



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

***A Gestão de Resultados em Instituições Públicas:
O Caso dos Hospitais EPE***

Elsa Marisa da Silva Mateus

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, para a obtenção do Grau de Mestre em
Gestão das Organizações - Ramo de Gestão Pública.

Orientado pelo Professor Doutor Jorge Manuel Afonso Alves

Bragança, novembro 2014



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

***A Gestão de Resultados em Instituições Públicas:
O Caso dos Hospitais EPE***

Elsa Marisa da Silva Mateus

Orientado pelo Professor Doutor Jorge Manuel Afonso Alves

Bragança, novembro 2014

Resumo

O presente estudo versa sobre a temática da gestão de resultados e pretende identificar os incentivos que motivam os gestores públicos dos Hospitais EPE a incorrer em práticas discricionárias que condicionam os resultados contabilísticos dessas instituições públicas.

A metodologia utilizada recorre ao modelo de Jones (1991) para estimar os *accruals* discricionários para uma amostra de 20 Hospitais EPE no período de tempo compreendido entre 2005 e 2008.

As principais evidências empíricas encontram suporte na literatura e revelam que a gestão de resultados ocorre nos Hospitais EPE, no sentido de os gestores irem ao encontro das expectativas da entidade reguladora, aplicando práticas contabilísticas discricionárias que favoreçam o atingir de resultados esperados de acordo com o contrato-programa previamente definido.

Após a sua contextualização apresenta-se neste capítulo a metodologia a ser utilizada no sentido de obter evidências empíricas de que existe no contexto dos Hospitais EPE a prática de gestão de resultados motivado pela obtenção de subsídios governamentais, bem como por questões relacionadas com a reputação do gestor público.

Palavras – chave: Gestão de resultados, *New Public Management*, Hospitais EPE e *Accruals* Discricionários

Abstract

This thesis relates to the earnings management and is aimed to identify the incentives that motivates public managers of Public State Enterprise Hospitals to condition the accounting results of their public institutions.

The used methodology is based on the Jones model (1991) to estimate to estimate discretionary accruals for a sample of 20 hospitals period of time between 2005 and 2008. The main empirical evidences are supported in literature and reveal that earnings management occurs in Hospitals, as a mean for managers to fulfill the expectations of the regulatory entity using discretionary accounting practices that favor reaching the expected outcomes, according to the program-contract previously established.

Keywords: Earnings Management, New Public Management, Hospitals and discretionary accruals.

Resumen

Este estudio aborda el tema de la gestión de los resultados y su objetivo es identificar los incentivos que motivan los gestores públicos de hospitales EPE a incurrir en prácticas discrecionales que afectan los resultados contables de estas instituciones públicas. La metodología utilizada es el modelo de Jones (1991) para estimar las acumulaciones discrecionales para una muestra de 20 hospitales en EPE período de tiempo que oscila entre 2005 y 2008.

El principal apoyo son la evidencia empírica en la literatura indica que la gestión y los resultados se presentan en EPE hospitales, a los gerentes van a cumplir con las expectativas del organismo regulador, la aplicación de las prácticas contables discrecionales favorecer el logro de los resultados esperados de acuerdo con el contrato programa previamente establecer.

Palabras clave: Gestión de resultados, la Nueva Gestión Pública, EPE Hospitales y acumulaciones discrecionales

Agradecimentos

Elaborar uma dissertação é um trabalho árduo e exigente, com o seu término, não posso deixar de agradecer a todos os que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo de investigação.

Assim agradeço:

- Em primeiro lugar ao meu querido pai Alcino e à minha mãe Maria que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade e nunca deixar de lutar pelos meus sonhos. Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro Manuel, pelo seu apoio, incentivo e compreensão.

- Ao Professor Doutor Jorge Manuel Alves, por ter aceitado ser meu orientador, pela sua incansável disponibilidade, pelos seus ensinamentos, aconselhamento nas correções necessárias a efetuar a esta dissertação, simpatia e amizade. Sendo por isso merecedor do meu sincero e profundo agradecimento.

- De igual modo não podia deixar também de agradecer à direção deste mestrado, na pessoa da Professor Doutora Paula Odete, pelo seu apoio, incentivo e disponibilidade.

Divido os méritos desta conquista convosco, ela é tanto minha quanto vossa.

Muito bem-haja a todos.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AP – Administração Pública
ARS - Administração Regional de Saúde
CP – Contrato-programa
CS – Concepts Statement
EGP – Estatuto do Gestor Público
EPE- Entidades Públicas Empresariais
GASB - Governmental Accounting Standards Board
IAS - International Accounting Standards
IASB - International Accounting Standards Board
IFAC - International Federation of Accountants
IFRS - Internacional Financial Reporting Standards
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira
IPSAS - International Public Sector Accounting Standards
NCRF - Norma Contabilística e de Relato Financeiro
NIC - Normas Internacionais de Contabilidade
NICSP - Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Publico
NPM – New Public Management
NPS – New Public Service
OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde
PAEF – Programa de Assistência Económica e Financeira
PAT – Positive Accounting Theory
POCMS – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
ROC – Revisor Oficial de Contas
SA – Sociedade Anónimas
SEE – Setor Empresarial do Estado
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Índice Geral

Lista de Siglas e Abreviaturas	v
Lista de Tabelas	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Gráficos.....	viii
Introdução.....	1
1- A Nova Gestão Pública	3
1.1 O conceito de NPM e o impacto no desempenho do serviço público	4
1.2. Os utilizadores da informação financeira pública	8
2- A Gestão de Resultados.....	11
2.1. Conceito e características.....	12
2.2. Motivações contratuais	15
2.3. Motivações relacionadas com a reputação do gestor	17
3- Setor Hospitalar Público.....	21
3.1 Breve caraterização do sistema de saúde português.....	22
3.2 Os Hospitais EPE.....	25
3.2.1 Enquadramento legal.....	25
3.2.2 Estrutura organizacional	29
3.3 Modelo de financiamento: Contratualização de cuidados de saúde	31
3.4 O EGP.....	36
4- Metodologia de análise e seleção da amostra	38
4.1. Desenho da investigação.....	39
4.2. Medida da qualidade de resultados	40
4.3. Modelo de análise.....	42
4.4. Caraterização da amostra	44
5 – Resultados empíricos.....	47
5.1. Análise descritiva dos resultados	48
5.2. Análise dos resultados empíricos.....	51
Conclusões	55
Referências bibliográficas	57
Anexos.....	63

Lista de Tabelas

Tabela 1- Componentes da NPM -----	5
Tabela 2- Perspectivas comparadas: AP Tradicional, NPM e NPS-----	7
Tabela 3 - Utilizadores da informação financeira pública – CS 1 do GASB -----	10
Tabela 4- Principais características do Estatuto jurídico das EPE -----	28
Tabela 5 - O novo modelo de financiamento -----	33
Tabela 6- Síntese das hipóteses e respetivas variáveis explicativas-----	44
Tabela 7 - Seleção da amostra-----	44
Tabela 8 – Descrição da amostra-----	46
Tabela 9- Estatística descritiva das variáveis utilizadas-----	48
Tabela 10- Coeficientes de correlação de Pearson-----	50
Tabela A1 – Estatística descritiva variável dummy MCA-----	64
Tabela A2 – Estatística descritiva variável dummy DCA-----	64
Tabela A3 – Estatística descritiva variável dummy CCA -----	64
Tabela A4 – Estatística descritiva variável dummy LOC -----	64
Tabela A5 – Resumo do modelo ^b -----	65
Tabela A6 – ANOVA ^a -----	65
Tabela A7 – Coeficientes ^a -----	65
Tabela A8 – Teste da Normalidade-----	65
Tabela A9 – Teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test-----	66

Lista de Figuras

Figura 1 - Práticas contabilísticas criativas e os seus efeitos-----	13
Figura 2- Gestão de resultados -----	15
Figura 3- Evolução do Sistema de Saúde Português-----	24
Figura 4 – Organograma da organização interna de um Hospital EPE-----	30
Figura 5 – Visão geral do processo da análise -----	40

Lista de Gráficos

Gráfico A1- Gráfico Normal P-P Plot Regressão padronizada dos resíduos -----	67
Gráfico A2 – Gráfico Normal Q-Q Plot da DAC-----	67

Introdução

O modelo de gestão relacionado com a organização e fornecimento de serviços públicos foi incapaz de inovar e lidar com a crise que existia na década de oitenta. A incapacidade de lidar com os problemas emergentes levou à adoção de novas formas de governação sugerindo, entre outros, a utilização de mecanismos de mercado, a adoção de práticas e ferramentas até então caracterizadoras dos agentes privados, com o objetivo de melhorar o serviço público prestado ao cidadão, aumentar a eficiência, flexibilidade e capacidade de adoção da gestão pública, surgindo um novo modelo de gestão: *New Public Management* (NPM) (Hood, 1991).

Em Portugal, têm sido implementadas reformas que introduzem características de gestão empresarial no setor público e o setor da saúde não foi exceção. No ano de 2005 através do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro assiste-se à transformação em entidades públicas empresariais dos 31 hospitais com a natureza de sociedade anónima abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, e confere a natureza de entidade pública empresarial ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital de São João, até agora integrados no sector público administrativo, aprovando os respetivos Estatutos.

Os Hospitais EPE são empresas públicas dotadas de personalidade jurídica com autonomia administrativa e financeira, cuja atividade é financiada por meio de contratos-programa de produção celebrados entre os Hospitais e o Serviço Nacional de Saúde (SNS), conforme previsto no Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto. Nestes contratos-programa definem-se os preços dos diversos serviços e fixam-se metas de boa governação. Adicionalmente e por meio do Despacho n.º 721/2006 especificam-se quais os mecanismos de supervisão e avaliação da execução e estabelecem-se incentivos e penalizações (Escoval, 2010).

Porquanto a divulgação de informação financeira transparente é essencial para a monitorização da entidade reguladora, sobretudo quando estão em causa fundos públicos para o fornecimento de serviços públicos essenciais para a população cujo controlo, o rigor e maior transparência na performance da execução das despesas públicas surgem como uma preocupação generalizada por parte dos governos para recuperar a confiança dos cidadãos (Kim, Cho & Eikenberry, 2005).

A gestão de resultados ocorre quando os gestores usam julgamentos para alterar os relatórios financeiros, pretendendo induzir os *Stakeholders* sobre o desempenho económico da empresa/entidade ou para influenciar os resultados contratuais que dependem dos números dos relatórios financeiros (Healy & Whalen, 1999).

À gestão de resultados estão associados motivos oportunistas por parte dos gestores públicos, que recorrem a estas práticas como meio para atingir um determinado fim (Healy & Whalen, 1999). Por conseguinte, o desenvolvimento de metodologia que permita medir empiricamente a qualidade dos serviços prestados e as boas práticas de governação nos diversos níveis da administração pública são essenciais para que se estabeleça um clima de confiança entre os decisores públicos, instituições e os atuais (potenciais) *Stakeholders* (Kim *et al*, 2005).

Partindo deste quadro conceptual, este trabalho procura aferir se existe no contexto dos Hospitais EPE a prática de gestão de resultados motivado pela obtenção de subsídios governamentais, bem como por questões relacionadas com a reputação do gestor público.

Face ao exposto, a principal motivação subjacente à escolha do tema da presente dissertação prende-se, em primeiro lugar, com alguma escassez de estudos empíricos no que concerne às práticas de gestão de resultados por parte das instituições públicas, em concreto os Hospitais e em segundo lugar, pelo interesse pessoal no âmbito da gestão pública.

Este trabalho de investigação pode ser relevante não só para a comunidade académica, como também para os políticos, gestores e entidade reguladora e fiscalizadora do setor da saúde. O presente estudo encontra-se organizado em mais cinco capítulos. No primeiro capítulo efetua-se um enquadramento teórico geral sobre a teoria gestionária da NPM, o seu impacto no desempenho do serviço público e na necessidade de informação contabilística pública para a correta tomada de decisões. É também apresentado o quadro teórico mais específico quanto à empresarialização hospitalar e o modelo de financiamento estabelecido entre os Hospitais EPE e o Ministério da Saúde. O terceiro capítulo evidencia o conceito e os principais motivos subjacentes ao tema da gestão de resultados e a formulação das hipóteses de investigação. De seguida, é explanada a metodologia utilizada e descrição dos modelos de investigação a adotar. No quinto capítulo procede-se à caracterização da amostra e expõe-se os principais resultados obtidos. Por último, apresenta uma súpula dos principais resultados obtidos, as limitações da investigação e propostas para futuras investigações.

1- A Nova Gestão Pública

1.1 O conceito de NPM e o impacto no desempenho do serviço público

A literatura organizacional recente identifica um movimento de mudança nos padrões de gestão das organizações públicas nos países anglo-saxónicos e nórdicos, desencadeado de forma mais acentuada a partir dos anos 80 (Hood, 1991).

O NPM é uma corrente de reforma da Administração Pública (AP) que nasce em Inglaterra na década de oitenta e tem como seus principais corolários a privatização de tarefas dos estados que não integrassem o núcleo da função estadual, transformação dos administrados em clientes, prestação de serviços públicos em regime de mercado, organização por objetivos, descentralização administrativa, entre outros (Keraudren & Mierlo, 1998).

O modelo de *Welfare State*, a partir da década de 70 sofreu diversas fragilidades e instabilidades o que conduziu a várias alterações em distintos níveis (formas organizacionais, práticas gestionárias, comunicação organizacional, mecanismos de financiamento), de modo a poder continuar a cumprir os objetivos a que se tinha proposto (Stoker, 2006).

Uma das principais causas para a aplicação de novos modelos gestionários é consequência direta da crise financeira que atravessa as nações gerada pela crescente falta de recursos financeiros fomentada pelo peso dos gastos sociais do modelo Estado Providência e, conseqüentemente, pelo excesso da despesa pública e da dívida pública que obrigou o repensar das despesas e receitas do sector público (Haque, 2004).

Mas tais mudanças também são impulsionadas por forças externas. Nomeadamente na forma de pressões sociais que instigam os cidadãos à exigência de serviços públicos de melhor qualidade e de menor custo, sociedades mais ambiciosas que alegam a necessidade de prestação de contas e, também, por forças internas, devido à globalização e à emergência das tecnologias de comunicação e informação, às novas fontes de governação cada vez mais profissionalizados bem como das mudanças ideológicas a favor do mercado (Rego & Nunes, 2009).

Todos estes fatores contribuíram para uma profunda reforma na AP, e como tal implicaram um conjunto transformações que originaram uma nova cultura de gestão, baseada em novos conceitos, instrumentos e ferramentas que configuram o NPM (Rego & Nunes, 2009).

A influência do mercado na redefinição dos papéis do Estado, na formulação das políticas públicas e na implementação deste mecanismo de coordenação social, política e organizacional decorrem da crença de que a orientação para o mercado é a única forma de reduzir os custos e diminuir os desperdícios (Hood, 1991).

Essa tendência generalizou-se no seio dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) à qual Portugal não ficou alheio, estendendo-se esta a áreas como a economia, finanças e também a saúde.

Para Hood (1991) esta nova filosofia nasce do descontentamento do modelo de gestão adotado pelo *Welfare State* por contrapartida de uma AP mais eficiente. Em traços gerais define NPM como sendo um conjunto de princípios de gestão que visam à adoção de premissas de gestão privada para colmatar os problemas de eficiência da AP bem como para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos/clientes.

Invoca a descentralização do poder decisório, a reestruturação dos processos e lógicas de funcionamento, a redefinição dos seus objetivos estratégicos e maior centralização no desempenho e na obrigatoriedade de procurar a satisfação dos seus clientes e promotores (Denhardt & Denhardt, 2000).

Assim, é pedido aos gestores públicos que se baseiem em princípios e ferramentas aplicadas na gestão privada e as incluam no setor público, a fim de alcançar novos paradigmas de gestão pública, orientada para os resultados, incentivos ao desempenho individual, controlo de custos, qualidade dos serviços prestados aos utentes públicos, permitindo uma maior aproximação ao binómio utilizador/pagador (Denhardt & Denhardt, 2000).

A ênfase no NPM não reside apenas na questão de diminuir o custo da prestação de serviços públicos, mas essencialmente no aumento da qualidade e excelência nas organizações, concentradas no cliente e na satisfação das suas necessidades (fazer mais com menos).

Como se torna fácil de perceber é um modelo organizacional que procura uma racionalização de todas as suas despesas e que pugna contra o desperdício e procura as soluções mais rentáveis.

Conforme Hood (1991) refere, o NPM é composta por sete elementos que estão interligados entre si, como se descreve na seguinte tabela:

Doutrina	Objetivos	Fundamentação
1- Profissionalização da gestão das organizações públicas.	Gestores bem visíveis no topo das organizações, com liberdade de gerir e com poder discricionário.	A responsabilidade requer concentração de autoridade e não difusão de poder.
2- <i>Standards</i> explícitos e medidas de performance.	Objetivos bem definidos e mensuráveis como indicadores de sucesso.	Responsabilidade significa objetivos claramente definidos; eficiência necessita de atenção de objetivos.
3- Ênfase no controlo de <i>outputs</i> .	Alocação de recursos e recompensas com ligação à performance.	Necessita de insistir nos resultados e não nos processos.

Tabela 1- Componentes da NPM

4-Segmentação das Unidades Públicas.	Criação de unidades mais flexíveis e descentralizadas.	Tornar as unidades capazes de serem geridas; separar provisão de produção o que permite ganhos de eficiência.
5-Competição no setor Público.	Liberalização do mercado e uso de contratos.	Rivalidade, concorrência permite baixar os custos.
6- Instrumentos de Gestão Privada.	Liberdade de contratação e do sistema de punição e recompensas.	Melhorar a gestão e introduzir instrumentos de gestão empresarial no setor público.
7- Disciplina de Gestão.	Corte nos custos e aumento da produtividade.	Necessidade de verificar a procura de recursos do setor público e fazer mais com menos.

Tabela 1- Componentes da NPM (continuação)

Fonte: Adaptado de Hood (1991)

O novo modelo gestor, fundamentado na crítica ao modelo burocrático como princípio de organização da AP, procura uma gestão mais eficiente enfatizada na descentralização e focada no cliente e nas suas necessidades através da prestação dos serviços públicos de forma eficiente, eficaz e económica (Denhardt & Denhardt, 2000).

Por conseguinte, o novo serviço público procura assegurar que a AP seja aberta, acessível e que funcione para servir os cidadãos. Neste sentido, Denhardt e Denhardt (2000) deram um novo impulso a esta nova filosofia de gestão e apresentam sete princípios que representam o *New Public Service* (NPS):

- Servir em vez de dirigir;
- O interesse público é o propósito, não o subproduto;
- Pensar estrategicamente, agir democraticamente;
- Servir cidadãos, não clientes;
- A responsabilização não é simples;
- Valorizar as pessoas, não somente a produtividade;
- Valorizar a cidadania e o serviço público mais do que a capacidade empreendedora.

O NPS assenta na ideia dos gestores públicos ao serviço de cidadãos, procurando envolvê-los com quem servem e na dignidade do serviço público (Denhardt & Denhardt, 2000).

No Tabela 2 podem observar-se as diferenças entre cada uma das três perspetivas: AP tradicional, NPM e NPS.

	AP Tradicional	NPM	NPS
Fundamentos primários e epistemológicos	Teoria política: ciência social simplícista.	Teoria económica, diálogo mais sofisticado baseado na ciência social positivista.	Teoria democrática: ciência social positivista, interpretativa e crítica.
Racionalidade predominante e modelos de comportamento humano associados	Racionalidade sintética, “homem administrativo”.	Racionalidade económica e técnica, “homem económico” ou o tomador de decisão em interesse próprio.	Racionalidade estratégica, testes múltiplos de racionalidade (política, económica, organizacional).
Conceção do interesse público	Definido politicamente e expresso em lei.	Representa a agregação de interesses individuais.	Resulta de um diálogo sobre valores comuns.
Destinatários do serviço público	Clientes e eleitores.	Clientes.	Cidadãos.
Papel do Estado	Remar: desenhar e implementar políticas focadas num único objetivo politicamente definido.	Guiar: mecanismos e incentivar estruturas para atingir objetivos políticos através de agências provadas e não – lucrativas.	Servir: negociar e intermediar interesses entre cidadãos e grupos da comunidade, criando valores mútuos.
Mecanismos para atingir objetivos políticos	Administração de programas pelas agências governamentais existentes.	Criação de mecanismos e estruturas de incentivo para alcançar objetivos políticos por meio de agências privadas e sem fins lucrativos	Construção de coligações de agências públicas, sem fins lucrativos e privadas para satisfazer necessidades mutuamente acordadas.
Prestação de contas	Hierárquicas- Os administradores são responsáveis perante os líderes políticos eleitos.	Dirigidas pelo mercado – A acumulação dos interesses próprios terá resultados desejados para um alargado grupo de cidadãos (clientes).	Multifacetados – Os funcionários públicos devem atender à lei, valores de comunidade, normas políticas, standards profissionais e interesses dos cidadãos.
Arbitrio administrativo	Arbitrio limitado permitido dirigentes administrativos.	Ampla liberdade para atingir as metas empresariais	Arbitrio necessário mas restrito e responsabilizado.
Estrutura organizacional adotada	Organizações burocráticas marcadas por autoridade de cima para baixo internamente nas agências e controlo ou regulamentação de clientes.	Organizações publicas descentralizadas com controlo primário mantendo-se dentro da agência.	Estruturas colaborativas com a liderança partilhada interna e externamente.
Base motivacional dos servidores e administradores	Pagamento e benefícios sociais- Estabilidade	Espirito empreendedor desejo ideológico de reduzir o tamanho do governo.	Serviço público, desejo de contribuir para a sociedade.

Tabela 2- Perspectivas comparadas: AP Tradicional, NPM e NPS

Fonte: Adatado de Denhardt e Denhardt (2000)

Como parte integrante da AP o setor público de saúde tem sofrido reformas profundas. Em parte devido aos constrangimentos orçamentais, descrédito dos serviços públicos face aos olhos dos cidadãos e pelo desenvolvimento de sociedades que exigem melhor qualidade. A

reestruturação profunda dos sistemas de saúde, as formas de governo e a gestão das instituições hospitalares, com o intuito de controlar os custos de funcionamento dos Hospitais aliada à procura do aumento dos padrões de qualidade do serviço prestado tornando-os mais eficientes, são claras áreas de convergência enquadradas no âmbito do NPM (Rego & Nunes, 2009).

Uma das premissas do NPM é a descentralização. Este entendimento defende uma maior flexibilidade organizacional, a descentralização das decisões estratégicas e estímulos à contratualização por meio da separação da figura do prestador de serviços da figura de financiador do sistema, surgem assim as agências de contratualização sob alçada do Estado e reguladas pelo mesmo (Carvalho, 2009).

Um exemplo neste contexto são os Hospitais EPE, uma vez que o Estado assume o papel de financiador do SNS e os serviços são contratualizados com os Hospitais.

A par destes conceitos gestionários, observa-se ao longo do tempo que os Hospitais do setor público português têm vindo a adotar técnicas de gestão privada na esfera de organizações de origem pública. O processo de empresarialização foi um exemplo claro da transferência de práticas gestionárias de índole privada para o setor público (Carvalho, 2009).

Conforme referido no Relatório de Primavera 2002, do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), na década de 80 identificou-se a necessidade de o setor da saúde estabelecer uma clara separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde; defende-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador e promove-se um maior peso do setor privado na prestação de cuidados de saúde. O peso excessivo do Estado na prestação de cuidados de saúde foi apontado como uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde (OPSS, 2002).

1.2. Os utilizadores da informação financeira pública

Segundo Carvalho e Casal (2011), os princípios do NPM implicam uma mudança na forma como os serviços públicos estão organizados e no modo como estes são geridos, defendendo-se uma maior transparência da gestão pública.

A responsabilidade financeira pública é um sinal moderno da democracia, pelo que a prestação de contas é um dever para explicar o cumprimento da responsabilidade do uso dos recursos públicos. A informação contabilística desempenha um papel preponderante, pois permite a verificação da legalidade, a execução do controlo financeiro e proporciona a análise dos princípios da eficiência, da eficácia e da economia (Jorge, 2012).

Ao conceito de *accountability* está relacionado a ideia de que a informação contabilística deve permitir divulgar informação útil que permita satisfazer as diferentes necessidades dos seus utilizadores, sendo os documentos de prestação de contas um instrumento privilegiado para a análise da aplicação de recursos públicos bem como à tomada de decisões económicas racionais (López & Plabos, 2000). Decorrente do NPM, o sistema contabilístico permite auditar a responsabilidade pela utilização eficiente dos recursos públicos e pela eficácia das decisões políticas e consequente responsabilização dos órgãos executivos, por uma adequada gestão dos recursos públicos informando como os mesmos foram geridos e controlados.

Segundo a *International Public Sector Accounting Standards* (IPSAS) 1, as demonstrações financeiras permitem obter uma representação estruturada da posição financeira e do desempenho financeiro de uma determinada entidade.

O *International Federation of Accountants* (IFAC) refere que os objetivos da informação financeira, no setor público, são o de proporcionar informação útil para a tomada de decisões e para demonstrar a responsabilidade das entidades pelos recursos que lhe foram confiados ao:

- 1) Proporcionar informação acerca das fontes, importação e uso de recursos financeiros;
- 2) Proporcionar informação acerca de como a entidade financiou as suas atividades e satisfaz as suas necessidades de dinheiro;
- 3) Proporcionar informação que seja útil ao avaliar a capacidade da entidade financiar as suas atividades e satisfazer os seus passivos e compromissos;
- 4) Proporcionar informação acerca da situação financeira da entidade nela;
- 5) Proporcionar informação agregada útil na avaliação de desempenho da entidade em termos de custos de serviços, eficiência e cumprimento de metas. (IFAC, NICSP 1, 2001 § 13).

O estudo realizado pelo *Governmental Accounting Standards Board* (GASB) - *Objectives of Financial Reports - Concepts Statement* (CS) 1, evidencia a classificação dos utilizadores da informação financeira pública conforme a relação utilizador/entidade. São assim identificados quatro grupos de utilizadores, conforme a tabela abaixo.

Utilizadores externos	Cidadãos	Contribuintes, eleitores, recetores de serviços e cidadão em geral.
	Corpos legislativos e de controlo	Órgão máximo de controlo das entidades públicas, órgãos do Governos e representantes diretos dos cidadãos.
	Investidores e credores	Instituições credoras e investidores, pessoas que individualmente se convertem em investidores e credores e instituições financeiras.

Utilizadores internos	Órgãos de gestão (gestores internos)	Órgãos de gestão (gestores internos).
-----------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Tabela 3 - Utilizadores da informação financeira pública – CS 1 do GASB

Fonte: Adaptado de GASB (1987)

Pelo exposto, pode-se concluir que os destinatários da informação contabilística pública são, de uma maneira geral, todos os que compõem o tecido político, económico e social de um país. Por sua vez, a NICSP 1 no seu § 33 refere que os utilizadores recorrem às demonstrações financeiras para obterem informação sobre a administração, o cumprimento da legalidade, a situação financeira, a atividade e o impacto económico da AP ou do serviço.

Um dos utilizadores da informação financeira que ganha destaque são os contribuintes, que apesar de serem investidores involuntários dos governos, necessitam de estar informados sobre a gestão desse dinheiro. Perante isso, exigem fiabilidade da informação contabilística pois em última instância são os cidadãos que proporcionam as receitas e recursos necessários para as atividades do governo, quem recebe os serviços deste e quem são os titulares últimos dos direitos patrimoniais residuais dessas empresas proprietários e beneficiários do dinheiro público e do património (Gonçalves & Quinaz, 2013).

Por exemplo, os cidadãos podem estar interessados na natureza e qualidade dos serviços prestados, na eficiência dos ditos serviços e saber se as taxas, contribuições e preços públicos que se pagam são equivalentes ao custo dos serviços recebidos, como será o caso dos Hospitais EPE, uma vez que estes são essencialmente financiados pelas receitas fiscais e outras que não geram contraprestação (Gonçalves & Quinaz, 2013).

2- A Gestão de Resultados

2.1. Conceito e características

A problemática da gestão de resultados contabilísticos tem sido objeto de investigação desde há várias décadas, existindo na literatura várias linhas de investigação neste domínio, normalmente relacionadas com a qualidade da informação contabilística associada à visão oportunista da gestão de resultados (Healy e Wahlen, 1999).

A informação contabilística é um recurso útil e fundamental para um vasto conjunto de utilizadores (investidores, credores, outros agentes económicos e público em geral) permitindo-lhes interagir com o meio envolvente e dota-los de conhecimento necessário para a atempada tomada de decisões (Bovens, 2005).

Assim, será fundamental que a informação contabilística seja preparada com base nos métodos e procedimentos comumente aceites e praticados, com o objetivo de apresentar uma imagem verdadeira e apropriada da posição financeira e do desempenho da entidade, garantir a relevância de todos os fatos patrimoniais e assegurar a comparabilidade no tempo e no espaço da informação apresentada (Gonçalves, 2005).

A prática de gestão de resultados não é de fácil observação, daí o desenvolvimento de vários estudos no sentido de definir os principais fatores que motivam os gestores ao recurso de práticas contabilísticas criativas¹. Todavia, este fenómeno ocorre por algumas razões, tais como: forte assimetria de informação entre a organização e os Stakeholders, e flexibilidade dos normativos contabilísticos (Gonçalves, 2005).

A primeira razão apontada é de fácil perceção uma vez que as organizações dispõem de informações privilegiadas o que lhes permite adotar práticas de gestão de resultados que dificilmente será detetada pelos *Stakeholders*. No que diz respeito aos fatores relacionados com o normativo contabilístico, a flexibilidade das normas, a discricionariedade na aplicação de determinados princípios contabilísticos dão azo aos gestores para optar por normas alternativas e que vão ao encontro dos seus objetivos favorecendo assim a adoção de práticas gestão de resultados. A título de exemplo, apresenta-se o caso da determinação da vida útil de um bem ou do valor residual no caso das depreciações/amortizações de ativos (Mendes & Rodrigues, 2006).

As práticas contabilísticas criativas apesar de variadas, todas afetam a estrutura da empresa quer pela via do desempenho, quer pela via patrimonial. Isto implica que a informação contabilística não reflete a imagem verdadeira e apropriada da entidade e acaba por influenciar

¹ Watts e Zimmerman (1978), desenvolvem a *Positive Accounting Theory* (PAT), introduzindo os conceitos de custos políticos e custos contratuais como fatores explicativos da prática de gestão de resultados.

de forma relevante a interpretação da situação económico-financeira da entidade (Salas *et al.*, 1995).

Refira-se que os gestores apenas incorrem em gestão de resultados quando os benefícios dessa conduta são superiores aos potenciais custos associados, uma vez que ao ser detetada a gestão de resultados, quer a entidade como o gestor perdem credibilidade perante os *Stakeholders* e reveem em baixa o valor da empresa (Dechow, Sloan & Sweeney 1996).

Salas *et al.* (1995) resumem as principais práticas contabilísticas criativas e as suas consequências conforme a figura abaixo:

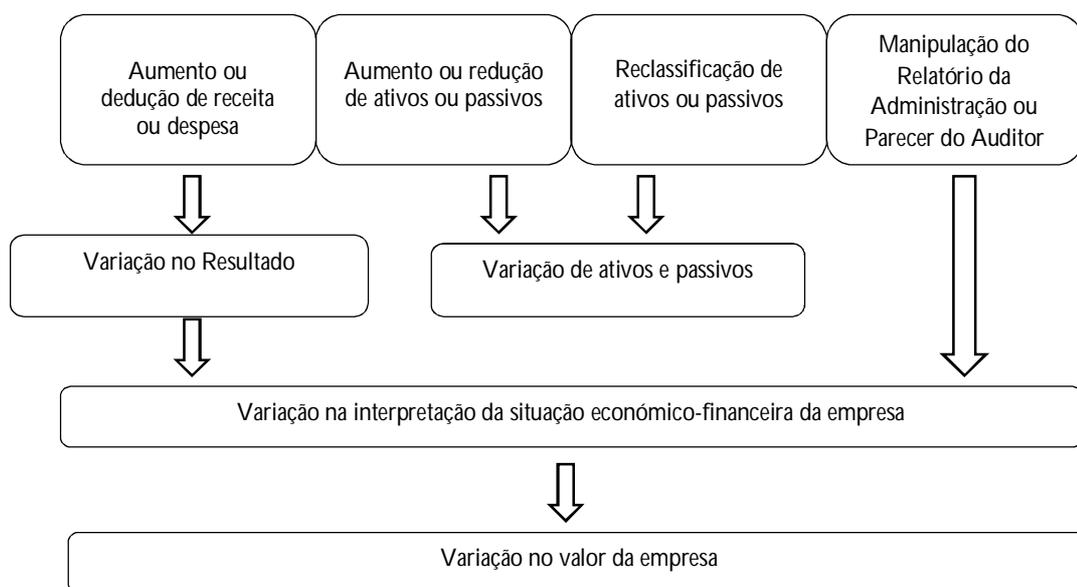


Figura 1 - Práticas contabilísticas criativas e os seus efeitos

Fonte: Adaptado de Salas *et al.* (1995)

Para Healy e Wahlen (1999), a gestão de resultados ocorre quando os gestores usam os seus julgamentos profissionais no relato financeiro e na estrutura das operações para alterar as demonstrações financeiras com o objetivo de enviesar a perceção dos *Stakeholders* sobre o desempenho económico da entidade e/ou influenciar os resultados de determinados contratos que dependem da informação contabilística.

Assim, os autores consideram que, através do poder discricionário, os gestores podem melhorar o cariz informativo das demonstrações financeiras de forma intencional com reflexo em benefícios particulares.

Outra das mais antigas e citadas definições de gestão de resultados foi proposta por Schipper (1989). A autora entende por gestão de resultados a intervenção intencional por parte do gestor no processo de relato de informação financeira com o propósito de obter um ganho específico para si ou para a respetiva entidade. Como tal enviesam os resultados através das

normas contabilísticas mais favoráveis ou pelo seu uso em determinados contextos. A autora parte do pressuposto que os resultados ao terem um cariz informativo e são preponderantes e condicionam o processo de tomada de decisão por parte dos *Stakeholders*.

Segundo Beneish (2001), o conceito de gestão de resultados pode ser visto segundo duas óticas distintas: a ótica oportunista e a ótica de informação. No primeiro caso, o gestor pretende iludir os *Stakeholders* levando-os a agir de acordo com os seus interesses, (e.g. Schipper 1989; Healy & Wahlen 1999). Já na perspetiva de informação, o gestor recorre à gestão de resultados presumindo que ao fazê-lo está a transmitir aos *Stakeholders* a sua própria expectativa de futuros *cash flows*.

Para Dechow e Skinner (2000), a gestão de resultados só ocorre porque existe assimetria de informação, porquanto se existissem mercados completos e perfeitos não era necessária a existência de informação contabilística. Para os autores só se está perante gestão de resultados quando a distorção da informação contabilística influencia a avaliação da entidade por parte dos *Stakeholders*. Mas como existe assimetria de informação e uma relação de agência entre a gestão e os utilizadores da informação financeira, os gestores através das opções contabilísticas omitem ou distorcem informação sobre a qualidade dos resultados apresentados.

Ao analisar as definições apresentadas pelos vários autores, reconhece-se que todos eles são unânimes quanto à intencionalidade da prática gestão dos resultados. De facto, todas as definições referem que a gestão de resultados consiste no comportamento premeditada do gestor na preparação do relato financeiro com a intenção de alcançar um determinado objetivo. Portanto, a gestão de resultados depende da intenção do gestor e está relacionada com os incentivos que a gestão tem em reportar resultados superiores ou inferiores àqueles que resultam de um processo neutro (Healy & Wahlen, 1999).

A possibilidade de alteração nos resultados financeiros, aludida pelos vários autores, é sustentada na discricionariedade subjacente aos princípios contabilísticos. Ou seja, a flexibilidade presente nas normas contabilísticas permite aos gestores divulgar as demonstrações financeiras que melhor se adequam a determinados interesses, sem por isso incorrerem em práticas ilegais (Marques & Rodrigues, 2009). Porém, ao longo das últimas décadas os estudos sobre este fenómeno têm mostrado que não é fácil discernir o que constitui e o que não constitui um comportamento oportunista. Como referem Dechow e Skinner (2000), as escolhas contabilísticas apenas se consideraram como gestão de resultados se forem cometidas com a intenção de “ocultar” ou “mascarar” o verdadeiro desempenho económico da entidade.

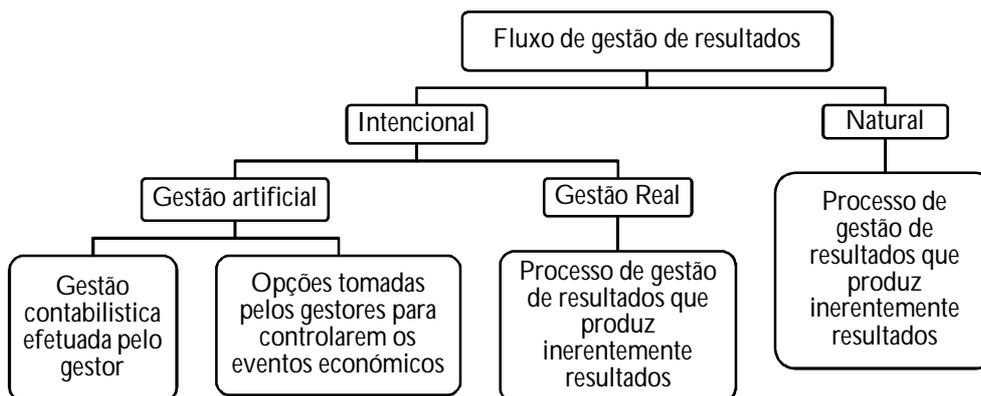


Figura 2- Gestão de resultados

Fonte: Adaptado de Eckel (1981)

É de vital importância que os investidores, credores, analistas, reguladores e outros utentes das demonstrações financeiras detetem as práticas de gestão de resultados o mais cedo possível, isto é, antes da tomada de decisões, de forma a evitar surpresas negativas ao nível da substância económica subjacente da entidade que relata (Gonçalves & Quinaz, 2013).

Tomando como referência estes elementos, no âmbito do setor público a gestão de resultados deve-se entender como: a discricionariedade do gestor (político) na eleição de opções contabilísticas e/ou na definição da política orçamental com a intenção de influenciar a opinião dos cidadãos e dos *Stakeholders* relativamente ao desempenho económico e social da entidade, em benefício próprio (Eckel, 1981).

2.2. Motivações contratuais

A prática de gestão de resultados não é de fácil observância, isto porque para identificar se houve lugar ou não a tais práticas é necessário estimar os resultados antes das consequências da gestão de resultados dos mesmos, o que pode não ser tão linear (e.g. Healy & Wahlen, 1998).

Existem evidências empíricas no sentido de explicar os principais fatores que motivam os gestores ao recurso discricionário de certas práticas contabilísticas com o objetivo de obterem o resultado pretendido. Este interesse pode estar relacionado com as relações contratuais ou de regulamentação.

Conforme a teoria de agência² definida por Jensen e Meckling, (1976), a empresa não atua sozinha mas sim através de um conjunto de relações contratuais formais ou informais, entre inúmeros agentes que contribuem para o seu desenvolvimento. No entanto, a existência de assimetria de informação entre os gestores e os *Stakeholders* no acesso e na elaboração da informação contabilística, possibilita que os gestores providos de informação privilegiada atuem de acordo com os seus próprios interesses na procura de eventuais benefícios.

Ainda neste contexto, Watts & Zimmerman (1986) encaram a contabilidade como instrumento de monitorização e regulação dos contratos entre a empresa e *Stakeholders*. Também para Healy e Wahlen (1999), a informação contabilística é utilizada na regulação e monitorização dos contratos entre a empresa e os seus *Stakeholders*.

Diversos autores (e.g. Watts e Zimmerman, 1986; Jensen & Meckling, 1976) sugerem que a assimetria de informação é condição *sine qua non* para o comportamento oportunista do gestor na gestão da informação contabilística, gerindo as variáveis contabilísticas usadas nos contratos, sobretudo quando estes impõem penalizações e determinados indicadores contabilísticos e financeiros não são alcançados. Perante um fraco desempenho ou abaixo das expectativas, próximo da ocorrência de tais penalidades, os gestores com o objetivo de cumprir tais exigências adotam práticas discricionárias no sentido de reportar indicadores de desempenho mais favoráveis evitando o incumprimento (Healy & Wahlen, 1999).

No que concerne à gestão de resultados, assume-se que às condições contratuais providenciam gestão de resultados no sentido de empolar os resultados (sentido ascendente) ou para reduzir as restrições com base nos desempenhos contabilísticos ou para evitar os custos subjacentes às violações contratuais (Beneish, 2001).

Os resultados da investigação da autora Sweeney (1994) indicam que os gestores das empresas que estão na eminência de violar determinados convênios contratuais (*debt covenant clauses*) alteram no ano anterior e no próprio ano, as políticas contabilísticas e realizam ações discricionárias para aumentar o resultado contabilístico, na tentativa de evitar tal incumprimento. Dessa forma, é apresentada evidência de que quanto mais as empresas dependem e estão endividadas, mais o gestor tende a recorrer à prática de gestão de resultados por forma a não infringir das restrições contratuais por um ou mais períodos.

Na mesma linha de pensamento, espera-se que as empresas do setor público façam a gestão de resultados contabilísticos de forma ascendente, com o objetivo de camuflar a real situação

² A teoria de agência alega a existência de conflitos na relação contratual entre o principal e o agente, elemento sob o qual o principal delega autoridade. A divergência de interesses entre os dois elementos origina custos, denominados de custos de agência, ou custos contratuais, que se devem à implementação de mecanismos de supervisão (*monitoring expenditures*), ao estabelecimento de garantias contratuais (*bonding expenditures*) e a perdas residuais (*residual loss*) (Jesen & Meckling, 1976).

financeira da empresa, obtendo melhores convénios contratuais. Pensa-se que o impacto desta situação seja maior no caso das empresas públicas uma vez que nestas existe a necessidade adicional por parte do gestor público em mostrar aos reguladores o bom desempenho das suas políticas de governação.

A pressão da entidade reguladora do setor constrange as organizações sem fins lucrativos a apresentar lucros aproximados a zero ou ligeiramente acima de zero que vá ao encontro das restrições e pressões da regulação (Leone e Van Harn, 2005). As conclusões do estudo destes autores provam que os gestores sem fins lucrativos usam *accruals* discricionários para gerir os resultados em conformidade com as pressões e restrições legais e sinalizam em simultâneo a discricionariedade por parte dos gestores.

Assim sendo, os Hospitais tendem a gerir os resultados para obterem lucro em torno de zero, como forma de responder às pressões e regulação legal, e para estar em conformidade com as restrições da entidade reguladora correspondendo às expectativas da entidade financiadora.

No caso concreto da presente investigação, esta diz respeito à gestão de resultados nos Hospitais EPE e como foi supramencionado o seu financiamento provém do contrato-programa celebrados entre o CA do Hospital e o Ministério da Saúde, representado pela respetiva ARS.

O prestador público está obrigado a alcançar metas quantitativas e qualitativas previamente definidas no contrato-programa, e o Ministério da Saúde a transferir as verbas essenciais para a prossecução dessas metas.

É neste contexto que se coloca a primeira hipótese de trabalho:

H1- *Os resultados económico-financeiros são geridos em sentido ascendente com vista à obtenção de mais financiamento governamental.*

Procura-se com esta hipótese de investigação analisar se os Hospitais EPE gerem os seus resultados com vista a melhorar o seu desempenho para permitir melhor acesso ao financiamento governamental.

2.3. Motivações relacionadas com a reputação do gestor

Comummente quando se pensa em práticas de gestão de resultados associa-se essa conduta ao empolamento dos resultados. Contudo em determinada situação o que sucede é precisamente o oposto, ou seja, existe incentivos para diminuir consideravelmente os

resultados. Um desses motivos está relacionado com a alteração dos órgãos de gestão, na literatura designada de "*CEO turnover*" (Leone & Van Horn, 1999).

A base teórica para o incentivo relacionado com a alteração dos órgãos de gestão é a *PAT* de Watts e Zimmerman (1978), ao referir que todos os intervenientes na relação de agência agem de forma oportunista de acordo com eventuais benefícios. Assim sendo, os gestores públicos são primariamente motivados a gerir os resultados com base em questões de reputação (Gonçalves, 2005).

De acordo com Bengtsson, Bergstrom & Nilsson (2008), para o estudo da gestão de resultados com base na rotatividade dos órgãos de gestão, esta ocorre quando o órgão cessante dá lugar ao novo órgão mandatado, sendo apenas tido como referência o ano em que o novo órgão de gestão assume o total controlo sobre a informação financeira e coloca a sua assinatura no relatório de contas. Porquanto, existem situações em que não tendo o órgão de gestão cessado funções no final do ano económico, este ainda assina e detém algum controlo sobre a informação financeira juntamente com o novo órgão de gestão.

À premissa da rotatividade do órgão de gestão é importante distinguir os interesses do órgão cessante do novo órgão de gestão, isto porque mediante a presença de um tipo de órgão de gestão podem-se identificar diferentes motivos para gerir os resultados (Murphy & Zimmerman, 1993). Não obstante do tipo de órgão, ambos privilegiam a reputação como forma de compensação e incentivo à discricionariedade.

As variáveis discricionárias como vendas, ativos, são reflexo da saúde económica (performance) da organização. Os componentes das diversas variáveis, estão intrinsecamente ligados.

Muitas das explicações oferecidas pela literatura sobre o comportamento da gestão das variáveis financeiras que giram em torno da mudança de gestor público, envolvem a contabilidade discricionária por parte do gestor cessante ou do novo (Murphy & Zimmerman, 1993).

Assim sendo a maioria da literatura existente atesta que existe tendência a gerir os resultados de forma ascendente no caso dos gestores públicos de saída em oposição ao novo gestor que tende a gerir os resultados no sentido descendente (e.g. Dechow & Sloan 1991; Pourciau, 1993)

No caso do gestor cessante e perante a possibilidade de ocorrerem lucros abaixo de zero, há tendência para gerir os resultados acima de zero a fim de evitar perdas. Esta situação tem a ver com a reputação dos gestores, como forma de sinalizar o mercado laboral das suas valências e qualidades. Um bom ou mau desempenho (perdas ou ganhos financeiros) é um

atributo observado pelo mercado no que diz respeito às capacidades dos gestores, como resultado disso os gestores gerem os resultados na tentativa de ludibriar o mercado de trabalho.

O gestor cessante pode tentar inflacionar os resultados de modo a mascarar uma fraca performance financeira, com o intuito de recolher bónus nos últimos anos de serviço, ou na expectativa de conseguir um melhor emprego no futuro.

No que concerne ao novo gestor público, alguns autores (e.g. Murphy & Zimmerman, 1993; Pourciau, 1993) defendem que os novos gestores são motivados a gerir os resultados no ano de transição com recurso a *accruals*³ de forma descendente para que o mau desempenho da empresa possa ser responsabilizado ao gestor anterior. Existe assim uma propensão a reduzir os resultados quando se verifica uma mudança dos gestores da empresa, pelo que, no primeiro exercício económico do novo executivo existe uma maior probabilidade que este levem a cabo uma espécie de “operação de limpeza”, na literatura designada de “*big bath*”⁴.

Posteriormente o gestor público usa os *accruals* crescentes com o intuito de colher os créditos nas melhorias no desempenho financeiro que ocorram nos anos seguintes como manifestação inequívoca de boa gestão, e conseqüente aumento da sua reputação (Leone & Van Horn, 1995).

O “*big bath*” é um procedimento estratégico favorável para o novo órgão de gestão, uma vez que ao hiperbolizar os resultados anteriores, permite culpabilizar a anterior gestão pelos maus resultados e definir um ponto de referência baixo contra o qual a nova gestão será avaliada, maximizando o seu poder e capacidade de aumentar o valor da empresa e a boa performance económico-financeira (Pourciau, 1993).

Esta conduta dá origem à criação de reservas ocultas que lhes não de servir para gerir os lucros no sentido ascendente nos anos em que a sua (in) competência se revele (Geertsema *et al.*, 2014).

Conclui-se que se o novo gestor optar pelo “*big bath*”, com isso ele tem efeitos diretos e indiretos. Ao diminuir o desempenho financeiro isso vai implicar um efeito adverso no valor da empresa. Mas por outro lado, a apresentação de demonstração de resultados com um

³ Moreira (2006, p.29), explicita o termo inglês *accruals* como sendo a “variação do fundo de maneiço” (incluindo as amortizações do período) e que se relaciona com os resultados operacionais do seguinte modo: RO (Resultados Operacionais) = CFO (Cash Flow Operacional) + ACC (*Accruals*).

⁴ Este tipo de estratégia é conhecido como “*big bath*”, este é um método de gestão de *accruals*, assente na premissa de que os investidores atribuem maior valor a pequenas perdas do que a uma grande perda. Este tipo de estratégia é conhecido como “*big bath*”, este é um método de gestão de *accruals*, assente na premissa de que os investidores atribuem maior valor a pequenas perdas do que a uma grande perda. Neste sentido, quando existe a expectativa de um mau resultado, a tendência do gestor será para o piorar, adicionando ao resultado corrente novos custos que poderiam apenas se refletir em períodos futuros. Desta forma, a organização condensa os maus resultados apenas num período, o corrente, o que permite, numa perspetiva futura, melhorar os resultados dos períodos posteriores (Pourciau, 1993).

desempenho financeiro muito baixo, a estratégia do *“big bath”* pelo novo gestor, pode reduzir a percepção da variação dos lucros e o prémio de risco associado por parte dos *Stakeholders* (Yu, 2012).

De uma forma geral, os gestores que recorrem à prática de gestão de resultados visam progredir profissionalmente de uma forma mais vantajosa. No entanto, as práticas de gestão de resultados têm impacto nos resultados financeiros deturpando a informação e, conseqüentemente, a percepção dos *Stakeholders* face ao desempenho económico da empresa (Gonçalves, 2005).

Assim coloca-se a seguinte hipótese de investigação:

H2- *Os resultados são geridos em sentido descendente no ano de mudança do gestor público.*

Procura-se com esta hipótese de investigação averiguar se no ano de mudança do gestor público este incorre em práticas discricionárias nos resultados dos Hospitais EPE.

3- Setor Hospitalar Público

3.1 Breve caracterização do sistema de saúde português

O acesso aos cuidados de saúde é um direito garantido consagrado no artigo 64º Constituição da República Portuguesa.

Os Hospitais, enquanto instituições produzem diversos tipos de serviços, nomeadamente educação, investigação, serviços comunitários e tratamento de doentes. No entanto, a sua atividade primordial consiste no tratamento de doentes em regime de internamento. Veja-se a definição de hospital apresentada pela Direcção-Geral da Saúde (1998): "O Hospital é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objetivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. A sua atividade é desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Compete-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino, com vista a resolver problemas de saúde. Deve ter capacidade de organização, para se adequar às reais necessidades de saúde da população, para que os resultados da sua prestação ou desempenho correspondam a ganhos em saúde".

Os Hospitais assumem importância no panorama do setor da saúde pois constituem um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na edificação do SNS de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente por parte dos cidadãos (Preâmbulo do Despacho n.º 2508/2012, de 10 de dezembro).

Do ponto de vista jurídico, os Hospitais são pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira. Em termos de gestão, os Hospitais organizam-se e são administrados de acordo com os princípios de uma gestão empresarial de acordo com o disposto no art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, (Tribunal de Contas, 2006).

O SNS abarca todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Cria-se um SNS universal, geral e gratuito (permite a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações), cujo acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro.

Em termos organizais, o diploma supramencionado determina que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e organizar-se de forma descentralizada e desconcentrada, incluindo órgãos centrais, regionais e locais, composta por serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços

prestadores de cuidados diferenciados (Hospitais gerais, Hospitais especializados e outras instituições especializadas).

No quadro político e económico o SNS surge a par do processo de democratização do país e à expansão do sistema de proteção social, um movimento semelhantes noutros países do Sul da Europa (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002).

A partir de 1990 o sistema de saúde português passa a ser regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e o Estatuto do SNS (Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro).

De igual modo, a promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, mas também celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde (Freitas & Escoval, 2010).

O Base XXXIV da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, prevê ainda que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde e consistem em receita do SNS, ficando isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

A Lei de Bases da Saúde no seu n.º 2 do Base XII torna imperativa a aprovação de um novo estatuto do SNS, o qual surge através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

O novo estatuto do SNS procura colmatar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados do ponto de vista médico e organizativo. Perante a indivisibilidade da saúde e da necessidade de uma gestão criteriosa de recursos são criadas unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e Hospitais.

Todavia, face às crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias urge e exige-se que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daqui resulta a criação das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas (Freitas & Escoval, 2010).

A flexibilidade na gestão de recursos impõe ainda a adoção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais.

Até ao ano de 2002, a maioria dos Hospitais portugueses tinham o estatuto público e eram dotados de autonomia administrativa e financeira. Nesse ano a Lei de Bases da Saúde sofre modificações profundas com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar.⁵

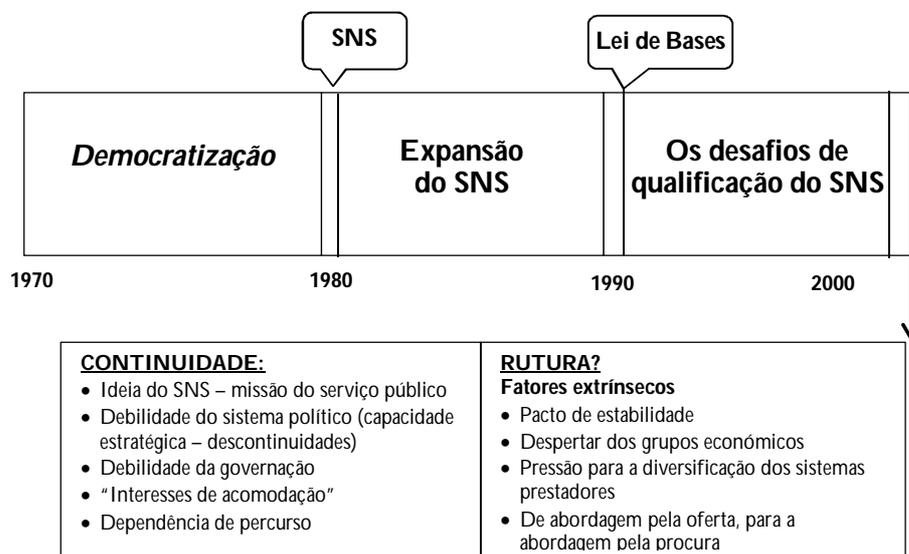


Figura 3- Evolução do Sistema de Saúde Português

Fonte: Adaptado de Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004

A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro estabelece um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que agregam a rede de prestação de cuidados de saúde e institucionaliza os modelos de gestão de tipo empresarial à luz dos princípios do novo modelo gestor conhecido por NPM, como se pode observar na figura 3.

As virtualidades de uma cultura empresarial na gestão hospitalar não podem anular a missão a que estas instituições públicas estão obrigadas perante os cidadãos e perante a lei (Ministério da Saúde, 2010).

A reforma desenvolvida no sector hospitalar português que culminou na adoção de princípios da NPM e num processo tendencial de empresarialização dos Hospitais públicos, teve a sua maior expressão em 2002, com a transformação de 34 Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) em 31 Hospitais Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos (por constituição de grupos e centros hospitalares) (Valente, 2010)

Em 2005, após três anos de modelo de gestão SA, foi adotado um novo modelo⁶ que procedeu à transformação dos 31 Hospitais SA em EPE (Campos, 2005).

⁵ Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, aprova o novo regime de gestão hospitalar.

⁶ Decreto-lei n.º 93/2005, de 7 de junho, aprova a transformação dos Hospitais SA em EPE.

3.2 Os Hospitais EPE

3.2.1 Enquadramento legal

Como foi referido no ponto anterior em finais 2002, ocorre uma profunda reforma a nível das estruturas gestonárias do setor da saúde, com a transformação dos Hospitais em Hospitais-empresa. A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, altera a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e aprova o novo regime Jurídico da Gestão Hospitalar (revogando o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro). De acordo com art.º 2 do novo regime, os Hospitais agregados na rede de prestação de cuidados de saúde passam a revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

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

A alteração da natureza jurídica de Hospitais SPA para entidades representativas do S E E, ou seja, a criação de empresas públicas a nível hospitalar, foi impulsionada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março. No aludido diploma reconhece-se que a “empresarialização” de Hospitais constitui um vetor fundamental da reforma da gestão hospitalar tendo como objetivo principal melhorar a sustentabilidade, eficiência e a qualidade do serviço hospitalar (Campos, 2005).

Existe um amplo reconhecimento da necessidade de inovação e modernização do setor da saúde, o qual evidenciada problemas de eficiência na afetação de recursos, falta de produtividade sistémica, despesa pública inoportável para o país e uma crescente insatisfação dos utentes pelos níveis do serviço prestado, exigindo um aumento de eficiência, eficácia e qualidade no setor cuja reposta passa pela “empresarialização”, que permite entre outros aspetos, agilizar a capacidade de resposta à população e a gestão mais eficiente da aplicação dos recursos públicos, na prossecução do seu objetivo primordial: servir o doente de forma mais qualificada, mais célere, mais eficaz e mais humana (Ribeiro, 2004).

Por empresarialização entende-se o processo de autonomização das competências gestonárias das organizações hospitalares públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do setor privado, no quadro de um sistema público de prestação de

cuidados. É derivada de uma aplicação dos princípios da NPM ao setor hospitalar público (Stoleroff & Correia, 2008).

Em 2005 e decorridos três anos da criação dos Hospitais SA, são criados os Hospitais com a natureza de EPE por transformação dos já referidos 31 Hospitais SA, acrescidos dos Hospitais de Santa Maria e São João, que pertenciam ao SPA, através do Decreto-lei nº 223/2005, de 29 de dezembro.

Os Hospitais denominados EPE, mantêm o objetivo de garantir a racionalização dos recursos, a contenção dos gastos e o aumento da qualidade da oferta, promovendo a concentração de estabelecimentos hospitalares permitindo ganhos de escala e especialização produtiva (Campos, 2005).

Os Hospitais EPE são empresas públicas dotadas de personalidade jurídica com autonomia administrativa e financeira, financiados maioritariamente pelo Estado e por ele controlados, orgânica e funcionalmente. O regime jurídico aplicado é de direito privado, segundo o art.º 7.º n.º1 do Regime do Setor Empresarial do Estado. Segundo este regime, a tutela é governamental (Ministro das Finanças e da Saúde), tanto económica como financeiramente, aplicando-se as regras do tipo tutelar do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro. Reguladas pelo capítulo III do Decreto-lei n.º 558/1999 e, subsidiariamente a tudo o que não estiver neste capítulo, pelas restantes normas do mesmo Decreto.

O aludido Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, para além de criar as entidades públicas empresariais, estabelece o regime jurídico e aprova os estatutos aplicáveis a todas as unidades de saúde com a natureza jurídica de EPE.

De acordo com os respetivos diplomas criadores e estatutos⁷ por estes aprovados, as mesmas entidades públicas empresariais apresentam uma uniformidade de aspetos, nos domínios do regime jurídico, financeiro e de pessoal aplicável.

Na tabela seguinte destacam-se as principais características fundamentais segundo as dimensões: principais critérios de gestão, a organização interna, tutela e gestão económica e financeira.

⁷ A criação daquelas entidades públicas empresariais ocorreu por via dos Decretos-Lei nºs 93/2005, de 7 de junho, 233/2005, de 29 de dezembro, 50-A/2007 e 50-B/2007, de 28 de fevereiro, 326/2007, de 28 de setembro, 23/2008, de 8 de fevereiro, 180/2008, de 26 de agosto, 183/2008, de 4 de setembro, 203/2008, de 10 de outubro e 27/2009, de 27 de janeiro.

	EPE
Principais critérios de gestão	<ul style="list-style-type: none"> – Natureza centrada na operacionalização de princípios de racionalidade económica; – Atividade paga pelo Estado, através de contratos-programa onde se definem metas quantitativas e qualitativas, calendarização, investimentos necessários e indicadores de desempenho, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos; – Profissionais sujeitos a instrumentos de regulamentação coletiva e regulamentos internos; – Contratação dependente da previsão anual dos orçamentos apresentados ao Ministério da Saúde; – Opção do trabalhador pelo regime de contratação a que se sujeita, dependendo daí o regime de proteção social assegurado.
Organização Interna	<ul style="list-style-type: none"> – Regem-se por regulamentos internos e normas em vigor para os Hospitais do SNS compatíveis com a natureza empresarial, e pelo regime jurídico aplicável aos EPE; – Os órgãos integrantes são: Conselho de Administração (CA), fiscal único e conselho consultivo; – O CA é composto por um presidente e um máximo de seis vogais, cujo mandato tem a duração de três anos, sendo se for caso disso renovável por igual período; – Ao CA cabe a organização, planeamento, execução e avaliação das atividades hospitalares, do orçamento e dos recursos humanos. – Aplica-se ao gestor do Hospital EPE o estatuto dos titulares de órgãos de gestão nomeados pelo Estado e, portanto, o gestor é um gestor público;
Tutela	<ul style="list-style-type: none"> – O capital estatutário e membros do CA são definidos conjuntamente pelos ministros da Saúde e das Finanças; – O fiscal único é nomeado pelo ministro das Finanças; – O Ministro da Saúde ou as administrações regionais de saúde (sob delegação do ministro) têm a superintendência em matéria de controlo/fiscalização da atividade e aprovação dos objetivos e estratégias.
Gestão económica e financeira	<ul style="list-style-type: none"> – Rege-se pelo Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), adaptado às suas especificidades e natureza jurídica, quer em termos de gestão previsional quer em termos de prestação de contas; – Elaboração de um conjunto de instrumentos de gestão previsional a utilizar na gestão financeira e patrimonial (planos plurianuais e anuais de atividades, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos, orçamento anual de investimento, orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos, orçamento anual de tesouraria, balanço previsional, contratos-programa externos e contratos-programa internos); – Elaboração e apresentação anual e por referência a 31 de Dezembro de cada ano (relatório do CA e proposta de aplicação dos resultados, relatório sobre a execução

	<p>anual do plano plurianual de investimentos, balanço e demonstração de resultados, demonstração de fluxos de caixa, relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazos, certificação legal de contas e relatório e parecer do fiscal único); e</p> <p>– O controlo financeiro da entidade implica uma fiscalização sucessiva e concomitante (Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas e Lei n.º 14/96).</p>
--	---

Tabela 4- Principais características do Estatuto jurídico das EPE

Fonte: Adaptado do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro

De salientar, ainda, que, de acordo com o artigo 13.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, posteriormente revogado pela alínea o) do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro (Diploma legal que aprovou o Código dos Contratos Públicos) a aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas por aquelas entidades públicas empresariais devem reger-se pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do regime do direito comunitário relativo à contratação pública.

O citado diploma é um marco importante no processo de contratualização, pelo que se faz referência aos pontos considerados relevantes:

- a) O endividamento dos Hospitais EPE não pode exceder, em qualquer momento, o limite de trinta pontos percentuais do capital estatutário.⁸
- b) Contém um capítulo III - Regime financeiro, que regula os princípios a que os Hospitais EPE deverão obedecer nas seguintes matérias: controlo financeiro, financiamento e aquisição de bens e serviços
- c) O artigo a que se refere o "Financiamento"⁹, menciona claramente que os Hospitais EPE são financiados nos termos da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, ou seja, o pagamento dos atos e atividades é feito através de contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde.¹⁰

Finalmente, o Hospital EPE regem-se ainda pela Resolução de Conselho de Ministros, n.º 49/2007, de 28 de março, que instituem um conjunto de normas de Bom Governo das empresas do SEE, de modo a incentivar os diversos agentes económicos a dar um contributo para que as empresas sejam governadas com eficiência e atuem com equidade perante os

⁸ O art. 12.º em nada refere quanto ao método de cálculo do referido endividamento. Assim, considera-se para o referido cálculo as dívidas a terceiros – curto, médio e longo prazo constantes do Balanço a 31 de dezembro dos anos de 2006 e 2007, verificando-se quer no Centro Hospitalar de Setúbal quer no Hospital Garcia de Orta que o referido limite foi excedido. Para o repor será necessário aumentar o capital estatutário.

⁹ Artigo 12.º do D.L. 233/2005, de 29/12.

¹⁰ O contrato-programa "...estabelece os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, sua calendarização, os meios e instrumentos para os prosseguir, designadamente de investimento, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes..." (n.º 2 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29/12).

diferentes interesses e adotem estratégias concertadas de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental.

3.2.2 Estrutura organizacional

A estrutura organizacional do hospital público tradicional português assenta num modelo obsoleto que compromete o desempenho assistencial na medida em que se encontra organizado por serviços, segmentando a prestação de cuidados de saúde e dificultando a sua integração, impedindo assim o desenvolvimento de práticas de gestão descentralizadas e participadas. Apesar da alteração do estatuto jurídico dos Hospitais, conhecida como o “processo de empresarialização”, quer a estrutura organizacional, quer as práticas de gestão adotadas não registam alterações significativas, apenas possibilita uma maior agilidade na contratação de recursos humanos, maior capacidade negocial nas aquisições e nos projetos de investimento e institucionalização das ideias de cliente ou consumidor (Ministério da Saúde, 2010).¹¹

O modelo organizacional que permita cumprir com os objetivos de envolvimento global na gestão e partilha de responsabilidades adaptado às funções e à dimensão hospitalar, dever incorporar na sua conceção alguns requisitos estruturantes (Ministério da Saúde, 2010):

- Facilidade de leitura da cadeia de comando hospitalar;
- Facilidade de avaliação;
- Agregação departamental por afinidade nos processos produtivos, nos recursos utilizados e nos procedimentos de gestão;
- Delimitação clara das áreas de gestão, sem sobreposições e sem fragmentação das linhas de produção, fazendo inequívocos os circuitos de responsabilidade;
- Responsabilidade uninominal, sempre que possível.

De acordo com o Estatuto Jurídico dos Hospitais EPE¹², a estrutura organizacional compreende: um órgão de administração - o CA, um órgão de controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial – o Fiscal Único e um outro de natureza consultiva - Conselho Consultivo. Inclui também as comissões de apoio técnico que são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o CA, por sua iniciativa ou a pedido deste, nas matérias da sua competência¹³. São constituídas imperativamente as comissões de Ética, Humanização e Qualidade dos Serviços, Controlo e Infeção Hospitalar, e

¹¹ Compreende a diferenciação das atividades no sentido horizontal (departamentalização) e no sentido vertical (hierarquia).

¹² Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, art. 5º.

¹³ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, n.º 1 do art. 21º.

Farmácia e Terapêutica, podendo o CA, se assim o pretender, criar outras comissões de apoio técnico¹⁴.

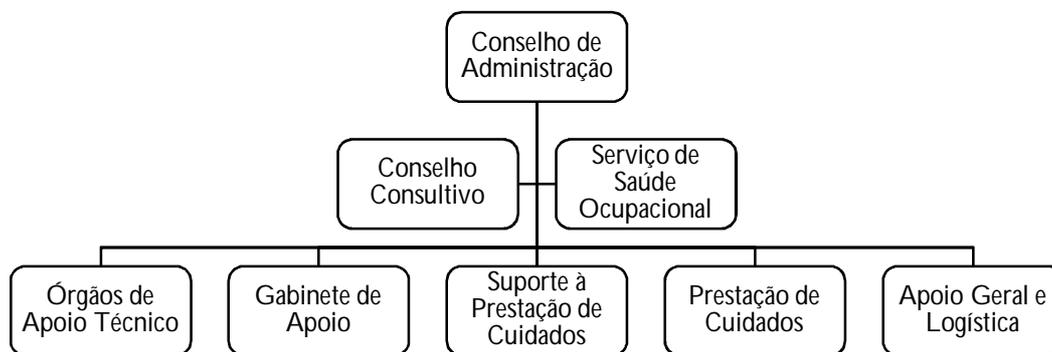


Figura 4 – Organograma da organização interna de um Hospital EPE

Fonte: Hospital de Faro EPE, 2012

O CA¹⁵ é composto pelo presidente e um máximo de seis vogais, em função da dimensão e da complexidade do Hospital EPE, sendo nomeado pelos Ministros da Finanças e da Saúde, com um mandato de três anos renovável por iguais períodos. Os membros da direção técnica, constituídos pelo diretor clínico e enfermeiro-diretor, integram o CA do hospital e são obrigatoriamente um médico e um enfermeiro¹⁶.

Nos Hospitais EPE aplica-se o Estatuto de Gestor Público (EGP) aos membros do CA mantendo o regime de incompatibilidades previsto no Estatuto do SNS no que se refere ao exercício de atividade privada. A remuneração é fixada por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde e varia em função da complexidade de gestão¹⁷.

Os membros do CA podem ser livremente exonerados por despacho dos Ministros das Finanças e da Saúde com fundamento na falta de observância da lei, regulamentos ou violação grave dos deveres de gestor. A exoneração deve ser precedida de audiência do interessado, sem dependência de qualquer processo, nos termos do artigo 100.º do Código do Procedimento Administrativo aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de novembro.

Os Ministros das Finanças e da Saúde podem dissolver o CA, sempre que se confirme que este não tomou todas as medidas para evitar a ocorrência de desvios entre os valores orçamentados e a respetiva execução ou a deterioração progressiva dos resultados de atividade, incluindo a qualidade dos cuidados prestados.

¹⁴ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, n.º 2 do art. 21º

¹⁵ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6º, nº1.

¹⁶ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 9 e 10º

¹⁷ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 13º.

O fiscal único¹⁸ é obrigatoriamente um Revisor Oficial de Contas (ROC) ou uma sociedade de ROC, nomeado pelo Ministro das Finanças, por um período de três anos, a quem compete assegurar a legalidade, a regularidade e a boa gestão financeira e patrimonial do hospital. O Hospital EPE integra ainda na sua estrutura orgânica, um Auditor Interno¹⁹ com a devida qualificação, designado pelo CA a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos

O órgão de consulta – Conselho Consultivo²⁰ – integra na sua composição representantes da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), do município onde o hospital se insere, dos utentes e dos profissionais do Hospital. O Hospital EPE possui obrigatoriamente comissões de apoio técnico, que auxiliam o CA na tomada de decisão.

3.3 Modelo de financiamento: Contratualização de cuidados de saúde

O aumento na procura dos cuidados de saúde é consequência de alguns aspetos tais como: o aumento da esperança média de vida, a evolução tecnológica, o crescimento das expectativas e do nível de exigência por parte dos cidadãos dos serviços de saúde prestados.

Existindo à partida uma limitação de recursos disponíveis o aumento da procura incorre na necessidade de uma utilização efetiva e eficiente, assegurando um sistema de saúde sustentável para enfrentar as necessidades do futuro (Matos, Ferreira, Lourenço & Escoval, 2010).

O paradigma de financiamento do setor da saúde passou por fases distintas. Até 1981 o sistema de financiamento era sustentado pelos subsídios de exploração (dotações) que eram atribuídos pelo Orçamento Geral do Estado ao SNS atendendo às contas de balanço e demonstração dos resultados do ano anterior (com base na despesa histórica). De acordo com Ribeiro (2004) esse tipo de financiamento caracterizava-se pela ausência de uma expressão contratual suficientemente explícita quanto aos níveis de produção a conseguir para a capacidade instalada.

A par disso, o acentuado peso da despesa pública com a saúde no Orçamento de Estado, justificou a necessidade de repensar os métodos de gestão a nível do financiamento do setor da saúde. Seguindo a tendência europeia e sob influência da filosofia da NPM, Portugal introduz novas práticas de gestão no SNS típicas das organizações privadas através da empresarialização dos Hospitais públicos portugueses, explicitação clara do papel do Estado enquanto e prestador e financiador, promovendo a adoção de boas práticas de gestão e uma

¹⁸ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 15º

¹⁹ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 17º

²⁰ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 18º

maior responsabilização das estruturas regionais de administração através da realização de compromissos explícitos entre todos os *Stakeholders* (OPSS, 2001: 2009).

Paralelamente à transformação em EPE, por via do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, assiste-se ao retomar do processo de contratualização, através da publicação do Despacho n.º 22250/2005, de 25 de outubro, o qual prevê a reconstituição das Agências de Contratualização enquanto órgãos da ARS.

Este retomar assenta no reconhecimento da importância da gestão participada e descentralizada do SNS, no controlo do crescimento da despesa como forma de garantir a sustentabilidade financeira do SNS suprimindo os desperdícios e minimizando as ineficiências, nos termos do preâmbulo do referido Despacho.

O financiamento dos Hospitais públicos passou a ser feito com base em contratos programa. No âmbito das reformas encetadas no setor da saúde e no decorrer da separação financiador-prestador a contratualização apresenta como potenciais vantagens: a *i)* ligação entre dotações financeiras para os serviços de saúde, padrões de consumo facilitando a sua medição e promovendo a eficiência e equidade; e *ii)* clarificação dos papéis e responsabilidades das partes reforçando uma maior responsabilização (England, 2000).

Este novo modelo de pagamento prevê no início de cada ano a produção hospitalar a ser realizada pelos Hospitais com base nas técnicas e serviços efetivamente prestados, conforme uma tabela de preços universal para todo o SNS.²¹

Esta tabela de preços classifica a contratação de serviços por objetivos concretos, adequados às necessidades das populações e às capacidades das instituições, premiando o mérito e o desempenho dos profissionais.²²

Porquanto, o Estado deixa de financiar todas as atividades desenvolvidas pelos Hospitais (financiamento retrospectivo) para financiar apenas, as atividades contratualizadas com o Ministério da Saúde no início de cada ano (financiamento prospetivo). A divisão da responsabilidade entre o financiamento e o fornecimento pode ter um efeito estimulador, uma vez que os Hospitais menos eficientes procuraram formas de atingir os valores dos Hospitais mais eficientes, conseguindo-se assim uma competição saudável entres os diversos Hospitais do SNS. Desse modo, a separação entre o financiador e as entidades prestadoras, bem como a introdução da relação acionista, vieram constituir a base da "nova" contratualização dos cuidados de saúde prestados por estes Hospitais (Tribunal de Contas, 2006).

Isto quer dizer que caso o hospital produza mais, ou seja, despenda de mais recursos do que foi estabelecido no contrato-programa, não será ressarcido pelo Estado, de acordo com o

²¹ Art. 1º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

²² Preâmbulo Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto.

novo modelo de gestão adaptado para o SNS. Claramente se percebe que um dos objetivos deste modelo é a racionalização dos gastos públicos, já que o capital estatutário dos Hospitais passa a ser definido em função da atividade hospitalar efetivamente realizada. O prestador público está obrigado a alcançar metas quantitativas e qualitativas definidas no contrato-programa, e o Ministério a transferir as verbas essenciais para a prossecução dessas metas. Realce-se que uma não utilização das verbas contratualizadas determina uma redução no financiamento da unidade hospitalar no ano subsequente (Mourato, 2013)

Não obstante, a reforma do modelo de financiamento traz também benefícios para o cliente, porquanto que a procura dos cuidados de saúde por parte dos cidadãos é livre em todo o território podendo estes optar pelo Hospital no qual pretendem ser tratados, espera-se que existam pressões do lado da procura no sentido de estimular os prestadores a aumentarem a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados e a orientarem-se mais para o cliente (Valente, 2010).

A fonte de receitas dos Hospitais EPE é primordialmente gerada pelo SNS, que contrata produção a cada hospital por linha de atividade. As linhas de atividade consideradas são as altas de internamento, as consultas externas, as sessões de hospital de dia e os episódios de urgência. Em média, o SNS é responsável por cerca de 80% das receitas anuais dos Hospitais empresa. O remanescente é assegurado pelos subsistemas de saúde, empresas seguradoras e privados²³.

Dessa forma e como se pode observar na Tabela 5 o desenvolvimento do novo modelo de financiamento visa prossecução de quatro objetivos fundamentais: o controlo da despesa total; a maximização da eficiência dos prestadores; a certificação de um elevado nível de qualidade dos cuidados prestados; e, por último, a responsabilização da gestão dos Hospitais públicos pelos resultados alcançados (Valente, 2010).

Estado (enquanto contratador/pagador)	Contrato-programa	Entidades prestadoras	Plano de atividades	Estado (enquanto acionista)
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica as necessidades; • Planifica a oferta de cuidados; • Contrata os serviços necessários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determina as responsabilidades do contratador e do prestador; • Fixa as quantidades, a qualidade e o respetivo preço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestam serviços de saúde; • Gerem a atividade de acordo com o fixado no contrato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica áreas de potencial melhoria; • Estabelece objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controla os resultados económicos; • Promove a articulação de “serviços partilhados”; • Apoia a gestão dos prestadores.

Tabela 5 - O novo modelo de financiamento

Fonte: Adotado de Ribeiro (2004)

²³ http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/

De acordo com Ribeiro (2004), esse novo modelo assenta essencialmente sobre cinco pilares:

- Relação contratual entre o Estado e o respetivo Hospital. A relação contratual é feita por meio de um contrato-programa que se encontra previsto no art. 24º dos estatutos de cada um dos Hospitais do SNS, em que está prevista “a celebração de contratos-programa plurianuais no âmbito da determinação da prestação dos serviços e cuidados de saúde”;
- Definição do valor a pagar com base nas linhas de produção (internamentos, consultas, episódios de urgência, cirurgia do ambulatório e hospital de dia, ou seja, em função do tipo de cuidados de saúde prestado, é fixado um preço, o qual é depois ajustado em função das especificidades de cada hospital, como, por exemplo, a severidade média das patologias e o nível tecnológico;
- Volume de produção contratada o qual é calculada em função da capacidade instalada e das necessidades dos utentes e visa, essencialmente, à cobertura de todos os custos fixos;
- Produção marginal é paga até determinado limite médio, sofrendo penalizações degressivas e ajustadas caso os Hospitais ultrapassem o limite do número de internamentos previstos;
- O contrato-programa é visto como instrumento de regulação da procura. A ideia é desincentivar a produção que se desvie dos volumes de produção contratada, o que possibilitará a distribuição estratégica das produções pelas diferentes unidades hospitalares, levando, assim, a uma otimização da capacidade instalada do SNS.

O contrato-programa é o documento que formaliza o acordo negociado entre o CA do Hospital e o Ministério da Saúde representado pela respetiva ARS e tem por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos com uma vigência de três anos (Despacho nº 721/2006, de 11 de janeiro).

A celebração do contrato-programa permite ao Ministério da Saúde (como entidade adquirente/pagador) identificar as necessidades de saúde da população e com o intuito de dar uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde das populações, contrata os serviços necessários salvaguardando os princípios de equidade, eficiência e sustentabilidade económico-financeira do sistema de saúde. As entidades prestadoras asseguram o fornecimento do serviço de saúde na quantidade e na qualidade especificada no contrato. Os contratos potenciam o aumento da qualidade, estabelecendo *standards* de cuidados e metas de

qualidade e permitem a monitorização por parte do Estado e dos demais cidadãos (Figueras, Robinson & Jakubowski., 2005.)

O contrato-programa define o nível e a composição da produção contratada, os objetivos a atingir e acordados com a tutela, assim como os indicadores que permitem aferir o desempenho das instituições na perspetiva de garantia dos princípios de acesso e qualidade, desempenho económico-financeiro e assistencial (Matos *et al.* 2010).

Os principais elementos do contrato-programa são: objetivos, partes contratantes, relações, resolução de conflitos, tipo de contrato, definição do *output*, duração, subcontratação, regras de pagamento, incentivos e penalizações, partilha de risco, grau de especificação de serviços, qualidade, monitorização, auditoria e métodos de validação (Matos *et al.* 2010).

O Plano de Atividades das instituições prestadoras (Hospitais) traduz os contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde fundamentalmente com base nos serviços prestados aos utentes do SNS e com apresentação da faturação que suporta os mesmos. Em termos de financiamento passou-se de um sistema baseado no subsídio à exploração, para um sistema baseado na contraprestação dos cuidados de saúde efetivamente realizados. No entanto, estas instituições prestadoras recebem mensalmente um adiantamento por conta de futuros pagamentos a efetuar, isto é, após boa receção da fatura por parte do Instituto de Gestão Informática e Financeira. Contudo, o acerto de contas ficará dependente da disponibilidade financeira do SNS (Portaria nº 551/2004, de 22 de maio)

Um dos aspetos a destacar da nova gestão de cuidados de saúde diz respeito à responsabilização das partes por intermédio da monitorização. A monitorização e a transparência no processo de contratualização em saúde são importantes, no poder de decisão do verdadeiro pagador ao acesso ao serviço de saúde

De acordo com Freitas e Escoval (2010), a monitorização é o processo de acompanhamento e avaliação do contrato. A transparência no contexto das instituições públicas de saúde, consiste na liberdade de acesso dos cidadãos à informação que estas dispõem sobre os resultados obtidos, indicadores de atividades, relatórios e contas e que habilitam os seus utentes de defenderem os seus direitos. De referir que a transparência é um direito adquirido pela própria natureza de cidadania (art. 5º da Lei 46/2007, de 24 de agosto).

A monitorização é efetuada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) cuja missão é regular, controlar e acompanhar a atuação deste mercado de acordo com um sistema de avaliação regular, através de um conjunto ponderado de fatores, em estreita ligação com a produção realizada, a eficiência, rigor demonstrada, a qualidade, e transparência dos resultados obtidos (Conforme o n.º 1 do art. 3º do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio).

Por um lado, o Ministério da Saúde, enquanto contratador/pagador, estabelece, através do contrato-programa assinado com os Hospitais, as quantidades de produtos finais por linha de atividade e respetivo *casemix*, o preço base por linha de atividade, as regras de remuneração da produção marginal e os objetivos de qualidade e eficiência. Por outro lado, enquanto acionista, fixa um valor de convergência associado a um plano que integra metas orçamentais para as principais rubricas de custos e uma remuneração correspondente aos objetivos de convergência (Valente, 2010).

3.4 O EGP

Sob a égide do NPM a figura do gestor sofre algumas modificações no sentido de se aproximar da filosofia da gestão privada, nomeadamente na atribuição de maior autoridade, liberdade de gestão e visibilidade no topo das organizações (Hood,1991).

Falconer (1997) descreve uma das características centrais do NPM, sob a designação de *"Hands-on Management Professional"*, para este autor a gestão está no cerne das atividades do setor público, e como tal os gestores são cruciais para a melhoria do desempenho. Refere ainda que os gestores devem ser pró-ativos em vez de reativos. Ao contrário do gestor tradicional, que atuava de acordo com normas e regulamentos e que se limitava a implementar as políticas com pouco ou quase nenhum critério e responsabilidade direta, a figura do novo gestor público é de um profissional mais ativo, com tomada de decisão dentro da sua autoridade e responsabilidade para com o serviço público onde exerce funções.

O Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, que aprova o Regime do SEE determina no n.º 1 do art. 15.º que os administradores designados ou propostos pelo Estado teriam estatuto próprio, a definir por legislação especial. Todavia, de harmonia com o art. 39.º do mesmo Decreto-Lei, até ser aprovada a legislação prevista no art. 15.º, manteve-se em vigor o regime do EGP (Decreto-Lei no 464/82, de 9 de dezembro).

O EGP foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 464/82, de 9 de dezembro, que revogou o Decreto-Lei n.º 831/76, de 25 de novembro, não tendo sido objeto, até hoje, de qualquer alteração. Dadas as transformações entretanto ocorridas no SEE, o contexto em que surgiu o EGP encontra-se hoje, todavia, substancialmente alterado, por meio do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março e posteriormente alterado e republicado pelo Decreto-lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro.

O EGP é aplicável a quem seja designado para os órgãos de gestão ou administração das empresas públicas ou entidades públicas empresariais, sendo ainda extensível aos órgãos de

gestão e administração das empresas participadas, (art 1.º e 2.º, n.º 3 do Decreto-lei n.º 71/2007, de 27 de março).

Os gestores públicos são escolhidos de entre pessoas com comprovada idoneidade, mérito profissional, competências e experiência de gestão, bem como o sentido de interesse público, e habilitadas, conforme o disposto no art. 12º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março.

Além do término do mandato com a duração de três anos²⁴, o mesmo poderá cessar com fundamento na avaliação de desempenho negativa, designadamente pelo incumprimento dos objetivos referidos nas orientações fixadas ao abrigo do art. 11º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro (art. 24º e 25º do EGP), casos em que a cessação do mandato não confere qualquer indemnização, tal como nos casos de renúncia (art. 27º do EGP).

Os contratos de gestão além dos deveres gerais previstos na lei, possibilitam parâmetros de avaliação da gestão e do cumprimento de objetivos, o que pode incorrer na cessação fundamentada do mandato (no caso de violação dos deveres) ou na remuneração variável, quando aplicável (no caso de superação de objetivos). O Decreto-Lei.º 71/2007, de 27 de março, no seu n.º 1 do art. 30º, prevê a atribuição de prémios no final do exercício ou do mandato, que não podem ultrapassar metade da remuneração anual auferida, de acordo com o cumprimento dos critérios objetivos dos quais dependa a sua eventual atribuição, com base nos indicadores de gestão, que resultem do desenvolvimento estratégico preconizado para cada empresa, no âmbito do setor em que se insere.

²⁴ Art.º 15 do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março

4- Metodologia de análise e seleção da amostra

O enquadramento teórico de referência desta dissertação permitiu identificar um conjunto de estudos que proporcionaram evidência sobre as motivações associadas às práticas de gestão dos resultados. Após a sua contextualização apresenta-se neste capítulo a metodologia a ser utilizada no sentido de obter evidências empíricas de que existe no contexto dos Hospitais EPE a prática de gestão de resultados motivado pela obtenção de subsídios governamentais, bem como por questões relacionadas com a reputação do gestor público.

4.1. Desenho da investigação

O enfoque metodológico adotado no presente estudo é composto por duas etapas claramente diferenciadas, mas complementares entre si. Primariamente, aferir se os Hospitais EPE que constituem a amostra procedem ou não a práticas de gestão de resultados. Esta primeira etapa é crucial na investigação, no sentido em que permite a determinação da variável dependente usada neste estudo. Nesse sentido e com base na literatura, o processo inicia-se pela estimação dos *accruals* discricionários através da utilização do modelo de Jones (1991), o qual será utilizado para estimar a variável dependente do modelo global que permitirá testar as hipóteses de investigação. Os *accruals* podem ser decompostos em discricionários e não discricionários. Os *accruals* discricionários são considerados *proxy* da gestão de resultados que os decompõem em montante discricionário e não discricionário. O modelo de Jones (1991) é um modelo amplamente usado e descrito como capaz de proporcionar um bom controlo para os *accruals* não discricionários (Young, 1999).

A segunda etapa da investigação empírica consiste no teste às hipóteses formuladas no capítulo 3. Para tal recorre-se à análise de regressão múltipla estimando-se a probabilidade da existência ou não de uma relação causal e significativamente relevante entre os *accruals* discricionários estimados na primeira etapa e os incentivos ou fatores institucionais que supostamente afetam o comportamento dos gestores hospitalares através dos números relatados.

A análise de regressão múltipla permite analisar se as variáveis independentes explicam a variável dependente. De facto, o modelo de regressão linear múltipla é, sem dúvida, a técnica de dependência multivariada mais utilizada para prever e explicar uma ou mais variáveis dependentes métricas (Hair *et al.*, 2005) e pode ser expressa da seguinte forma:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon \quad [1]$$

Em que:

Y – variável dependente;

β_0 – constante do modelo de regressão;
 $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ – coeficientes das variáveis independentes;
 X_1, X_2, \dots, X_k – variáveis independentes;
 ε – resíduo (erros).

Grande parte dos estudos sobre gestão de resultados tem como foco principal nessa etapa, procurar relacionar a *proxy* de gestão de resultados através dos *accruals* e os incentivos ou fatores institucionais que suportam as hipóteses de investigação. O modelo adotado nesta etapa é baseado no de Leone e Van Horn (1999), os quais testaram a gestão de resultados de Hospitais sem fins lucrativos e os incentivos para a sua prática por parte dos gestores públicos. Os autores encontram evidência de que os resultados são geridos de forma ascendente e descendente, mas sempre em torno de zero, e atribuem esses motivos a questões relacionadas com a carreira profissional do gestor público e a custos da dívida.

A figura abaixo esquematiza o processo de análise empírica seguido no sentido de obter evidências empíricas para o tema de investigação.

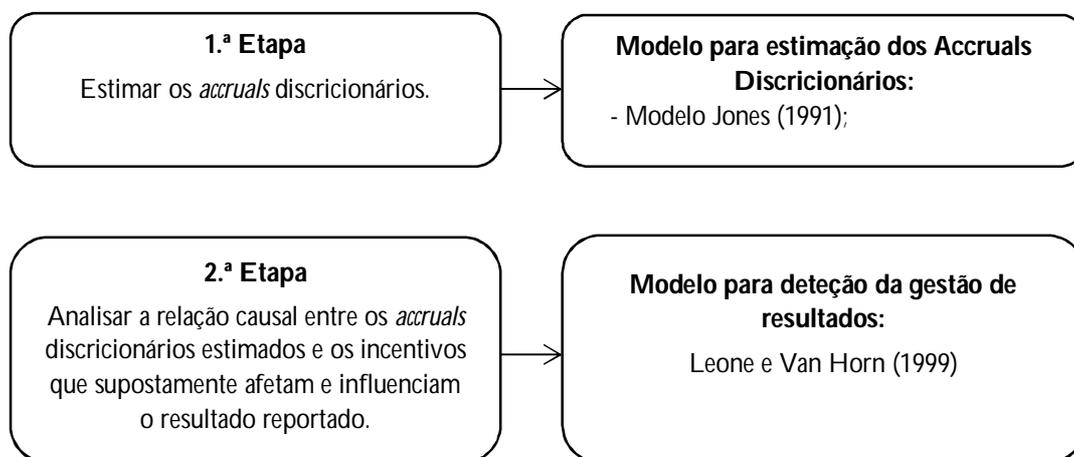


Figura 5 – Visão geral do processo da análise

Fonte: Elaboração própria

Todas as análises foram efetuadas com recurso ao (SPSS) Statistics (versão 21).

4.2. Medida da qualidade de resultados

A gestão de resultados contabilísticos evidencia a verificação dos fatores decisivos nas escolhas contabilísticas. Esta linha de investigação teve início na década de 1970, progredindo nos anos subsequentes e incide essencialmente na análise dos *accruals* (Beneish, 2001).

A literatura tem sugerido vários autores, que tentaram identificar os *accruals* discricionários com base na relação entre o total dos *accruals* e os hipotéticos fatores explicativos. Iniciou-se com Healy (1985) e DeAngelo (1986) que utilizam o total de *accruals* e as alterações no total de *accruals* como medida de discricionabilidade dos gestores nas escolhas contabilísticas. Posteriormente Jones (1991), introduz uma abordagem de regressão para controlar as variáveis não discricionárias, especificando uma relação linear entre o total dos *accruals* e as alterações nas vendas e no imobilizado (McNichols, 2001).

Os estudos procuram detetar indícios de gestão de resultados e fazem-no, geralmente, através da análise dos modelos de *accruals* agregados. A principal característica deste modelo é o recurso a um procedimento estatístico para decompor os *accruals* totais nas suas componentes discricionárias e não discricionárias.

Os *accruals* totais resultam do somatório entre os *accruals* discricionários e os *accruals* não discricionários, em que os *accruals* discricionários evidenciam as alterações aos resultados líquidos decorrentes da discricionabilidade intencional do gestor na eleição das políticas e práticas contabilísticas e os *accruals* não discricionários, refletem as alterações aos resultados líquidos decorrentes do exercício normal da atividade (Leone e Van Horn, 1999; 2005).

Numa perspetiva diferente, a classificação em termos de discricionabilidade é ditada em termos da gestão de *accruals*, por parte da gestão. Os *accruals* discricionários podem ser alvo de gestão, já os *accruals* não discricionários são condicionados pelas características da empresa e do negócio e são, assim, independentes do escrutínio dos gestores (Young, 1999).

O modelo mais utilizado na deteção da gestão de resultados é o proposto por Jones (1991) e será o adotado para dar resposta às hipóteses de investigação.

Através do modelo de Jones (1991) pode-se controlar o nível normal de *accruals* que estão subjacentes às mudanças económicas da empresa, e tudo o que não se consegue explicar é tido como anormal, sendo essa anormalidade captada pelo termo residual (erro) do modelo (Fuentes, 2001)

Os *accruals* totais são definidos, através do balanço, como as variações no ativo corrente, menos as variações do passivo corrente, menos as variações de caixa e equivalentes de caixa, mais as variações nas prestações de financiamento de médio e longo prazo. Os *accruals* não discricionários pelo modelo de Jones (1991) são calculados da seguinte forma:

$$\frac{TAC_{it}}{AT_{it-1}} = \alpha \left[\frac{1}{AT_{it-1}} \right] + \beta_1 \left[\frac{\Delta VESU_{it}}{AT_{it-1}} \right] + \beta_2 \left[\frac{\Delta FIX_{it}}{AT_{it-1}} \right] + \varepsilon_{it} \quad [2]$$

em que,

TAC_{it} - *Accruals* Totais do Hospital EPE_i no ano t ;

AT_{it} - Ativo total do Hospital EPE_i no final do ano $t-1$;

INV_{it} - Inverso do ativo total do Hospital EPE_i no final do ano $t-1$

$\Delta VESU_{it}$ - Variação do somatório das vendas e prestação de serviços acrescido da variação dos subsídios à exploração do Hospital EPE_i entre o ano t e $t-1$;

$AFIX_{it}$ - Ativo imobilizado bruto do Hospital EPE_i no ano t ;

ε_{it} - Erro de estimação que obedece às hipóteses clássicas dos modelos estimados por OLS.

As variáveis são deflacionadas pelo ativo total do período anterior para reduzir a heteroscedasticidade e para que se possam fazer comparações entre os Hospitais uma vez que é controlado o efeito de escala (e.g. Jones, 1991; Beneish, 2001).

Os sinais esperados de β_1 e β_2 são respetivamente positivo e negativo, pois o primeiro está relacionado com o crescimento das vendas e prestação de serviços, com o qual se estimaria um aumento dos *accruals*, porquanto o segundo está relacionado com as depreciações, que observam sinal negativo. Os resultados do modelo permitem estimar para períodos futuros o *accrual* normal, ou não discricionário (Fuentes, 2001).

De seguida apresenta-se o modelo global que permitirá testar as hipóteses de investigação.

4.3. Modelo de análise

No presente ponto apresenta-se o modelo global à luz do enquadramento teórico previamente efetuado e que permitirá testar as hipóteses de investigação ($H1$ e $H2$).

Como supramencionado, a prática de gestão de resultados pode ser explicada por vários motivos e podem ocorrer tanto em sentido ascendente, como em sentido descendente.

Define-se um modelo global em que a variável endógena (DAC_{it}) é explicada por um conjunto de variáveis independentes (uma delas de controlo) que, de acordo com a literatura, são indícios da ocorrência de gestão dos resultados.

O modelo global de análise, a estimar por *Ordinary Least Squares* (OLS), propõe uma relação linear entre a variável dependente e as variáveis explicativas, procurando espelhar a relação existente entre as variáveis contabilísticas introduzidas (e.g. Leone & Van Horn 1999), como se apresenta:

$$DAC_{it} = \alpha + \beta_1 RODAC_{it} + \beta_2 MCA_{it} + \beta_3 DIM_{it} + \beta_4 ANO_{it} + \varepsilon_{it} \quad [3]$$

em que:

DAC_{it} - *Accruals* discricionários do Hospital EPE_i no ano t deflacionados por A_{it-1} . Este valor é obtido pelo modelo de Jones (1991) e equivalem ao resíduo de estimação ε_{it} , por ano e por Hospital resultante do modelo [2].

$RODAC_{it}$ - Resultados operacionais do Hospital EPE_i no ano t , menos os DAC do Hospital EPE_i no ano t , deflacionados por A_{it-1} ;

MCA_{it} - Variável *dummy* que assume o valor 1 caso ocorram alterações no CA do Hospital EPE_i no ano t , 0 caso contrário. Caso ocorram práticas de gestão de resultados denominadas de "*big bath*";

DIM_{it} - Dimensão Hospital EPE_i no ano t , apreendida pelo logaritmo natural do total do ativo. As características intrínsecas associadas a um grande Hospital EPE são necessariamente diferentes das de um pequeno Hospital EPE, nomeadamente quanto à estrutura de capital e de financiamento;

ANO_{it} - As variáveis *ANO* serão usadas, como na maioria dos estudos, para controlar os efeitos conjunturais e genéricos associados a cada exercício económico. Não se formula quaisquer expectativas quanto ao sinal esperado para a variável *ANO*;

ε_{it} - Erro de estimação que obedece às hipóteses clássicas dos modelos estimados por OLS;

α , β_1 , β_2 , β_3 e β_4 - Coeficientes estimados pela equação.

Utiliza-se a deflação das variáveis contínuas pelo total do ativo do ano anterior no sentido de evitar problemas de heterocedasticidade (e.g. Jones, 1991).

A tabela seguinte apresenta uma síntese de todas as hipóteses de investigação, respetivas variáveis explicativas, *proxies*, comportamentos esperados e exemplo de autores que na literatura já utilizaram essas variáveis.

Hipótese	Sigla	Sinal esperado	Autor
H1	<i>RODAC</i>	-	Leone e Van Horn (1999); 2005); Verbruggen e Christiaens (2012).
H1	DIM	+	Watts e Zimmerman (1986); Tan, H. F. (2011); Kent <i>et al.</i> (2010)
H2	<i>MCA</i>	-	Murphy e Zimmerman (1993) ;Leone e Van Horn (1999).

Tabela 6- Síntese das hipóteses e respetivas variáveis explicativas

Fonte: Elaboração própria

4.4. Caraterização da amostra

No sentido de operacionalizar esta investigação, utiliza-se uma amostra constituída por um conjunto de 20 Hospitais EPE. Os dados utilizados e tratados respeitam à informação financeira incluída nos relatórios e contas dos Hospitais EPE para o período de tempo que medeia entre 2005 e 2008, abrangendo assim quatro exercícios contabilísticos. Os dados foram recolhidos no sítio da internet <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/>.

A amostra recolhida da base de dado supramencionada foi objeto de sucessivos ajustamentos, nos termos descritos na Tabela 6.

<i>Descrição</i>	<i>N.º de Obs.</i>
Total de observações (Hospital EPE-ano) disponíveis para o período 2005-2008	108
Hospitais EPE-ano após a eliminação dos Hospitais EPE que sofreram agregações no mesmo período e cujos relatórios e contas passaram a apresentar dados consolidados.	28
Estimação dos <i>DAC</i> através do modelo de Jones (1991) elimina o ano de 2005	20
Total de Hospitais EPE – ano final	60
(20 Hospitais EPE para um período de 3 anos)	

Tabela 7 - Seleção da amostra

Fonte: Elaboração própria

Desta forma, a análise coincide com os primeiros anos da empresarialização dos Hospitais EPE e daí poderem-se tirar algumas conclusões que possam ajudar a atingir os objetivos propostos para a elaboração desta investigação.

Os dados recolhidos foram utilizados se construírem as variáveis e para, posteriormente, introduzi-las nos modelos empíricos com o objetivo de verificar se estão relacionadas com a prática de gestão de resultados.

O cálculo dos *accruals* exige informação em dois anos consecutivos, dado que algumas variáveis são determinadas por variação do período $t-1$ para o período t . Esta circunstância só permitiu calcular os *accruals* totais e estimar os *accruals* discricionários entre 2006 e 2008 inclusive.

De salientar que a presente investigação tem algumas limitações que condicionaram a escolha da amostra e para garantir a sua fiabilidade foi necessário analisar as várias transformações que ocorreram no período em estudo (*e.g.* agregação de Hospitais e/ou centros de saúde em centros hospitalares ou unidades locais de saúde). Assim, foram excluindo os Hospitais EPE que sofreram agregações no mesmo período e cujos relatórios e contas passaram a apresentar dados consolidados. Contrariamente ao inicialmente esperado, a amostra de dados é de dimensão reduzida, uma vez que a informação disponibilizada no *site* supramencionado apenas medeia entre os anos de 2003 a 2008, mas considerando que só em 2005 são criados os Hospitais EPE através do Decreto-lei nº 223/2005, de 29 de dezembro, o período escolhido medeia assim entre 2005 a 2008, fundamentando o espaço temporal selecionado.

Posto isto, a amostra usada na presente investigação compreende um total de 20 Hospitais EPE agrupados na seguinte tabela:

Hospitais EPE ²⁵	Regiões de Saúde
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	ARS Centro
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	ARS LVT
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	ARS LVT
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	ARS LVT
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	ARS Algarve
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	ARS Norte
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE	ARS LVT
Hospital de Santa Maria Maior, EPE	ARS Norte
Hospital de Santo André, EPE	ARS Centro
Hospital de São João, EPE	ARS Norte
Hospital de São Teotónio, EPE	ARS Centro
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	ARS Centro
Hospital Distrital de Santarém, EPE	ARS LVT

²⁵ A amostra é composta por Hospitais, IPO, centros hospitalares e uma Unidade Local de Saúde (ULS), no entanto, por simplificação será utilizado o termo "Hospital" para os demais casos.

Hospital Garcia de Orta, EPE	ARS LVT
Hospital Geral de Santo António, EPE	ARS Norte
Hospital Infante D. Pedro, EPE	ARS Centro
IPOFG-Coimbra, EPE	ARS Centro
IPOFG-Lisboa, EPE	ARS LVT
IPOFG-Porto, EPE	ARS Norte
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	ARS Norte

Tabela 8 – Descrição da amostra

Fonte: Elaboração própria

Como se pode observar na tabela anterior, a amostra é constituída por sete Hospitais da Administração Lisboa e Vale do Tejo, seis Hospitais da ARS do Norte, seis da ARS do Centro e um da ARS do Algarve, abrangendo entidades que cobrem o território de Portugal Continental, com exceção da ARS do Alentejo.

No capítulo seguinte apresentam-se os principais resultados obtidos.

5 – Resultados empíricos

No presente capítulo apresentam-se os principais resultados obtidos. Inicia-se com a caracterização da mostra utilizada, seguindo-se a apresentação dos resultados decorrentes da regressão do modelo global que permitirá testar as hipóteses de investigação formuladas.

5.1. Análise descritiva dos resultados

Neste ponto apresenta-se um conjunto de estatísticas descritivas que permitem, desde já, analisar algumas relações e comportamentos das principais variáveis dos modelos utilizados e proporcionam uma visão geral da amostra relativamente ao período em análise.

Variável	Média	Desvio-Padrão	Máximo	Mínimo
Painel A: Variáveis utilizadas na estimação do Modelo de Jones (1991)				
TAC_{it}	- 0,019	0,225	0,483	- 0,544
INV_{it}	0,000	0,000	0,000	0,000
$\Delta VESU_{it}$	0,067	0,271	1,283	- 1,024
$AFIX_{it}$	0,361	0,186	0,889	0,112
Painel B: Variáveis utilizadas no modelo global				
DAC_{it}	0,000	0,127	0,274	- 0,297
$RODAC_{it}$	- 0,112	0,162	0,368	- 0,492
DIM_{it}	18,111	0,730	19,402	16,390

Tabela 9- Estatística descritiva das variáveis utilizadas

Fonte: Elaboração própria

Notas:

- 1) Definição das variáveis: TAC_{it} - *Accruals* Totais do Hospital EPE_i no ano t ; INV_{it} - Inverso do ativo total do Hospital EPE_i no final do ano $t-1$; $\Delta VESU_{it}$ - Variação do somatório das vendas e prestação de serviços acrescido da variação dos subsídios à exploração do Hospital EPE_i entre o ano t e $t-1$; $AFIX_{it}$ - Ativo imobilizado bruto do Hospital EPE_i no ano t ; DAC_{it} - *Accruals* discricionários do Hospital EPE_i no ano t deflacionados por A_{it-1} ; $RODAC_{it}$ - Resultados operacionais do Hospital EPE_i no ano t , menos os DAC do Hospital EPE_i no ano t , deflacionados por A_{it-1} ; DIM_{it} - Dimensão Hospital EPE_i no ano t apreendida pelo logaritmo natural do total do ativo.
- 2) O número de observações é de 60.

Os *accruals* discricionários foram estimados a partir dos valores dos erros ou resíduos (ε_{it}) obtidos com a aplicação do próprio modelo de Jones (1991), o que possibilitou identificar indícios de gestão de resultados nos Hospitais EPE e no período de tempo estudado. Considera-se que existem indícios de gestão de resultados sempre que os erros ou resíduos são diferentes de zero, ou seja, quando os *accruals* discricionários são diferentes de zero.

A amostra constituída por 20 Hospitais EPE distribuídos pelo território de Portugal Continental apresenta no Painel A as variáveis utilizadas no modelo [3]. A variável *TAC* apresenta uma média negativa de 1,9%, o que significa que o total dos *accruals* é negativo, ou seja, a variação do fundo de maneió é negativa. O seu desvio padrão desta variável, a par da variável $\Delta VESU$, apresenta valores bastante elevados de 22,5% e 27,1%, respetivamente, o que evidencia a grande dispersão dos dados destas variáveis na amostra.

O *AFIX* representa 36,1% do total do ativo dos Hospitais EPE da amostra, o que revela o elevado peso do ativo imobilizado no total do ativo destas instituições.

O seu elevado desvio-padrão traduz a heterogeneidade entre os Hospitais EPE, os seus valores variam entre um mínimo de 11,2% e um máximo de 88,9%.

Quanto ao Painel B, como esperado a média dos *DAC* é igual a zero. A média dos *RODAC* é de 11,2% negativos, o que sugere que em média os Hospitais EPE apresentam resultados operacionais negativos, expurgados dos *accruals* discricionários. O desvio-padrão apresenta um valor semelhante e próximo do valor médio da amostra estudada.

Por fim, a variável *DIM* apresenta um desvio-padrão elevado, 73,0% o que significa que existe uma grande dispersão no que diz respeito à dimensão dos Hospitais EPE, não existindo assim homogeneidade entre eles.

Adicionalmente a esta caracterização da amostra e de acordo com o Anexo 1 que apresenta uma análise univariada da variável *dummy MCA* por alteração no CA caso esta situação ocorra ou não, constatamos que em 81,7% dos casos não ocorrem alterações no CA, por oposição a 18,3% dos casos onde ocorrem alterações no CA. Esta situação pode ser explicada pelo facto de que o período em análise compreendido entre 2005 a 2008, coincide com os primeiros anos de entrada em vigor do novo Estatuto Jurídico dos Hospitais EPE.

De acordo com o referido, o mandato dos CA tem a duração de três anos renovável por iguais períodos. Assim, e de acordo com o período de tempo da amostra, a partir do ano de 2008 espera-se que ocorra um número mais significativo de alterações na composição do CA.

Complementar a esta informação o Anexo 2 evidencia a dimensão do CA dos Hospitais EPE em que 76,7% dos casos o CA é composto por um número inferior ao limite (presidente e um máximo de seis vogais), sendo em apenas 23,3% dos casos composto pelo número máximo de membros. Os casos em que se verifica a existência do número máximo de membros do CA coincidem com os Hospitais EPE de maior dimensão e complexidade. Ainda dentro desta temática, a maioria dos membros que compõem o CA são do sexo masculino, 63,3%, conforme se pode observar no Anexo 3. No que concerne à distribuição territorial dos Hospitais EPE, a maioria 75%, localiza-se no litoral e apenas 25% no interior, vide Anexo 4.

Na tabela seguinte apresenta-se a matriz de correlação para as variáveis do modelo global que permite testar as hipóteses de investigação, ou seja, o modelo [3]. Recorrendo o *R* de *Pearson* para analisar o grau de associação entre as variáveis pois neste teste o coeficiente de correlação não é sensível à assimetria de distribuição, nem a presença de *outliers* e não exige que a distribuição seja normal. O seu sinal indica a direção, se a correlação é positiva ou negativa, e o tamanho da variável indica a força da correlação. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos tanto maior é a associação linear (Maroco, 2011).

	DAC_{it}	$RODAC_{it}$	DIM_{it}	MCA_{it}
DAC_{it}	1	- 0,722**	0,082	0,113
$RODAC_{it}$	- 0,673**	1	0,328*	0,007
DIM_{it}	0,118	0,403**	1	0,068
MCA_{it}	0,121	0,021	0,071	1

Tabela 10- Coeficientes de correlação de Pearson

Fonte: Elaboração Própria

Notas:

- 1) As variáveis encontram-se definidas na Tabela 8.
- 2) ** A correlação é significativa ao nível de 0,01.
- 3) * A correlação é significativa ao nível de 0,05.

Da análise aos valores da Tabela 10, constata-se relativamente aos coeficientes de correlação de *Pearson* que estes são na sua maioria moderados, com destaque para a correlação mais forte entre o *RODAC* e o *DAC* ($r_{Pearson} = -0,722$; $p < 0,01$). O que significa que com 99% de confiança, se pode afirmar que existe uma relação linear inversa entre o *RODAC* e os *DAC*, ou seja, estes valores estão em linha com as expectativas formuladas na hipótese de investigação (H1) de que os resultados são manipulados de forma a obter maior financiamento governamental.

No que concerne à correlação entre a *MCA* e o *DAC* ($r_{Person} = 0,113$; $p > 0,05$), verifica-se que a mesma é baixa e não estatisticamente significativa. Pelo que para um nível de confiança de 99%, se pode afirmar que não existe uma relação linear entre *MCA* e o *DAC*, logo os resultados não se encontram em linha com a hipótese de investigação (H2), a qual sugere que os resultados são manipulados aquando da mudança do CA. Esta não associação entre as duas variáveis pode ser explicada pelas razões anteriormente expostas, isto é, no período em análise só em 18,3% dos casos se verificaram alterações na composição do CA.

Também relativamente às variáveis *DIM* e *DCA* se verifica a não existência de uma relação estatisticamente significativa, como seria de esperar.

No ponto seguinte apresentam-se os coeficientes da estimação do modelo [3] e comentam-se os resultados obtidos.

5.2. Análise dos resultados empíricos

Neste ponto pretende-se detetar indícios da existência de gestão de resultados por parte dos gestores públicos dos Hospitais EPE, aferido a partir de variáveis contabilísticas e rácios derivados. Assim, desenvolveu-se um modelo de regressão linear que permita prever se a gestão de resultados (*DAC*) é função das variáveis independentes *RODAC*, *DIM* e da variável *dummy MCA*.

Os *accruals* discricionários foram estimados, tal como anteriormente se referiu a partir do modelo de Jones (1991), os quais se obtiveram a partir dos valores dos erros ou resíduos (ϵ_{it}). Considera-se que existem indícios de gestão de resultados sempre que os erros ou resíduos são diferentes de zero, ou seja, quando os *accruals* discricionários são diferentes de zero.

O coeficiente R^2 é uma medida da dimensão do efeito da(s) variável(eis) independente(s) sobre a variável dependente, como descrito pelo modelo de regressão. Em regressão linear, este coeficiente é uma estatística da qualidade do ajustamento mais popular (Maroco, 2011). Como se pode observar através dos dados vertidos na Tabela 11, obtém-se um R^2 Ajustado = 0,614. Deste modo, pode-se afirmar que 61,4% da variabilidade dos *DAC* é explicada pelas variáveis independentes do modelo ajustado ficando neste caso por explicar cerca de 39%, que se devem a outros fatores.

O valor de R^2 considera-se produzir um ajustamento aceitável para as ciências sociais quando $R^2 > 0,5$ (Maroco, 2011).

A *ANOVA* apresentada na tabela A9 para uma estatística $F=19,773$ um *p-value* $< 0,001$, ou seja, o de modelo é altamente significativo, para qualquer nível de significância.

A Tabela 11 apresenta os coeficientes estimados e os respetivos *p-values* para cada variável independente constante do modelo [3], onde se verifica a existência de alguma associação linear significativa entre as variáveis, o que significa que essas variáveis dependente e independente.

Variáveis Independentes	Sinal Esperado	Coefficiente (<i>P-value</i>)
<i>Constante</i>	?	- 1,175 (<i><0,001</i>)
<i>RODAC_{it}</i>	-	- 0,659 (<i><0,001</i>)
<i>DIM_{it}</i>	?	0,061 (<i><0,001</i>)
<i>MCA_{it}</i>	-	0,027 (0,320)
<i>ANO</i>	?	<i>SIM</i>
<i>N.º Obs.</i>		60
<i>R² (%)</i>		64,70
<i>R² AJUST.(%)</i>		61,40

Tabela 11 – Tabela de regressão do modelo global

Fonte: Elaboração própria

$$DAC_{it} = \alpha + \beta_1 RODAC_{it} + \beta_2 MCA_{it} + \beta_3 DIM_{it} + \beta_4 ANO_{it} + \varepsilon_{it}$$

Notas:

- 1) Os valores entre parêntesis correspondem aos "*p-values*" para testes bidirecionais. Os restantes valores correspondem aos coeficientes estimados para cada variável independente.

Dos coeficientes das variáveis vertidos na Tabela 11, constata-se para a variável explicativa *RODAC* que o seu coeficiente é negativo e significativo (*p-value* <0,001). Tal resultado vai de encontro à hipótese inicialmente formulada de que os resultados são emergidos no sentido de obter maiores níveis de financiamento governamental. Observa-se assim que quando a gestão de resultados (*DAC*) aumenta em sentido ascendente, os resultados operacionais expurgados dos *accruals* discricionários (*RODAC*) diminuem.

Os valores obtidos confirmam a hipótese de investigação (H1) que sugere que os resultados são geridos no sentido de irem ao encontro das expectativas da entidade reguladora, e como tal os gestores têm interesse em proceder a práticas discricionárias que favoreçam o atingir de resultados esperados de acordo com o contrato-programa previamente definido.

Esta evidência encontra suporte na literatura, veja-se o estudo de Leone e Van Horn (1999). Os autores concluíram que, na presença de financiamento governamental, maiores serão os incentivos à adoção de práticas de gestão de resultados com impacto direto nos resultados operacionais dos Hospitais analisados, de modo a que estes possam ir de encontro às expectativas dos *Stakeholders* e como tal não fiquem penalizados na obtenção de financiamento. Esta situação tende a verificar-se, especialmente nos casos em que os contratos de financiamento incluam convénios, os quais são reconhecidos na literatura como uma das principais motivações para a prática de gestão de resultados contabilísticos (Sweeney, 1994).

A variável independente *DIM* aduz um coeficiente positivo e estatisticamente significativo ($\beta=0,061$; $p < 0,001$), pelo que se conclui que quanto maior a dimensão, maior é a magnitude dos *accruals* discricionários. Apesar de não se ter formulado qualquer expectativa acerca do coeficiente desta variável, este resultado sugere que nos Hospitais de maior dimensão, que normalmente necessitam de maior financiamento e embora sejam sujeitos a uma maior regulação e fiscalização, apresentam maiores níveis de gestão de resultados, para ir ao encontro às expectativas da entidade reguladora e permitir o cumprimento do contrato-programa (e.g. Leone & Van Horn 1999; Verbruggen & Christiaens 2010).

O coeficiente da variável *dummy MCA* é positivo, mas não é estatisticamente significativo ($\beta=0,027$; $p = 0,320$). Esta evidência não corrobora a expectativa preliminarmente definida na hipótese de investigação (H2) e não vai ao encontro do preconizado na literatura que refere que perante uma mudança na composição do CA, existe um incentivo à prática de gestão de resultados por parte do novo CA no sentido de hiperbolizar os maus resultados, ou seja, incorrer no fenómeno denominado "*big bath*", (e.g. Leone & Van Horn, 1999). A *MCA* não aparece assim como determinante das variações ocorridas no total dos *DCA*, porquanto o coeficiente não é estatisticamente significativo. Como possível explicação para a obtenção destes resultados pode estar o facto de a amostra se centrar num período em que não se verificaram alterações significativas na composição dos CA. Como anteriormente se referiu, apenas em 18,3% dos Hospitais EPE analisados se verificaram no período em estudo alterações na composição do CA. Assim, numa amostra que contemple um horizonte temporal maior poder-se-á encontrar um comportamento em função do esperado.

A coluna *t* da tabela A7 fornece os valores observados das estatísticas dos teste *t* de *student* aplicados aos coeficientes de regressão, que têm como finalidade testar a significância dos parâmetros, estimados do modelo. Com um nível de confiança de 95% apenas a variável *RODAC* e *DIM* são significativas. Aquela que tem maior contribuição individual (-9,796) é *RODAC*, seguida da variável *DIM* com uma contribuição individual de (4,088).

Em Anexo, encontra-se informação que permite concluir sobre a validação dos pressupostos do modelo, nomeadamente da distribuição normal, homogeneidade e independência de erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente através do Gráfico Normal P-P Plot (*vide Gráfico A2*). Da sua interpretação pode-se concluir que o pressuposto da normalidade é válido, uma vez que a maioria dos pontos se distribui mais ou menos sobre a diagonal principal.

Complementar fez-se o do teste de ajustamento de *Kolmogorov-Smirnov*, (*vide Tabela A9*) que é um teste paramétrico tradicional, baseado na distribuição *t-Student* e uma vez que a amostra é superior a 30. Obteve-se um *p-value* = 0,30, logo não se rejeita a hipótese de que a variável em estudo segue uma distribuição normal para o nível de significância de 0,05.

O pressuposto da independência foi validado com a estatística de *Durbin-Watson* ($d = 1,660$) *tabela A5*. Uma vez que o valor do teste é próximo de 2, valida-se a não existência de autocorrelação como descrito em (Maroco, 2011).

Por último, verifica-se a inexistência de multicolinearidade entre as variáveis independentes do modelo, usando a Tolerância de cada variável que é a medida da proporção da variância da variável que não é explicada pelas restantes variáveis independentes (Maroco, 2011). As variáveis do presente estudo (*Tabela X*) encontram-se nestas condições (Tolerância > 0,8). Assim, e face aos resultados obtidos, não há a recear a violação do pressuposto de multicolinearidade (Maroco, 2011).

Conclusões

Face ao atual cenário de empresarialização hospitalar sob a égide da nova filosofia gestonária, este estudo teve como principal objetivo aferir se os gestores públicos dos Hospitais EPE que constituem a amostra procedem ou não a práticas de gestão de resultados.

Para tal, recorre-se à análise de regressão múltipla estimando-se a probabilidade de existência ou não de uma relação causal significativamente relevante entre os *accruals* discricionários estimados através do modelo de Jones (1991) e os incentivos ou fatores institucionais que supostamente afetam o comportamento dos gestores hospitalares através dos números relatados.

Nesta investigação analisaram-se alguns dos incentivos que determinam a gestão de resultados pelos gestores públicos, nomeadamente as questões relacionadas com a carreira profissional do gestor público e a obtenção de financiamento.

Face à metodologia usada os resultados empíricos permitiram detetar indícios existência de gestão de resultados por parte dos gestores públicos dos Hospitais EPE, uma vez que quando a gestão de resultados (*DAC*) aumenta em sentido ascendente, os resultados operacionais expurgados dos *accruals* discricionários (*RODAC*) diminuem.

Os valores obtidos confirmaram a hipótese de investigação (H1) que sugere que os resultados são geridos no sentido de irem ao encontro das expectativas da entidade reguladora, e como tal os gestores têm interesse em proceder a práticas discricionárias que favoreçam o atingir de resultados esperados de acordo com o contrato-programa previamente definido.

Contudo, os estudos foram inconclusivos para a hipótese de investigação (H2), porquanto o coeficiente da variável *dummy MCA* não é estatisticamente significativo e não vai ao encontro do preconizado na literatura que refere que perante uma mudança na composição do CA, existe um incentivo à prática de gestão de resultados por parte do novo CA no sentido de hiperbolizar os maus resultados, ou seja, incorrer no fenómeno denominado "*big bath*", (e.g. Leone & Van Horn, 1999).

Embora relevante, a presente investigação não está isenta de limitações, a referir o facto de a amostra e o espaço temporal em análise se serem de dimensão reduzida.

Por fim, no que diz respeito a investigações futuras, poder-se-á aprofundar o tema central desta dissertação alargando a amostra de dados e o seu espaço temporal. Seria igualmente interessante estender esse estudo ao comportamento ibérico através da análise comparativa das variáveis explicativas dos *accruals* para os Hospitais portugueses e para os Hospitais espanhóis.

Referências bibliográficas

- Baganha, M. I., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização socioprofissional. *Policopiado, oficina do CES*, (182).
- Beneish, M. D. (2001). Earnings management: A perspective. *Managerial Finance*, 27 (12), 3-17.
- Bengtsson, K., Bergström, C., & Nilsson, M. (2008). Earnings management and CEO turnovers. *Markets and Compensation for Executives in Europe*.
- Bovens, M. (2005). Public accountability. *The Oxford handbook of public management*, 182-208.
- Campos, A. O. (2005). Decreto-Lei n. ° 93/2005, de 7 de Junho – A transformação dos Hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (EPE). *Direito da Saúde*, 113-36.
- Carvalho, M. T. G. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: o profissionalismo numa encruzilhada*. Edições Sílabo.
- Carvalho, A. C. P., & Casal, R. C. (2001) *Accountability* nos municípios portugueses: Perceções e práticas dos responsáveis financeiros. *O Género e a Tomada de Decisão Ética dos Técnicos Oficiais de Contas: um estudo empírico em Portugal*. 77.
- Dechow, P. M., & Skinner, D. J. (2000). Earnings management: Reconciling the views of accounting academics, practitioners, and regulators. *Accounting Horizons*, 14(2), 235-250.
- Dechow, P. M., Sloan, R. G., & Sweeney, A. P. (1995). Detecting earnings management. *Accounting Review*, 193-225.
- Dechow, P. M., Sloan, R. G., & Sweeney, A. P. (1996). Causes and consequences of earnings manipulation: An analysis of firms subject to enforcement actions by the sec*. *Contemporary accounting research*, 13(1), 1-36.
- Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2000). The new public service: Serving rather than steering. *Public administration review*, 60(6), 549-559.
- England, R. (2000). Contracting and performance management in the health sector: some pointers on how to do it. *DFID Health Systems Resource Centre, London*.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública/Portuguese Journal of Public Health*.

- Falconer, P.K. (1997), 'The New Public Management: Principles and Practice in the UK', *Javna Upravna*, 33, 1, 1997, pp.85-108.
- Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. *Purchasing to improve health systems performance*, 44.
- Freitas, P., & Escoval, A. (2010). A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9.
- Fuentes, F. P. (2001). Cuestiones estadísticas sobre modelos y contrastes de ajustes por devengo anormales. *Working papers- Documentos de trabajo: Serie EC (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas)*, (16), 1.
- Gonçalves, A. (2005). Contabilidade Criativa ou Engenharia Contabilística. *Revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas*, (67), 36-48.
- Gonçalves, A. e Quinaz, L. (2005). Contabilidade nas entidades do setor público: Transparência, Accountability e controlo financeiro. *Revista dos Revisores Oficiais de Contas* (63), 42-55
- Haque, M. S. (2000). Significance of accountability under the new approach to public governance. *International Review of Administrative Sciences*, 66(4), 599-618.
- Haque, M. S. (2004). New Public public Management: Origins, Dimensions and Critical Implications. *Public Administration and Public Policy*, 1.
- Healy, P. M., & Wahlen, J. M. (1999). A review of the earnings management literature and its implications for standard setting. *Accounting horizons*, 13(4), 365-383.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency costs, and ownership structure. *Journal of Financial Economics*. 305-360
- Jones, J. J. (1991). Earnings management during import relief investigations. *Journal of accounting research*, 193-228.
- Jorge, S. (2012). Novas tendências da Contabilidade Pública: Portugal numa perspetiva internacional (II). *Revista da OTOC*, (152), 47-52.

- Keraudren, P., & Van Mierlo, H. (1998). Theories of public management reform and their practical implications. *Innovation in Public Management, Cheltenham: Edward Elgar*, 133-54.
- Kim, P.; Halligan, J.; Cho, N.; Oh, C.; Eikenberry, A. (2005), "Toward Participatory and Transparent Governance: Report on the Sixth Global Forum on Reinventing Government", *Public Administration Review*, 65, 6, 646-654.
- Leone, A. J., & Van Horn, R. L. (1999). Earnings management in not-for-profit institutions: Evidence from hospitals. *Simon School of Business Working Paper FR*, 99-03.
- Leone, A. J., & Van Horn, R. L. (2005). How do nonprofit hospitals manage earnings? *Journal of Health Economics*, 24 (4), 815-837.
- Mário Marques; Lúcia Rodrigues (2009). A problemática do "Earnings Management" e as suas implicações *In: Jornal de Contabilidade. - Lisboa. - p. 325-339. - ISSN 0870-8789. - A. 33, nº 391. (Outubro 2009).*
- Maroco, J. (2011): *Análise Estatística com utilização do SPSS. 4ª Ed., Edições Sílabo.*
- Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs. contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública: Volume temático n. 9*, 161-180.
- McKee, Me Healy, J (2002). - "Hospitals in a Changing Europe "European Obs on Health Care Systems Series, *World Health organization regional Office for Eu Denmark*
- McNichols, M. F. (2001). Research design issues in earnings management studies. *Journal of accounting and public policy*, 19 (4), 313-345.
- Mendes, C. A., & Rodrigues, L. L. (2007). Determinantes da manipulação contabilística. *Tékhné-Revista de Estudos Politécnicos*, (7), 189-210.
- Ministério da Saúde (2010). Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais 2010.*
- Mourato, Â. (2013). *Empresarialização hospitalar e gestão de recursos humanos: um estudo de caso.* Mestrado em Gestão Especialização em Administração Pública. Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico da Guarda.

Murphy, K. J., & Zimmerman, J. L. (1993). Financial performance surrounding CEO turnover. *Journal of Accounting and Economics*, 16(1), 273-315.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2001). – Conhecer os Caminhos da Saúde, *Relatório de Primavera 2001, Síntese*. – Lisboa., 2001.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2004). – Incertezas gestão da mudança na saúde: relatório da primavera 2004. Coimbra: *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*., 2004

Pourciau, S. (1993). Earnings management and nonroutine executive changes. *Journal of Accounting and Economics*, 16(1), 317-336.

Rego, G., & Nunes, R. (2009). Hospital fundação estatal. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

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

Schipper, K. (1989). Commentary on earnings management. *Accounting horizons*, 3(4), 91-102.

Stoker, G. (2006). Public value management a new narrative for networked governance?. *The American review of public administration*, 36(1), 41-57.

Stoleroff, A., & Correia, T. (2008). A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua regulação.

Sweeney, A. P. (1994). Debt-covenant violations and managers accounting responses. *Journal of Accounting and Economics*, 17 (3), 281-308.

Tribunal de Contas, D. C. (2006). Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE (2001-2004). *Atos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 20/06*, 1.

Valente, M. C. (2010). Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25-39.

Verbruggen, S., & Christiaens, J. (2010). Earnings management in nonprofit organizations: does governmental financing play a role?

Watts, R. L., & Zimmerman, J. L. (1978). Towards a positive theory of the determination of accounting standards. *Accounting review*, 112-134.

Watts, R. L., & Zimmerman, J. L. (1990). Positive accounting theory: a ten year perspective. *Accounting review*, 131-156.

Yu, C. F. (2012). CEO Turnover, Earnings Management, and Big Bath. Department of Economics, Monash University

Anexos

	Frequência	%	% Acumulada
Caso contrário	49	81,7	81,7
Alteração no CA	11	18,3	100,0
Total	60	100,0	

Notas:

- 1) Definição das variáveis: *MCA* – Mudança na composição do CA;
- 2) O número de observações é de 60.

Tabela A1 – Estatística descritiva variável dummy MCA

Fonte: Elaboração Própria

	Frequência	%	% Acumulada
Caso contrário	46	76,7	76,7
Máximo de membros CA	14	23,3	100,0
Total	60	100,0	

Notas:

- 1) Definição das variáveis: *DCA* – Dimensão do CA;
- 2) O número de observações é de 60.

Tabela A2 – Estatística descritiva variável dummy DCA

Fonte: Elaboração Própria

	Frequência	%	% Acumulada
Caso contrário	22	36,7	36,7
Maioria Homens	38	63,3	100,0
Total	60	100,0	

Notas:

- 1) Definição das variáveis: *CCA* – Composição do CA;
- 2) O número de observações é de 60

Tabela A3 – Estatística descritiva variável dummy CCA

Fonte: Elaboração Própria

	Frequência	%	% Acumulada
Caso contrário	15	25	25,0
Litoral	45	75	100,0
Total	60	100,0	

Notas:

- 1) Definição das variáveis: *LOC* – Localização territorial do hospital EPE;
- 2) O número de observações é de 60

Tabela A4 – Estatística descritiva variável dummy LOC

Fonte: Elaboração Própria

Modelo	R	R Quadro	Quadro do R Ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	0,804 ^a	0,647	0,614	0,07881258	1,660

a. Preditores: (Constant), ANO08, DIM, MCA, RODAC, ANO06

b. Variável dependente: DAC

Tabela A5 – Resumo do modelo^b

Fonte: Elaboração Própria

Modelo	Soma dos quadrados	df	Quadro médio	F	Sinal
Regressão	0,614	5	0,123	19,773	,000 ^b
Resíduos	0,335	54	0,006		
Total	0,949	59			

a. Variável dependente: DAC

b. Preditores: (Constant), ANO08, DIM, MCA, RODAC, ANO06

Tabela A6 – ANOVA^a

Fonte: Elaboração Própria

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sinal
	B	Erro padrão	Beta		
(Constant)	-1,175	,273		-4,312	,000
RODAC	-,659	,067	-,843	-9,796	,000
DIM	,061	,015	,351	4,088	,000
ANO06	-,018	,026	-,067	-,693	,491
ANO08	-,004	,025	-,015	-,153	,879
MCA	,027	,027	,083	1,003	,320

a. Variável dependente: DAC

Tabela A7 – Coeficientes^a

Fonte: Elaboração Própria

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sinal	Estatística	df	Sinal
DAC	,058	60	0,200*	0,988	60	0,808

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

Tabela A8 – Teste da Normalidade

Fonte: Elaboração Própria

		DAC
N		80
Normal Parameters ^{a,b}	Média	,0000000
	Desvio Padrão	,109631034
Most Extreme Differences	Absolute	,159
	Positivo	,111
	Negativo	-,159
Kolmogorov-Smirnov Z		1,426
Asymp. Sig. (2-tailed)		,034
Exact Sig. (2-tailed)		,030
Point Probability		,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Tabela A9 – Teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Fonte: Elaboração Própria

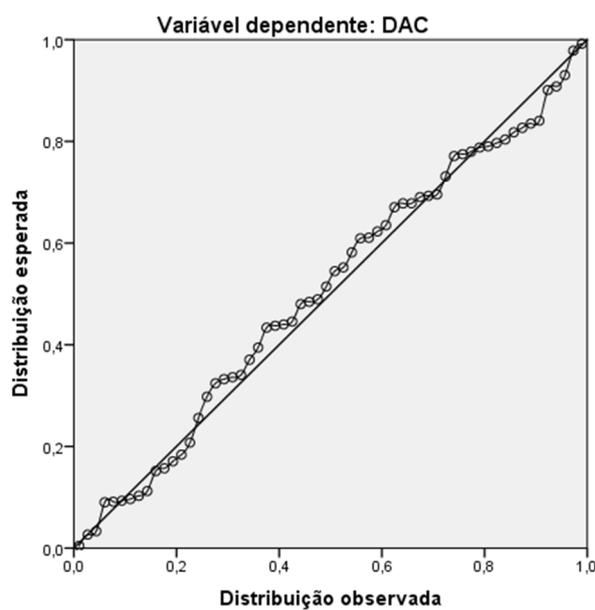


Gráfico A1- Gráfico Normal P-P Plot Regressão padronizada dos resíduos

Fonte: Elaboração Própria

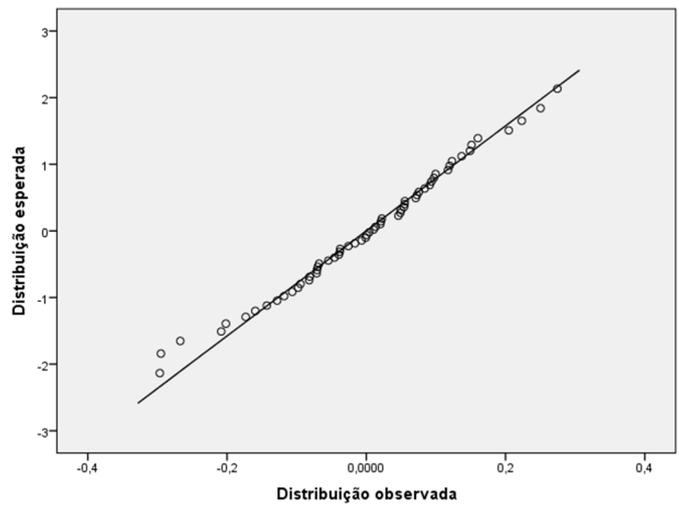


Gráfico A2 – Gráfico Normal Q-Q Plot da DAC

Fonte: Elaboração Própria