>	<b>3463927</b> <b>1241658</b>						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				38949189 25954418	19854979 35191405	38132391 64061375	49380467 81601282	62305779 176251534	64920342 86075080	65371815 101782109	72915167 113729718
Hospital de S. Miguel – Oliveira de Azeméis				<b>3302567</b> <b>667314</b>	<b>2093554</b> <b>1996899</b>	<b>2195148</b> <b>1765749</b>	<b>1083038</b> <b>2710724</b>				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira		64973068 14798650	67357068 13248301	<b>69926917</b> <b>11267642</b>	<b>72296907</b> <b>10131818</b>	<b>74786205</b> <b>11785208</b>	<b>77455852</b> <b>10648204</b>				

Hospital Distrital de São João da Madeira				2992527	990777	878186	-6096				
				996107	2814374	2286954	3167049				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				76222011	75381238	77859539	78532794	76704095	77188664	77292947	75031519
				12931063	14943091	15837911	16525977	32387138	34540327	31940786	24476428
Hospital Pulido Valente	19533555	15971308	4167898	-4762015	16303715						
	31863757	40130317	40646224	42014777	44314757						
Hospital de Santa Maria		28337065	28246989	184808575	191690176						
		173151491	196870895	243689047	207728493						
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>		44308373	32414887	180046560	207993891	211264271	204881696	202461268	100960850		
		213281808	237517119	285703824	252043250	288878213	330429356	293070247	423860701		
Hospital Egas Moniz, SA	45019187	40770814	35982771								
	44985189	55732088	59108026								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	14077160	8956650	49723013								
	34271152	49698124	78545086								
Hospital de Santa Cruz, SA	48967768	46439033	48967952								
	17860171	61245259	32262020								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>	108064115	96166497	134673736	149556986	140912107	136284775	121552873	91645666	49690375	40313794	30637281
	97116512	166675471	169915132	131237925	125833797	129958828	106680470	137120399	169868743	189906612	129100238
CH de Lisboa – Zona Central				14262974	-30405426						
				84249093	111033673						
Hospital D. Estefânia				13304786	3993900						
				13805631	25002068						
Hospital de Santa Marta, EPE	41782687	23832666	24665956	29036551	26732420						
	22291139	38230084	43773208	53689793	44209146						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				56604311	320894	20644300	-2879068	-18638056	-55632879	-90334829	-108756982
				151744517	180244887	226026033	249865749	288319684	283976895	309023189	339493836
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro	32534354	27284808	25245817	25750995	11570585	6401061	-785368				
	17960629	30570993	33046770	32715331	32117735	33026418	45799909				
Hospital do Montijo				4937301	2792145	1766146	52579				
				1112611	2719900	4039065	5756670				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				30688296	14362730	8167207	-732789	-2419332	-19627304		
				33827942	34837635	37065483	51556579	65368713	135869849		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão											
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal	54155129	38348965	21352600								
	33844280	63240968	71702060								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				15620611	-1037545	-21258221	-32295333	-44095683	-82808658		
				85361932	97494737	108762550	139594389	130213662	160280093		

Fonte: Construção própria a partir dos relatórios e contas das instituições com moldura jurídica de EPE e SA, e dos relatórios e contas da ACSS, para as instituições SPA

Tabela A 48 - Solvabilidade

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	2,2596	1,2278	0,5630	0,6467	0,3597						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				-0,2917	-0,5663						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				<b>0,4136</b>	<b>-0,0158</b>	-0,0004	-0,1160	-0,0712	-0,0975	-0,1629	-0,2827
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE - Guimarães	0,6124	0,4805	1,0575	1,1860	0,9202						
Hospital de S. José de Fafe				1,6310	-0,2078						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				<b>1,2020</b>	<b>0,7773</b>	0,7235	0,6813	0,3619	0,1037	-0,1269	-0,2393
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	1,0216	1,3262	0,6562	1,0311	0,2030						
Hospital Padre Américo, EPE - Vale do Sousa	0,8939	2,6997	1,6261	2,8672	1,9581						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	<b>0,9386</b>	<b>2,3238</b>	<b>1,3115</b>	<b>2,3120</b>	<b>1,3351</b>	1,7661	2,7051	0,8069	1,7352	2,0202	1,2907
Hospital Maria Pia				0,7152	-0,5117						
Hospital Geral de Santo António, EPE	1,0200	1,0272	0,9293	0,8794	0,8315						
Maternidade Júlio Diniz				1,1535	-0,0620						
<b>CH Porto, EPE</b>				<b>0,8848</b>	<b>0,6551</b>	0,7440	0,6839	0,7449	0,3439	0,1261	0,0961
CH de Vila Nova de Gaia				1,3593	0,4828						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda - Espinho				18,4909	2,7898						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				<b>1,5007</b>	<b>0,5642</b>	0,5952	0,6051	0,3535	0,7542	0,6423	0,6411
Hospital de S. Miguel - Oliveira de Azeméis				4,9490	1,0484	1,2432	0,3995				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira		4,3905	5,0842	6,2060	7,1356	6,3458	7,2741				
Hospital Distrital de São João da Madeira				3,0042	0,3520	0,3840	-0,0019				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				<b>5,8945</b>	<b>5,0446</b>	<b>4,9160</b>	<b>4,7521</b>	2,3684	2,2347	2,4199	3,0655
Hospital Pulido Valente		0,6130	0,3980	0,1025	-0,1133	0,3679					
Hospital de Santa Maria			0,1637	0,1435	0,7584	0,9228					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			<b>0,2077</b>	<b>0,1365</b>	<b>0,6302</b>	<b>0,8252</b>	0,7313	0,6200	0,6908	0,2382	
Hospital Egas Moniz, SA	1,0008	0,7316	0,6088								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	0,4108	0,1802	0,6331								
Hospital de Santa Cruz, SA	2,7417	0,7582	1,5178								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>	<b>1,1127</b>	<b>0,5770</b>	<b>0,7926</b>	1,1396	1,1198	1,0487	1,1394	0,6684	0,2925	0,2123	0,2373
CH de Lisboa - Zona Central				0,1693	-0,2738						
Hospital D. Estefânia				0,9637	0,1597						
Hospital de Santa Marta, EPE	1,8744	0,6234	0,5635	0,5408	0,6047						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				<b>0,3730</b>	<b>0,0018</b>	0,0913	-0,0115	-0,0646	-0,1959	-0,2923	-0,3204
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE - Barreiro	1,8114	0,8925	0,7639	0,7871	0,3603	0,1938	-0,0171				
Hospital do Montijo				4,4376	1,0266	0,4373	0,0091				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				<b>0,9072</b>	<b>0,4123</b>	<b>0,2203</b>	<b>-0,0142</b>	-0,0370	-0,1445		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão											
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal	1,6001	0,6064	0,2978								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				0,1830	-0,0106	-0,1955	-0,2314	-0,3386	-0,5166		

Tabela A 49 - Rendibilidade dos Capitais Próprios (unidades: €)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	-1041800 14382134	93563 15026371	-5328209 9762197	<b>-2785241</b> <b>7017039</b>	<b>-2693983</b> <b>4327471</b>						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso			-913351	<b>2382136</b> <b>-1046157</b>	<b>-2429352</b> <b>-4647628</b>						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				<b>-403105</b> <b>5970882</b>	<b>-5123335</b> <b>-320157</b>	-2980941 -24490	-5762391 -3911445	-5469582 -2803791	-1540236 -4344028	-2452237 -6796165	-3363652 -10159817
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães	-285877 35668135	-4358380 31710878	-5294968 26789211	<b>-959417</b> <b>32396407</b>	<b>-5180676</b> <b>27361651</b>						
Hospital de S. José de Fafe			827442	<b>907808</b> <b>1656252</b>	<b>-1836994</b> <b>-895890</b>						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				<b>-51609</b> <b>34052659</b>	<b>-7017670</b> <b>26465761</b>	-10090888 26676870	-4362948 24046902	-11726876 15272984	-10469211 5148174	-10869377 -7694633	-6687002 -14247409
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	<b>-283949</b> <b>7092556</b>	<b>183453</b> <b>6676479</b>	<b>-148654</b> <b>6299386</b>	<b>-1641481</b> <b>4509349</b>	<b>-3104059</b> <b>1342061</b>						
Hospital Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	<b>-6310096</b> <b>11545757</b>	<b>-6232184</b> <b>36065920</b>	<b>-6836995</b> <b>32519090</b>	<b>-3609876</b> <b>28927781</b>	<b>-5439721</b> <b>23514785</b>						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	<b>-6594045</b> <b>18638313</b>	<b>-6048731</b> <b>42742399</b>	<b>-6985649</b> <b>38818476</b>	<b>-5251357</b> <b>33437130</b>	<b>-8543780</b> <b>24856846</b>	-148598 33538156	1927139 46607964	141588 54013298	1866172 68880011	853863 69804204	-5517512 63928702
Hospital Maria Pia			4277057	<b>1169054</b> <b>1570967</b>	<b>-3883180</b> <b>-3960350</b>						
Hospital Geral de Santo António, EPE		-15183033 54481114	48793 55232643	<b>1170459</b> <b>57057606</b>	<b>2128489</b> <b>59432545</b>						
Maternidade Júlio Diniz			318296	<b>964596</b> <b>3089924</b>	<b>-1393070</b> <b>-308957</b>						
<b>CH Porto, EPE</b>				<b>3304109</b> <b>61718497</b>	<b>-3147761</b> <b>55163238</b>	-6630997 56035090	-24723930 57797612	-33365052 53427281	-16637271 38555344	-13554090 17062999	-5293752 11810782
CH de Vila Nova de Gaia			38536015	<b>19365923</b> <b>34988567</b>	<b>-10156357</b> <b>16391052</b>						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda – Espinho			268788	<b>117714</b> <b>3960622</b>	<b>-273726</b> <b>3463927</b>						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				<b>19483637</b> <b>38949189</b>	<b>-10430083</b> <b>19854979</b>	-9674613 38132391	405497 49380467	595912 62305779	353418 64920342	348779 65371815	-3883020 72915167
Hospital de S. Miguel – Oliveira de Azeméis			105479	<b>1300662</b> <b>3302567</b>	<b>-371040</b> <b>2093554</b>	<b>100167</b> <b>2195148</b>	<b>-1116935</b> <b>1083038</b>				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira		1421561 64973068	2320515 67357068	<b>2566981</b> <b>69926917</b>	<b>2369989</b> <b>72296907</b>	<b>2486353</b> <b>74786205</b>	<b>2669646</b> <b>77455852</b>				

Hospital Distrital de São João da Madeira			-668141	814575	-1036109	-112930	-884902				
				2992527	990777	878186	-6096				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				4682218	962840	2473590	667809	-1585160	343001	103023	-1935028
				76222011	75381238	77859539	78532794	76704095	77188664	77292947	75031519
Hospital Pulido Valente		-9732591	-3562247	-11735268	-8934670	1495975					
		19533555	15971308	4167898	-4762015	16303715					
Hospital de Santa Maria			-29256687	73755251	4797272	6000030					
			28337065	28246989	184808575	191690176					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			-32818934	62019983	-4137398	7496005	1208844	717656	739405	-66673271	
			44308373	32414887	180046560	207993891	211264271	204881696	202461268	100960850	
Hospital Egas Moniz, SA		-7615369	-4807719								
	45019187	40770814	35982771								
Hospital de São Francisco Xavier, SA		-13729232	-8397644	-3010026							
	14077160	8956650	49723013								
Hospital de Santa Cruz, SA		-173200	70133	174110							
	48967768	46439033	48967952								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>		-15942880	-7643635	7013670	-8446689	913774	-15015051	-30186510	-42101678	-9502571	-9746812
		96166497	134673736	149556986	140912107	136284774	121552873	91645666	49690375	40313794	30637281
CH de Lisboa – Zona Central				-32279	-39246406						
				14262974	-30405426						
Hospital D. Estefânia			6667433	5306040	-4713455						
				13304786	3993900						
Hospital de Santa Marta, EPE		-563386	626988	438579	4093423	-2447533					
	41782687	23832666	24665956	29036551	26732420						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				9367184	-46407394	-17471284	-30214622	-33266966	-37075742	-26516563	-40861151
				56604311	320894	20644300	-2879068	-18638056	-55632879	-90334829	-108756982
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro		-3295	-6327730	504412	-1467031	-13931467	-5278605	-7277808			
	32534354	27284808	25245817	25750995	11570585	6401061	-785368				
Hospital do Montijo			1200603	1551460	-1401737	-1048501	-1715629				
				4937301	2792145	1766146	52579				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				84429	-15333204	-6327106	-8993437	-4448369	-20493103		
				30688296	14362730	8167207	-732789	-2419332	-19627304		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão			868765								
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal		135852	-7286767	-16996364							
	54155129	38348965	21352600								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				-27020902	-15751964	-15386857	-11214357	-22539762	-30526724		
				15620611	-1037545	-21258221	-32295333	-44095683	-82808658		

Fonte: Construção própria a partir dos relatórios e contas das instituições com moldura jurídica de EPE e SA, e dos relatórios e contas da ACSS, para as instituições SPA

Tabela A 50 – Rendibilidade dos Capitais Próprios

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	-0,0724	0,0062	-0,5458	-0,3969	-0,6225						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				-2,2770	0,5227						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				<b>-0,0675</b>	<b>16,0026</b>	121,7207	1,4732	1,9508	0,3546	0,3608	0,3311
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE - Guimarães	-0,0080	-0,1374	-0,1977	-0,0296	-0,1893						
Hospital de S. José de Fafe				0,5481	2,0505						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				<b>-0,0015</b>	<b>-0,2652</b>	-0,3783	-0,1814	-0,7678	-2,0336	1,4126	0,4693
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	-0,0400	0,0275	-0,0236	-0,3640	-2,3129						
Hospital Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	-0,5465	-0,1728	-0,2102	-0,1248	-0,2313						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	<b>-0,3538</b>	<b>-0,1415</b>	<b>-0,1800</b>	<b>-0,1571</b>	<b>-0,3437</b>	-0,0044	0,0413	0,0026	0,0271	0,0122	-0,0863
Hospital Maria Pia				0,7442	0,9805						
Hospital Geral de Santo António, EPE		-0,2787	0,0009	0,0205	0,0358						
Maternidade Júlio Diniz				0,3122	4,5089						
<b>CH Porto, EPE</b>				<b>0,0535</b>	<b>-0,0571</b>	-0,1183	-0,4278	-0,6245	-0,4315	-0,7944	-0,4482
CH de Vila Nova de Gaia				0,5535	-0,6196						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda - Espinho				0,0297	-0,0790						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				<b>0,5002</b>	<b>-0,5253</b>	-0,2537	0,0082	0,0096	0,0054	0,0053	-0,0533
Hospital de S. Miguel - Oliveira de Azeméis				0,3938	-0,1772	0,0456	-1,0313				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira		0,0219	0,0345	0,0367	0,0328	0,0332	0,0345				
Hospital Distrital de São João da Madeira				0,2722	-1,0458	-0,1286	145,1611				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				<b>0,0614</b>	<b>0,0128</b>	<b>0,0318</b>	<b>0,0085</b>	-0,0207	0,0044	0,0013	-0,0258
Hospital Pulido Valente		-0,4982	-0,2230	-2,8156	1,8762	0,0918					
Hospital de Santa Maria			-1,0325	2,6111	0,0260	0,0313					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			<b>-0,7407</b>	<b>1,9133</b>	<b>-0,0230</b>	<b>0,0360</b>	0,0057	0,0035	0,0037	-0,6604	
Hospital Egas Moniz, SA		-0,1868	-0,1336								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	-0,9753	-0,9376	-0,0605								
Hospital de Santa Cruz, SA	-0,0035	0,0015	0,0036								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>		<b>-0,1658</b>	<b>-0,0568</b>	0,0469	-0,0599	0,0067	-0,1235	-0,3294	-0,8473	-0,2357	-0,3181
CH de Lisboa – Zona Central				-0,0023	1,2908						
Hospital D. Estefânia				0,3988	-1,1802						
Hospital de Santa Marta, EPE	-0,0135	0,0263	0,0178	0,1410	-0,0916						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				<b>0,1655</b>	<b>-144,6191</b>	-0,8463	10,4946	1,7849	0,6664	0,2935	0,3757
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE - Barreiro	-0,0001	-0,2319	0,0200	-0,0570	-1,2040	-0,8246	9,2667				
Hospital do Montijo				0,3142	-0,5020	-0,5937	-32,6295				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				<b>0,0028</b>	<b>-1,0676</b>	<b>-0,7747</b>	<b>12,2729</b>	1,8387	1,0441		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão											
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal	0,0025	-0,1900	-0,7960								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				<b>-1,7298</b>	<b>15,1820</b>	<b>0,7238</b>	<b>0,3472</b>	<b>0,5112</b>	<b>0,3686</b>		

Tabela A 51 – Rendibilidade Operacional dos Ativos (unidades: €)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	-1898204 20746946	8923 27264990	-4866718 27101322	<b>-4046790</b> <b>17868086</b>	<b>-3226518</b> <b>16357415</b>						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso			-1221010	<b>-805969</b> <b>2539726</b>	<b>-2416891</b> <b>3558900</b>						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				<b>-4852759</b> <b>20407812</b>	<b>-5643409</b> <b>19916315</b>	-4195870 58658918	-6531676 29815588	-6519700 36600262	-3164064 40212238	-2032382 34911507	-3515249 25774744
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães	-453136 93914120	-5678100 97703191	-7856551 52120815	<b>-9074382</b> <b>59711262</b>	<b>-10675754</b> <b>57097356</b>						
Hospital de S. José de Fafe			-102930	<b>85867</b> <b>2671734</b>	<b>-1999097</b> <b>3415565</b>						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				<b>-8988515</b> <b>62382996</b>	<b>-12674851</b> <b>60512921</b>	-101299703 63547265	-7667008 59341349	-11785578 57479905	-11084899 54788062	-10251606 52937561	-7122008 45280280
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	<b>-287829</b> <b>14034891</b>	<b>-537750</b> <b>11710661</b>	<b>-1051682</b> <b>15899337</b>	<b>-2248406</b> <b>8882897</b>	<b>-3886092</b> <b>7951586</b>						
Hospital Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	<b>-6924730</b> <b>24461579</b>	<b>-6454999</b> <b>49425133</b>	<b>-7051186</b> <b>52517801</b>	<b>-5989896</b> <b>39016828</b>	<b>-6413352</b> <b>35523750</b>						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	<b>-7212559</b> <b>38496470</b>	<b>-6992749</b> <b>61135794</b>	<b>-8102868</b> <b>68417138</b>	<b>-8238302</b> <b>47899725</b>	<b>-10299444</b> <b>43475336</b>	-2042170 52527947	472114 63837786	-522202 120954162	1950123 108576555	52392 104357879	-6566157 113458563
Hospital Maria Pia			3895186	<b>196354</b> <b>3767397</b>	<b>-3703454</b> <b>3778906</b>						
Hospital Geral de Santo António, EPE		-18654181 107520622	-967240 114664304	<b>1986709</b> <b>121938160</b>	<b>746990</b> <b>130910102</b>						
Maternidade Júlio Diniz			253383	<b>262207</b> <b>5768679</b>	<b>-1211388</b> <b>4677684</b>						
<b>CH Porto, EPE</b>				<b>2445270</b> <b>131474236</b>	<b>-4167852</b> <b>139366692</b>	-12610733 131350364	-29372489 142310643	-33438447 125150397	-19350856 150660245	-18134990 152402621	-9094139 134680009
CH de Vila Nova de Gaia			30346088	<b>13308017</b> <b>60728792</b>	<b>-547891</b> <b>50340799</b>						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda – Espinho			12702	<b>-232213</b> <b>4174815</b>	<b>-166970</b> <b>4705586</b>						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				<b>13075804</b> <b>64903607</b>	<b>-714861</b> <b>55046385</b>	-2631583 102193766	206522 130981749	723475 238557313	394373 150995422	1020881 167153924	-6540581 186644885
Hospital de S. Miguel – Oliveira de Azeméis			-439207	<b>38823</b> <b>3969881</b>	<b>-609613</b> <b>4090453</b>	<b>132592</b> <b>3960897</b>	<b>-1227864</b> <b>3793762</b>				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira		1284951 79771718	1850932 80605370	<b>24943</b> <b>81194559</b>	<b>793696</b> <b>82428725</b>	<b>1454339</b> <b>86571413</b>	<b>1193798</b> <b>88104056</b>				

Hospital Distrital de São João da Madeira			-740812	110640	-974693	174758	-780726				
				3988634	3805151	3165140	3160953				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				174406	-790610	1761689	-814792	-3148594	-1526461	-1246067	-2600983
				89153074	90324329	93697450	95058771	109091233	111728991	109233733	99507947
Hospital Pulido Valente	-10157429	-4679770	-10896281	-7832966	1768754						
	51397312	56101625	44814122	37252762	60618472						
Hospital de Santa Maria		-30916659	38594414	-8604431	2885379						
		201488556	225117884	428497622	399418669						
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>		-35596429	27698133	-16437397	4654133	-1663301	135107	-44333976	-63298892		
		257590181	269932006	465750384	460037141	500142484	535311052	495531516	524821551		
Hospital Egas Moniz, SA	90004376	-8010685	-6710626								
		96502902	95090797								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	-17154447	-10571119	-4517954								
	48348312	58654774	128268099								
Hospital de Santa Cruz, SA	-175816	-870971	-2117854								
	66827939	107684301	81229973								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>		-19452775	-13346434	8373629	-4238192	-1215494	-15794542	-29650763	-38534724	-29077542	-9310775
		262841977	304588869	280794911	266745904	266243602	228233343	228766065	219559118	230220406	159737519
CH de Lisboa – Zona Central				6087511	-34837068						
				98512068	80628247						
Hospital D. Estefânia			8097464	4116099	-2227978						
				27110417	28995968						
Hospital de Santa Marta, EPE	-554520	-545978	-855597	24362991	1722643						
	64073826	62062750	68439164	82726344	70941566						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				34566601	-35342403	-22685044	-32753713	-29367655	-35539495	-23975137	-45640885
				208348829	180565781	246670333	246986681	269681628	228344016	218688360	230736854
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro	-660122	-7551623	-500993	-5789047	-16497649	-6131809	-8233865				
	50314983	57855802	58292587	58466327	43688320	39427479	45014541				
Hospital do Montijo			482393	508955	-1413728	-1085505	-1788269				
				6049912	5512045	5805211	5809249				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				-5280092	-17911377	-7217314	-10022134	-4817300	-20857873		
				64516239	49200365	45232690	50823790	62949381	116242545		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão			829547								
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal	-1822921	-10489538	-22004352								
	87999409	101589933	93054660								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				-27564517	-16773508	-16270018	-12204870	-20758959	-30511108		
				100982543	96457192	87504329	107299056	86117979	77471435		

Fonte: Construção própria a partir dos relatórios e contas das instituições com moldura jurídica de EPE e SA, e dos relatórios e contas da ACSS, para as instituições SPA

Tabela A 52 - Rendibilidade Operacional dos Ativos

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	-0,0915	0,0003	-0,1796	-0,2265	-0,1973						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso				-0,3173	-0,6791						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>				-0,2378	-0,2834	-0,0715	-0,2191	-0,1781	-0,0787	-0,0582	-0,1364
Hosp. da Srª da Oliveira, EPE - Guimarães	-0,0048	-0,0581	-0,1507	-0,1520	-0,1870						
Hospital de S. José de Fafe				0,0321	-0,5853						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>				-0,1441	-0,2095	-1,5941	-0,1292	-0,2050	-0,2023	-0,1937	-0,1573
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	-0,0205	-0,0459	-0,0661	-0,2531	-0,4887						
Hosp. Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	-0,2831	-0,1306	-0,1343	-0,1535	-0,1805						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	-0,1874	-0,1144	-0,1184	-0,1720	-0,2369	-0,0389	0,0074	-0,0043	0,0180	0,0005	-0,0579
Hospital Maria Pia				0,0521	-0,9800						
<b>Hospital Geral de Santo António, EPE</b>		-0,1735	-0,0084	0,0163	0,0057						
Maternidade Júlio Diniz				0,0455	-0,2590						
<b>CH Porto, EPE</b>				0,0186	-0,0299	-0,0960	-0,2064	-0,2672	-0,1284	-0,1190	-0,0675
CH de Vila Nova de Gaia				0,2191	-0,0109						
Hosp. de Nossa Srª da Ajuda - Espinho				-0,0556	-0,0355						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>				0,2015	-0,0130	-0,0258	0,0016	0,0030	0,0026	0,0061	-0,0350
Hosp. de S. Miguel - Oliveira de Azeméis				0,0098	-0,1490	0,0335	-0,3237				
<b>Hosp. S. Sebastião, EPE – Stª Mª da Feira</b>				0,0003	0,0096	0,0168	0,0135				
Hospital Distrital de São João da Madeira				0,0277	-0,2562	0,0552	-0,2470				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>				0,0020	-0,0088	0,0188	-0,0086	-0,0289	-0,0137	-0,0114	-0,0261
Hospital Pulido Valente		-0,1976	-0,0834	-0,2431	-0,2103	0,0292					
Hospital de Santa Maria			-0,1534	0,1714	-0,0201	0,0072					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			-0,1382	0,1026	-0,0353	0,0101	-0,0033	0,0003	-0,0895	-0,1206	
Hospital Egas Moniz, SA		-0,0830	-0,0706								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	-0,3548	-0,1802	-0,0352								
Hospital de Santa Cruz, SA	-0,0026	-0,0081	-0,0261								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>		-0,0740	-0,0438	0,0298	-0,0159	-0,0046	-0,0692	-0,1296	-0,1755	-0,1263	-0,0583
CH de Lisboa – Zona Central				0,0618	-0,4321						
Hospital D. Estefânia				0,1518	-0,0768						
<b>Hospital de Santa Marta, EPE</b>	-0,0087	-0,0088	-0,0125	0,2945	0,0243						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				0,1659	-0,1957	-0,0920	-0,1326	-0,1089	-0,1556	-0,1096	-0,1978
Hosp. Nossa Srª do Rosário, EPE - Barreiro	-0,0131	-0,1305	-0,0086	-0,0990	-0,3776	-0,1555	-0,1829				
Hospital do Montijo				0,0841	-0,2565	-0,1870	-0,3078				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>				-0,0818	-0,3640	-0,1596	-0,1972	-0,0765	-0,1794		
Hospital Ortopédico Santiago do Outão											
<b>Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal</b>	-0,0207	-0,1033	-0,2365								
<b>CH Setúbal, EPE</b>				-0,2730	-0,1739	-0,1859	-0,1137	-0,2411	-0,3938		

Tabela A 53 - Rendibilidade Operacional das Vendas (unidades: €)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hospital S. João de Deus, EPE - Famalicão	-1898204 2007144	8923 20901746	<b>-4866718</b> <b>22029929</b>	<b>-4046790</b> <b>21257476</b>	<b>-3226518</b> <b>22661539</b>						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso	1319996	1246494	<b>-1221010</b> <b>1380020</b>	<b>-805969</b> <b>1277202</b>	<b>-2416891</b> <b>1174383</b>						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>			<b>-6087728</b> <b>23409949</b>	<b>-4852759</b> <b>22534678</b>	<b>-5643409</b> <b>23835922</b>	-4195870 36788476	-6531676 44821527	-6519700 50581095	-3164064 52519120	-2032382 48665910	-3515249 45393916
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães	-453136 43676	-5678100 47567141	<b>-7856551</b> <b>49573221</b>	<b>-9074382</b> <b>49831902</b>	<b>-10675754</b> <b>51915387</b>						
Hospital de S. José de Fafe	723321	808931	<b>-102930</b> <b>773572</b>	<b>85867</b> <b>820016</b>	<b>-1999097</b> <b>1087358</b>						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>			<b>-7959481</b> <b>50346793</b>	<b>-8988515</b> <b>50651918</b>	<b>-12674851</b> <b>53002745</b>	-10129703 55933996	-7667008 73554807	-11785578 76530378	-11084899 75087397	-10251606 69467788	-7122008 66809995
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	<b>-287829</b> <b>119622</b>	<b>-537750</b> <b>14715685</b>	<b>-1051682</b> <b>14942079</b>	<b>-2248406</b> <b>13991053</b>	<b>-3886092</b> <b>13988989</b>						
Hospital Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	<b>-6924730</b> <b>3490844</b>	<b>-6454999</b> <b>37981167</b>	<b>-7051186</b> <b>427155523</b>	<b>-5989896</b> <b>44237407</b>	<b>-6413352</b> <b>50865223</b>						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	<b>-7212559</b> <b>3610466</b>	<b>-6992749</b> <b>52696852</b>	<b>-8102868</b> <b>442097602</b>	<b>-8238302</b> <b>58228460</b>	<b>-10299444</b> <b>64854212</b>	-2042170 73321671	472114 77610405	-522202 81844491	1950123 83940566	52392 75859778	-6566157 72934009
Hospital Maria Pia	1288903	486233	<b>3895186</b> <b>1992776</b>	<b>196354</b> <b>1248780</b>	<b>-3703454</b> <b>1225815</b>						
Hospital Geral de Santo António, EPE	13033872	-18654181 118389895	<b>-967240</b> <b>130545645</b>	<b>1986709</b> <b>134599707</b>	<b>746990</b> <b>151286295</b>						
Maternidade Júlio Diniz	1347219	1315579	<b>253383</b> <b>1303067</b>	<b>262207</b> <b>1327851</b>	<b>-1211388</b> <b>1187423</b>						
<b>CH Porto, EPE</b>			<b>3181329</b> <b>133841488</b>	<b>2445270</b> <b>137176338</b>	<b>-4167852</b> <b>153699533</b>	-12610733 200535381	-29372489 230060885	-33438447 231680745	-19350856 235483553	-18134990 224222557	-9094139 211982249
CH de Vila Nova de Gaia	14615083	12890374	<b>30346088</b> <b>14217519</b>	<b>13308017</b> <b>19654248</b>	<b>-547891</b> <b>19479027</b>						
Hospital de Nossa Senhora da Ajuda – Espinho		748313	<b>12702</b> <b>702447</b>	<b>-232213</b> <b>742729</b>	<b>-166970</b> <b>775920</b>						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>			<b>30358790</b> <b>14919966</b>	<b>13075804</b> <b>20396977</b>	<b>-714861</b> <b>20254947</b>	-2631583 122694578	206522 146930212	723475 158987530	394373 164541269	1020881 157637937	-6540581 153952537
Hospital de S. Miguel – Oliveira de Azeméis		796895	<b>-439207</b> <b>1082170</b>	<b>38823</b> <b>1103029</b>	<b>-609613</b> <b>1086563</b>	<b>132592</b> <b>1270050</b>	<b>-1227864</b> <b>981304</b>				
Hospital de S. Sebastião, EPE - Santa Maria da Feira		1284951 53625709	<b>1850932</b> <b>56263158</b>	<b>24943</b> <b>59453382</b>	<b>793696</b> <b>62612515</b>	<b>1454339</b> <b>65409015</b>	<b>1193798</b> <b>8674166</b>				

Hospital Distrital de São João da Madeira			<b>-740812</b>	<b>110640</b>	<b>-974693</b>	<b>174758</b>	<b>-780726</b>				
	1449049		<b>1309319</b>	<b>1386990</b>	<b>1525655</b>	<b>1508142</b>	<b>1295318</b>				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>			670913	174406	-790610	1761689	-814792	-3148594	-1526461	-1246067	-2600983
			58654647	61943401	65224733	68187207	10950788	82501922	89965065	82777469	76498179
Hospital Pulido Valente		-10157429	<b>-4679770</b>	<b>-10896281</b>	<b>-7832966</b>	<b>1768754</b>					
	4088336	47353863	<b>57107727</b>	<b>55474652</b>	<b>65458317</b>	<b>72368537</b>					
Hospital de Santa Maria			<b>-30916659</b>	<b>38594414</b>	<b>-8604431</b>	<b>2885379</b>					
	36280945	40438577	<b>17842928</b>	<b>18704681</b>	<b>259080160</b>	<b>273563651</b>					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			-35596429	27698133	-16437397	4654133		-1663301	135107	-44333976	-63298892
			74950655	74179333	324538477	345932188		285179439	354047200	356758459	340394353
Hospital Egas Moniz, SA		<b>-8010685</b>	<b>-6710626</b>								
	12408425	<b>79909063</b>	<b>80415112</b>								
Hospital de São Francisco Xavier, SA		-17154447	<b>-10571119</b>	<b>-4517954</b>							
	57284100	<b>55377462</b>	<b>63924190</b>								
Hospital de Santa Cruz, SA		-175816	<b>-870971</b>	<b>-2117854</b>							
	120071	<b>38795712</b>	<b>40409934</b>								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>		-19452775	-13346434		8373629	-4238192	-1215494	-15794542	-29650763	-38534724	-29077542
		174082237	184749236		209263843	221549805	233105174	216127471	216999047	213877682	200416768
											195959038
<b>CH de Lisboa – Zona Central</b>				<b>6087511</b>	<b>-34837068</b>						
				<b>25685282</b>	<b>24495497</b>						
Hospital D. Estefânia			8097464	<b>4116099</b>	<b>-2227978</b>						
	4721855	4930161	6220116	<b>6494554</b>	<b>6820753</b>						
Hospital de Santa Marta, EPE		-554520	-545978	-855597	<b>24362991</b>	<b>1722643</b>					
	773067	44582668	48333795	<b>47004378</b>	<b>48575365</b>						
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>			34566601	-35342403		-22685044	-32753713	-29367655	-35539495	-23975137	-45640885
			79184214	79891615		280536386	310207378	328313989	316828582	295612688	341965303
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro		-660122	-7551623	<b>-500993</b>	<b>-5789047</b>	<b>-16497649</b>	<b>-6131809</b>	<b>-8233865</b>			
		53109544	<b>61594194</b>	<b>61890985</b>	<b>55541750</b>	<b>67672627</b>	<b>67080617</b>				
Hospital do Montijo			<b>482393</b>	<b>508955</b>	<b>-1413728</b>	<b>-1085505</b>	<b>-1788269</b>				
	1126199	1225074	<b>1108953</b>	<b>1224477</b>	<b>1113663</b>	<b>1071332</b>	<b>1031199</b>				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>			-18600	-5280092	-17911377	-7217314	-10022134	-4817300	-20857873		
			62703147	63115462	56655413	68743959	68111816				
Hospital Ortopédico Santiago do Outão			<b>829547</b>								
	3044901	3061938	<b>2974354</b>								
Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal		-1822921	-10489538	<b>-22004352</b>							
	705460	61312179	<b>58906855</b>								
<b>CH Setúbal, EPE</b>			-21174805		-27564517	-16773508	-16270018	-12204870	-20758959	-30511108	
			61881209		76898184	81682346	89160314	95129759	91784844	85869787	

Fonte: Construção própria a partir dos relatórios e contas das instituições com moldura jurídica de EPE e SA, e dos relatórios e contas da ACSS, para as instituições SPA

Tabela A 54 - Rendibilidade Operacional das Vendas

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hosp. S. João de Deus, EPE - Famalicão	-0,9457	0,0004	-0,2209	-0,1904	-0,1424						
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso			-0,8848	-0,6310	-2,0580						
<b>CH Médio Ave, EPE</b>			-0,2600	-0,2153	-0,2368	-0,1141	-0,1457	-0,1289	-0,0602	-0,0418	-0,0774
Hosp. Srª da Oliveira, EPE - Guimarães	-10,3749	-0,1194	-0,1585	-0,1821	-0,2056						
Hospital de S. José de Fafe			-0,1331	0,1047	-1,8385						
<b>CH do Alto Ave, EPE</b>			-0,1581	-0,1775	-0,2391	-0,1811	-0,1042	-0,1540	-0,1476	-0,1476	-0,1066
Hospital S. Gonçalo, EPE - Amarante	-2,4062	-0,0365	-0,0704	-0,1607	-0,2778						
Hosp. Padre Américo, EPE – Vale do Sousa	-1,9837	-0,1700	-0,0165	-0,1354	-0,1261						
<b>CH Tâmega e Sousa, EPE</b>	-1,9977	-0,1327	-0,0183	-0,1415	-0,1588	-0,0279	0,0061	-0,0064	0,0232	0,0007	-0,0900
Hospital Maria Pia			1,9547	0,1572	-3,0212						
<b>Hospital Geral de Santo António, EPE</b>		-0,1576	-0,0074	0,0148	0,0049						
Maternidade Júlio Diniz			0,1945	0,1975	-1,0202						
<b>CH Porto, EPE</b>			0,0238	0,0178	-0,0271	-0,0629	-0,1277	-0,1443	-0,0822	-0,0809	-0,0429
CH de Vila Nova de Gaia			2,1344	0,6771	-0,0281						
Hosp. de Nossa Srª da Ajuda - Espinho			0,0181	-0,3126	-0,2152						
<b>CH Vila Nova Gaia/Espinho, EPE</b>			2,0348	0,6411	-0,0353	-0,0214	0,0014	0,0046	0,0024	0,0065	-0,0425
Hospital de S. Miguel - Oliveira de Azeméis			-0,4059	0,0352	-0,5610	0,1044	-1,2513				
<b>Hosp. S. Sebastião, EPE – Stª Mª da Feira</b>		0,0240	0,0329	0,0004	0,0127	0,0222	0,1376				
Hospital Distrital de São João da Madeira			-0,5658	0,0798	-0,6389	0,1159	-0,6027				
<b>CH Entre Douro e Vouga, EPE</b>			0,0114	0,0028	-0,0121	0,0258	-0,0744	-0,0382	-0,0170	-0,0151	-0,0340
Hospital Pulido Valente		-0,2145	-0,0819	-0,1964	-0,1197	0,0244					
Hospital de Santa Maria			-1,7327	2,0634	-0,0332	0,0105					
<b>CH Lisboa Norte, EPE</b>			-0,4749	0,3734	-0,0506	0,0135	-0,0058	0,0004	-0,1243	-0,1860	
Hospital Egas Moniz, SA		-0,1002	-0,0834								
Hospital de São Francisco Xavier, SA	-0,2995	-0,1909	-0,0707								
Hospital de Santa Cruz, SA	-1,4643	-0,0225	-0,0524								
<b>CH de Lisboa Ocidental, EPE</b>		-0,1117	-0,0722	0,0400	-0,0191	-0,0052	-0,0731	-0,1366	-0,1802	-0,1451	-0,0475
CH de Lisboa – Zona Central				0,2370	-1,4222						
Hospital D. Estefânia			1,3018	0,6338	-0,3266						
<b>Hospital de Santa Marta, EPE</b>	-0,7173	-0,0122	-0,0177	0,5183	0,0355	-0,0809	-0,1056	-0,0894	-0,1122	-0,0811	-0,1335
<b>CH de Lisboa Central, EPE</b>				0,4365	-0,4424						
Hosp. Nossa Srª do Rosário, EPE - Barreiro		-0,1422	-0,0081	-0,0935	-0,2970	-0,0906	-0,1227				
Hospital do Montijo			0,4350	0,4157	-1,2694	-1,0132	-1,7342				
<b>CH Barreiro/Montijo, EPE</b>			-0,0003	-0,0837	-0,3161	-0,1050	-0,1471				
Hospital Ortopédico Santiago do Outão			0,2789								
<b>Hospital S. Bernardo, SA - Setúbal</b>	-2,5840	-0,1711	-0,3735								
<b>CH Setúbal, EPE</b>			-0,3422	-0,3585	-0,2054	-0,1825	-0,1283	-0,2262	-0,3553		

## ANEXO 3 – OUTPUTS DO SPSS

*Tabela A 55 - Resumo das estatística descritiva das variáveis económico-financeiras*

<b>Descriptive Statistics</b>					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
LG antes	10	,6569	4,1961	1,552101	1,0036640
LG depois	11	,3843	2,8035	1,119631	,7378320
AF antes	10	,1367	,8367	,373228	,2112927
AF depois	11	-,3302	,7139	,188286	,3436206
S antes	10	,1874	5,1518	1,163303	1,4703310
S depois	11	-,1850	2,5221	,574654	,8517500
RCP antes	7	-,2352	,2964	-,024154	,1684454
RCP depois	7	-,8403	,0096	-,244380	,3144499
ROA antes	10	-,2606	,0942	-,080339	,1131368
ROA depois	11	-,4136	-,0079	-,121647	,1185355
ROV antes	11	-,4898	,8802	-,058659	,3483839
ROV depois	10	-,2427	-,0082	-,086785	,0688394
PMP antes	10	43,88	292,28	170,9734	83,22679
PMP depois	11	31,50	570,86	246,6384	151,92972
PMR antes	10	19,28	197,44	87,0603	64,01131
PMR depois	11	37,00	769,00	171,4974	236,75971
Valid N (listwise)	7				

Tabela A 56 – Resumo das estatística descritiva das variáveis assistenciais

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Lotação antes	11	331	1441	722,78	373,535
Lotação depois	11	288	1335	664,13	361,314
DM antes	11	5,1166	9,2000	7,038252	1,2131493
DM depois	11	5,0000	9,3429	7,329517	1,2954546
% Oc. Antes	11	68,6925	80,7036	74,895597	4,4121036
% Oc. Depois	11	73,5000	86,7640	79,918212	4,0080514
Consultas antes	11	108438	544076	293505,94	155591,310
Consultas depois	11	160941	740895	377180,08	200049,505
Urgências antes	11	129804	268749	189859,01	49732,507
Urgências depois	11	31035	326493	174951,63	78657,031
Cirurgias antes	5	9857	22137	15757,19	4814,165
Cirurgias depois	11	6384	153456	34321,47	40976,621
Valid N (listwise)	5				

Tabela A 57 - Resumo das estatística descritiva das variáveis custo unitário total

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Doentes tratados antes	9	185,3778	433,5532	321,712339	89,4295306
Doentes tratados depois	9	216,1569	445,2873	311,744446	82,5436361
Dias internamento antes	9	1870,8557	3633,7916	2666,075122	666,1569481
Dia internamento depois	9	1698,0716	4030,5827	2580,820863	913,5364948
Consutla antes	10	53,1379	129,8088	83,157798	28,8306370
Consulta depois	9	55,4336	142,6773	87,709532	30,6476249
Urgencia antes	10	61,9497	184,6907	116,320334	43,0239905
Urgencia depois	9	92,3994	162,6067	127,197628	24,8252415
Valid N (listwise)	8				