

AVALIAÇÃO DA DIVULGAÇÃO NOS *WEBSITES* NA  
ÓTICA DA *ACCOUNTABILITY*: APLICAÇÃO ÀS  
ENTIDADES PÚBLICAS EMPRESARIAIS DO SETOR DA  
SAÚDE

João Francisco Oliveira Carvalho

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de  
Mestre em Contabilidade

Orientadora:

Professora Doutora Maria Antónia Jorge de Jesus, Professora Auxiliar, ISCTE – IUL

abril 2014



## **Agradecimentos**

A elaboração desta dissertação, foi um processo longo e solitário, mas que reuniu o contributo de várias pessoas. Sem estes contributos, esta investigação não teria sido possível.

Como tal gostaria de agradecer à professora Maria Antónia de Jesus, pelos conhecimentos transmitidos, pelo espírito crítico e pela inextinguível dedicação no processo de orientação desta dissertação.

Aos meus amigos e familiares, por todo o apoio, incentivo e compreensão demonstrada, ao longo do meu percurso académico

Mas se existem pessoas que estou eternamente grato, são os meus avós e pais, que estiveram sempre presentes e apoiaram-me em tudo, sem eles toda esta caminhada teria sido impossível e se hoje sou a pessoa que sou, deve-o tudo a eles.

## Resumo

Tendo em conta o peso do setor da saúde e a grave crise financeira atualmente existente, torna-se cada vez mais importante a eficiência de gestão neste setor, bem como a transparência da informação proporcionada para os utentes em geral e para os contribuintes em particular, principais *stakeholders* destas entidades.

As Tecnologias da Informação e Comunicação têm um papel fundamental na transparência da informação proporcionada, como tal este estudo tem como objetivo geral avaliar a transparência da informação divulgada pelas entidades públicas empresariais na área da saúde e avaliar a qualidade dos respetivos *websites*, como fator de *accountability*.

Com base numa metodologia quantitativa, foram elaboradas duas matrizes de avaliação dos *websites*, uma para a informação obrigatória e outra para a informação facultativa, de forma a aferir o grau de conformidade e a qualidade da divulgação da informação, relacionando-as com algumas características das entidades alvo.

Os resultados demonstram que existiu um aumento considerável do grau médio de conformidade obrigatória do ano de 2009 para 2010; todavia, o ano de 2010 poderá ter sido um ano atípico, uma vez que o grau médio de conformidade obrigatório voltou a diminuir em 2011, para valores semelhantes ao ano de 2009. Constatou-se ainda que existe uma boa qualidade global quanto á divulgação da informação e uma relação fraca e direta entre a qualidade da divulgação na dimensão acessibilidade e a qualidade de divulgação na dimensão usabilidade. Portanto, os *websites* das entidades publico empresariais na área da saúde, com melhor acessibilidade, tendem a apresentar uma maior usabilidade dos seus websites.

**Palavras-Chave:** Contabilidade Pública, Entidades do Setor da Saúde, *Accountability*, Transparência, Qualidade dos *websites*.

**Classificação JEL:** M41 – Accounting

## **Abstract**

Given the weight of the health sector and the currently existing financial crisis, it becomes increasingly important management efficiency in this sector, as well as the transparency of information provided to users in general and taxpayers in particular, the major stakeholders of these entities.

The Information and Communications Technology has a key role in the transparency of the information provided, so the main goal of this study is to evaluate the overall transparency of information disclosed by the public corporate entities, in health area, and assess the quality of their respective websites, as accountability factor.

Based on a quantitative methodology, it was carried out two evaluation checklists of the public corporate entities in health area websites, one for the mandatory information and other for the optional information, in order to assess the degree of compliance and quality of disclosure, and relating them to some characteristics of the analyzed entities.

The results demonstrate that there was a considerable increase in the average degree of mandatory compliance from the year 2009 to 2010; however, the year 2010 may have been an atypical year, since the average degree of mandatory compliance decreased again in 2011, to similar values of 2009. It has been noticed that there is a good overall quality with regard to disclosure of information and a direct but weak relationship between the quality of disclosure in dimension accessibility and the quality of disclosure in usability dimension. Therefore, the websites of public corporate entities in the health area, with better accessibility, tend to show a greater usability of their websites.

**Keywords:** Public accounting, Health sector entities, Accountability, Transparency, Websites quality

**JEL Classification:** M41 – Accounting

## Índice Geral

Introdução.....	1
1. Enquadramento.....	6
1.1 <i>New Public Management</i> .....	6
1.2 <i>Accountability</i> e transparência.....	9
2. <i>Accountability</i> , transparência e <i>websites</i> .....	14
2.1 <i>E-government</i> .....	14
2.2 A importância dos <i>websites</i> no setor da saúde.....	15
2.3 Avaliação de <i>websites</i> de diferentes setores.....	17
3. O setor da saúde em Portugal.....	24
3.1 Gastos com a Saúde.....	24
3.2 Financiamento dos cuidados de Saúde.....	25
3.3 História do Sistema Nacional de Saúde Português.....	28
3.4 O papel da ACSS.....	32
3.5 Centros Hospitalares, Hospitais, ULS e IPO EPE.....	35
4. Metodologia.....	43
4.1 Questões de investigação.....	43
4.2 População.....	45
4.3 Desenvolvimento da matriz de avaliação.....	51
4.4 Recolha de dados e técnicas de análise de dados.....	53
5. Resultados.....	55
5.1 Evolução do grau de conformidade em termos de conteúdo (obrigatório) durante o período de 2009 a 2011.....	55
5.2 Características das EPE, na área da saúde e o grau de conformidade da informação obrigatória.....	63
5.3 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de <i>accountability</i> ..	66
5.3.1 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de <i>accountability</i> – Conteúdo (facultativo).....	67
5.3.2 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de <i>accountability</i> - Acessibilidade.....	68
5.3.3 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de <i>accountability</i> - Usabilidade.....	69
5.3.4 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de <i>accountability</i> - Design.....	71
5.3.5 Qualidade global da divulgação de informação relevante em termos de <i>accountability</i> .....	72

5.4 Características das EPE na área da saúde e a qualidade global da divulgação .....	75
Conclusões .....	78
Bibliografia .....	83

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Doutrinas do <i>New Public Management</i> .....	8
Tabela 2: Síntese das dimensões mais utilizadas para a avaliação de websites .....	21
Tabela 3: Dimensões de avaliação .....	22
Tabela 4: Os países da União Europeia agrupados de acordo com o método de financiamento atual ou planeado .....	28
Tabela 5: Evolução das EPE na área da saúde .....	36
Tabela 6: Evolução das EPE na área da saúde .....	38
Tabela 7: Evolução das EPE na área da saúde .....	38
Tabela 8: Evolução das EPE na área da saúde .....	38
Tabela 9: Evolução das EPE na área da saúde .....	39
Tabela 10: Evolução das EPE na área da saúde .....	39
Tabela 11: Evolução das EPE na área da saúde .....	39
Tabela 12: Evolução das EPE na área da saúde .....	39
Tabela 13: Evolução das EPE na área da saúde .....	40
Tabela 14: Evolução das EPE na área da saúde .....	40
Tabela 15: Evolução das EPE na área da saúde .....	40
Tabela 16: Evolução das EPE na área da saúde .....	40
Tabela 17: Evolução das EPE na área da saúde .....	40
Tabela 18: Evolução das EPE na área da saúde .....	41
Tabela 19: Evolução das EPE na área da saúde .....	41
Tabela 20: Evolução das EPE na área da saúde .....	41
Tabela 21: Evolução das EPE na área da saúde .....	41
Tabela 22: Evolução das EPE na área da saúde .....	42
Tabela 23: EPE, na área da saúde, no ano de 2009 .....	45
Tabela 24: EPE, na área da saúde, no ano de 2010 .....	47
Tabela 25: EPE, na área da saúde, no ano de 2011 .....	49
Tabela 26: Matriz de avaliação da informação obrigatória .....	51
Tabela 27: Matriz da avaliação da informação divulgada nos websites .....	52
Tabela 28: Grau de conformidade obrigatório em 2009 (%) .....	56
Tabela 29: Grau de conformidade obrigatório em 2009 (0 a 10) .....	56
Tabela 30: Grau de conformidade obrigatório em 2010 (%) .....	58
Tabela 31: Grau de conformidade obrigatório em 2010 (0 a 10) .....	59
Tabela 32: Grau de conformidade obrigatório em 2011 (%) .....	61
Tabela 33: Grau de conformidade obrigatório em 2011 (0 a 10) .....	61
Tabela 34: Grau de conformidade obrigatório (%) segundo as suas características .....	63
Tabela 35: Grau de conformidade obrigatório (%), por tipo/categoria .....	64
Tabela 36: Grau de conformidade obrigatório (0 a 10), por tipo/categoria.....	64
Tabela 37: Grau de conformidade obrigatório (%), por região .....	65
Tabela 38: Grau de conformidade obrigatório (0 a 10), por região.....	66
Tabela 39: Qualidade da divulgação da informação – Conteúdo (Facultativo) (%).....	67

Tabela 40: Qualidade da divulgação da informação – Conteúdo (Facultativo) (0 a 7) .....	68
Tabela 41: Qualidade da divulgação da informação – Acessibilidade (%).....	69
Tabela 42: Qualidade da divulgação da informação – Acessibilidade (0 a 6) .....	69
Tabela 43: Qualidade da divulgação da informação – Usabilidade (%) .....	70
Tabela 44: Qualidade da divulgação da informação – Usabilidade (0 a 4).....	70
Tabela 45: Qualidade da divulgação da informação – Design (%) .....	72
Tabela 46: Qualidade da divulgação da informação – Design (0 a 3).....	72
Tabela 47: Qualidade global da divulgação de informação relevante em termos de accountability (%).....	73
Tabela 48: Qualidade global da divulgação de informação relevante em termos de accountability (0 a 20) .....	74
Tabela 49: Coeficiente de correlação linear de Pearson entre as dimensões da qualidade global da informação.....	74
Tabela 50: Qualidade global da divulgação (%), segundo as suas características .....	75
Tabela 51: Qualidade global da divulgação (%), por tipo/categoria .....	75
Tabela 52: Qualidade global da divulgação (0 a 20), por tipo/categoria.....	76
Tabela 53: Qualidade global da divulgação (%), por região .....	76
Tabela 54: Qualidade global da divulgação (0 a 20), por região.....	76

## Índice de Figuras

Figura 1: Despesas com a saúde, por tipo de financiamento, em 2009 .....	27
Figura 2: Mapa da Estratégia da ACSS .....	34
Figura 3: Cumprimento dos requisitos obrigatórios em 2009 .....	55
Figura 4: Cumprimento dos requisitos obrigatórios em 2010 .....	58
Figura 5: Cumprimento dos requisitos obrigatórios em 2011 .....	60
Figura 6: Itens da dimensão Conteúdo (facultativo) .....	67
Figura 7: Itens da dimensão Acessibilidade .....	68
Figura 8: Itens da dimensão Usabilidade .....	70
Figura 9: Itens da dimensão Design .....	71
Figura 10: Divulgação média por dimensão .....	73

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1: Evolução da despesa total com a saúde em percentagem do PIB em Portugal e na OCDE .....	25
Gráfico 2: Grau de conformidade obrigatório divulgada por EPE na área da saúde, em 2009 (%) .....	57
Gráfico 3: Grau de conformidade obrigatório divulgada por EPE na área da saúde, em 2010 (%) .....	59
Gráfico 4: Grau de conformidade obrigatório divulgada por EPE na área da saúde, em 2011 (%) .....	62

## Lista de Abreviaturas

ACSS: Administração Central dos Serviços de Saúde

AIE: Área de Intervenção Estratégica

CRI: Centros de Responsabilidade Integrados

e-commerce: *electronic commerce*

e-government: *electronic government*

EPE: Entidade Pública Empresarial

e-service: *electronic servisse*

FAQ: *Frequently Asked Questions*

IES: Ensino Superior em Portugal

IPO: Instituto Português de Oncologia

IS: *Information Seeking*

NPM: *New Public Management*

OCDE/OECD: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/  
*Organisation for Economic Co-operation Development*

PRACE: Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

QEM: *Quality Evaluation Methodology*

SA: Sociedades Anónimas

SLS: Sistemas Locais de Saúde

SNS: Serviço Nacional de Saúde

TIC: Tecnologias de Informação e Comunicação

ULS: Unidade Local de Saúde



## Introdução

### Justificação e relevância do tema

Tendo em conta o peso do setor da saúde e a grave crise financeira atualmente existente, torna-se cada vez mais importante a eficiência de gestão neste setor, bem como a transparência da informação proporcionada para os utentes em geral e para os contribuintes em particular, principais *stakeholders* destas entidades.

Vivendo em pleno século XXI, na época da globalização e com a crescente preponderância das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), na divulgação da informação, é premente incluir a internet no presente estudo, uma vez, que é uma maneira fácil e rápida de aceder à informação e de custo reduzido.

As TIC tem um papel fundamental na transparência da informação divulgada, segundo Pina *et al.* (2010a:3):

*“At present, academics and institutions consider e-governments as a powerful tool for bringing governments closer to citizens through reshaping the relationship between citizens and governments in terms of openness, engagement of citizens in public affairs, accessibility to public services, interactivity and accountability”*

O *electronic-government* (e-government) é considerado uma ferramenta de divulgação de informação e prestação de serviços *online*. É definido como a capacidade de transformar a administração pública por meio das TIC (Pina *et al.*, 2010a).

O e-government veio alterar a organização, coordenação e prestação de serviços públicos. Reúne um conjunto de ideias sobre o uso da informação e os instrumentos necessários para torná-la possível (Lapsley e Miller, 2010).

Numa altura em o país atravessa um conjunto de reformas estruturais, devido à grave crise financeira, que obrigou ao pedido de um resgate financeiro, implicando a assinatura do Memorando de Entendimento, assinado pelo governo Português, Comissão Europeia, Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Europeu, uma maior

atenção tem sido prestada ao acompanhamento da gestão financeira e orçamental das entidades públicas. Destaca-se dentro das entidades englobadas no setor público, as entidades do setor da saúde, as quais são objeto de especial atenção (Barros, 2012).

O Sistema Nacional de Saúde está organizado em torno do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que é maioritariamente subsidiado pelo estado, ou seja, os impostos são a principal fonte de financiamento do SNS (Barros, 2012). De acordo com a Lei 48/90 de 24 de agosto o Sistema de Saúde é constituído pelo SNS (abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio) e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira prestação de todas ou de algumas daquelas atividades.

O Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de Junho determinou a transformação em entidades públicas empresariais (EPE) de 31 unidades de saúde às quais havia sido atribuído o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, isto levou à criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural baseado na eficiência de gestão e centrado no cliente/utente.

Posteriormente novos decretos-lei vieram atribuir o estatuto de entidades públicas empresariais a mais Centros Hospitalares, Hospitais, Unidades Locais de Saúde (ULS) e Institutos Públicos de Oncologia (IPO).

Como tal numa ótica de *accountability* é importante analisar e avaliar a informação divulgada nos *websites* das EPE na área da saúde.

### **Objetivos da investigação**

Este estudo tem como objetivo geral, avaliar a transparência da informação divulgada pelas EPE na área da saúde e avaliar a qualidade dos *websites* como fator de *accountability*.

Como objetivos específicos são formulados os seguintes:

Objetivo 1: Verificar o grau de conformidade da informação divulgada e a evolução do mesmo (2009 a 2011), nas EPE na área da saúde, face à legislação aplicável.

Objetivo 2. Avaliar a qualidade da divulgação da informação, em 2011, constante nos *websites* das EPE na área da saúde atendendo ao conceito de *accountability*.

Objetivo 3. Explicar a relação do grau de conformidade da informação obrigatória contabilística e da qualidade da divulgação da informação divulgada nos *websites* com as principais características das EPE na área da saúde.

Segundo Vieira (2009) a investigação académica em contabilidade até finais da década de setenta era dominada por duas vertentes da teoria económica: a normativa e a positivista. A primeira constrói modelos e ferramentas para ajudar o mundo empresarial a obter resultados e as condições ótimas; a segunda tenta desenvolver teorias e modelos que descrevam e expliquem como e porquê os agentes económicos e sistemas alcançam as condições de equilíbrio, ou se afastam destas.

Neste estudo será realizada uma investigação positivista, que consiste em os fenómenos serem estudados independentemente do comportamento das pessoas, isto é, o observador é um sujeito passivo que quer compreender o fenómeno em estudo para o explicar e prever. Os investigadores observam um fenómeno, formulam hipóteses e tiram conclusões que preveem e explicam o fenómeno em estudo (Vieira 2009).

Numa perspetiva quantitativa pretende-se avaliar a transparência da informação divulgada nos *websites* das EPE na área da saúde, com base em estudos anteriores em diferentes países e setores e consistirá em observação direta do investigador com base nos dados recolhidos dos *websites* das EPE na área da saúde.

No que aos objetivos diz respeito, para o primeiro irá ser realizada uma pesquisa na internet de forma a verificar a informação que as EPE na área da saúde, estão legalmente obrigados a divulgar.

Para o segundo objetivo será efetuada uma revisão de literatura, com o propósito de encontrar as dimensões analisadas noutros estudos para aferir a qualidade da divulgação da informação das EPE, na área da saúde.

Por último, para o terceiro objetivo pretende-se relacionar as principais características das EPE na área da saúde, com a conformidade e a qualidade da divulgação da informação.

### **Estrutura da dissertação**

Esta dissertação é composta por cinco capítulos, além da introdução e da conclusão. Os capítulos 1 a 3 dizem respeito à revisão da literatura existente sobre o tema; o capítulo 4 trata das questões metodológicas e o capítulo 5 refere-se ao estudo empírico realizado.

O capítulo 1 reporta-se ao enquadramento teórico desta dissertação. Neste capítulo explica-se a importância do movimento *New Public Management* e apresentam-se os conceitos de *accountability* e transparência.

O capítulo 2 refere-se à relevância dos *websites*. É explicada a importância das TIC para a *accountability* e transparência, bem como, a importância dos *websites* no setor da saúde. Por último, é realizada uma revisão de literatura, tendo em vista a avaliação dos *websites*, nomeadamente, as dimensões e respetivos indicadores geralmente utilizadas na sua avaliação.

No capítulo 3 são abordados temas relacionados com o setor da saúde, nomeadamente uma breve história do SNS Português, modo de financiamento dos cuidados de saúde, os gastos com a saúde em Portugal e na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e a legislação aplicável às EPE na área da saúde.

No capítulo 4 é explicada a metodologia de investigação utilizada, são apresentadas as questões de investigação, a população em estudo, as matrizes de investigação e a forma de recolha e tratamento dos dados.

O capítulo 5 expõe o estudo empírico, sendo determinado e analisado o grau de conformidade da informação contabilística e o grau de qualidade da divulgação de informação, na ótica da *accountability*. São igualmente analisadas as relações entre algumas características das EPE da área da saúde e os índices de conformidade e qualidade.

Por último, são apresentadas as principais conclusões da análise, respondendo às questões de investigação e apresentando os principais contributos e limitações do estudo.

## 1. Enquadramento

Neste capítulo é apresentado o movimento *New Public Management* (NPM), bem como, os conceitos de *accountability* e transparência. É ainda analisada a contribuição do movimento NPM para uma maior *accountability* e transparência.

### 1.1. *New Public Management*

A crise económica que ocorreu em finais da década de 70 do século passado veio colocar novos desafios ao modelo tradicional de organização da Administração Pública, que não conseguiu introduzir as inovações necessárias para lidar com a crise que existia na altura (Araújo, 2007).

Os economistas da escola de Chicago e alguns setores ideologicamente identificados com o centro-direita criticaram fortemente a dimensão e a despesa do Estado, levando a que os Governos dos países ocidentais procurassem novas soluções de reforma do setor público. O aparecimento da ideologia do “*New Right*”, que foi seguida nos Estados Unidos pela Administração de Ronald Reagan e no Reino Unido pelos governos de Thatcher, lançou severos ataques às opções e políticas seguidas pelo *Welfare State* (Hood, 1995).

Para Bevier e O’Brien (2001), o denominado *Welfare State* esteve na origem de alguns problemas. O elevado nível de gastos públicos prejudicou a economia, levando a taxas de inflação elevadas. Parte desta despesa pública, segundo os autores, foi utilizada por parte de uma elite burocrata ineficiente que poderia ser substituída pelo mercado, o que levou a um nível de gastos exagerado e insustentável que acelerou o esgotamento do modelo. Vários setores da sociedade reclamavam uma Administração Pública mais célere, responsável e eficiente (o sistema então vigente era muito permissivo e não dispunha de incentivos para a utilização eficiente dos recursos) que respondesse às necessidades primárias da sociedade e às exigências dos agentes económicos. Nessa altura os políticos partilhavam a ideia de que o Estado produz mal e a custos elevados, devendo portanto procurar no mercado quem produza com mais qualidade e a custos mais baixos.

A dificuldade em lidar com os problemas emergentes levou à procura de novas formas de governação baseadas em modelos mais liberais. A classe política estava decidida a reduzir a dimensão e gastos do Estado, pretendendo atingir este objetivo com recurso à privatização. O controlo e o rigor da despesa pública surgem como uma preocupação generalizada por parte dos governos para recuperar a confiança dos cidadãos e melhorar a qualidade dos serviços prestados. Sendo assim, pode-se dizer que a reforma da gestão pública foi uma consequência da crise do *Welfare State*, mas também uma crise de instituições. O modelo gestor, designado por *New Public Management* (NPM), aparece como “ a grande resposta” aos problemas da Administração Pública, partindo do pressuposto que a gestão do sector privado é superior à gestão no sector público. Este movimento emergiu inicialmente nos países anglo-saxónicos, mas tem influenciado a reforma administrativa em países que apresentam sistemas administrativos diferentes (Araújo, 2007).

O setor público tem um grande peso na despesa em muitos países da OCDE, uma vez que continua a fornecer bens e serviços de grande importância para a sociedade, como é o caso da saúde, educação, justiça e segurança social (Ferlie *et al.*, 1996). Um dos objetivos mais importantes do NPM é aumentar a eficiência e a eficácia económica nas organizações do setor público (Bogt, 2008). Todavia, segundo Ferlie *et al.*, (1996:10) não existe uma definição clara do que é o NPM:

*“There is no clear or agreed definition of what the new public management actually is and not only is there controversy about what is, or what is in the process of becoming, but also what ought to be.”*

Ao longo da década de 80, a gestão e a organização dos serviços públicos do Reino Unido estavam sob pressão para mudarem e a contabilidade do setor público não ficou alheia a este movimento, tendo surgido mudanças significativas nos modelos contabilísticos aplicáveis ao setor público em vários países da OCDE; estas mudanças foram fundamentais para o desenvolvimento do NPM e das suas doutrinas associadas a melhores práticas organizacionais (Hood, 1995). A tabela 1 sintetiza os principais aspetos que a doutrina do NPM engloba, respetivo significado, associado à justificação de cada um deles.

Tabela 1: Doutrinas do *New Public Management*

<b>Doutrina</b>	<b>Significado</b>	<b>Justificação</b>
Gestão profissional no setor público	Controlo ativo e visível dos gestores de topo das entidades públicas	A prestação de contas exige a responsabilização na tomada de decisão, não sendo compatível com a difusão de poder
Normas e medidas de desempenho explícitas	Definição de objetivos e indicadores de sucesso (de preferência expressos em termos quantitativos)	A prestação de contas requer uma definição clara de objetivos. A eficiência exige um olhar firme sobre os objetivos.
Maior ênfase no controlo de produção	Atribuição de recursos e prémios com base em medidas de desempenho. Abandono da gestão de recursos humanos centralizados e burocráticos.	Maior necessidade de obter resultados, do que seguir procedimentos.
Mudança para a desagregação de unidades no setor público	Separação de sistemas de gestão em unidades corporizadas em torno do produto. Descentralização da gestão dos orçamentos	Necessidade de criar unidades de gestão, com ganhos de eficiência provenientes da externalização de alguns serviços.
Mudança para uma maior concorrência no setor público	Recorrer a contratos de longo prazo e concursos públicos.	A competitividade é a chave para a redução de custos e aumento dos padrões de qualidade
Ênfase nas práticas de gestão do setor privado	Maior flexibilidade em contratar e atribuir prémios. Melhor utilização de técnicas de relação pública.	Necessidade de utilizar técnicas de gestão do setor privado (com provas dadas) no setor público
Maior eficiência e eficácia, no uso dos recursos	Cortar nos custos diretos, aumento da disciplina laboral, resistir a reivindicações sindicais	Fazer "mais com menos"

Fonte: Adaptado de Hood (1991)

O movimento denominado NPM tem sido frequentemente interpretado, como um meio de “emagrecer” os gastos do governo, maximizando assim os seus recursos (Hood, 1995). Para Hood (1991), o NPM não é apenas um movimento ocorrido no Reino Unido, mas sim uma tendência internacional marcante na administração pública.

A ascensão deste movimento está ligada a quatro tendências (Hood, 1991):

1. Tentativa de desacelerar ou diminuir o crescimento governamental em termos de despesa e pessoal;
2. Mudança de paradigma em relação à privatização.
3. Desenvolvimento de tecnologias de informação, na produção e distribuição de serviços públicos;
4. Desenvolvimento de uma agenda mais internacional, mais focada em questões gerais de gestão pública, formulação de políticas, estilos de decisão e cooperação intergovernamental.

O recurso a técnicas de gestão do setor privado e ao mercado para o fornecimento de bens e serviços foi a resposta dos governos aos problemas de ineficiência da administração. A Administração Pública deve estar mais próxima daquilo que é feito no setor privado e proporcionar aos gestores maior flexibilidade, autonomia e oportunidades para a tomada de decisão (Araújo, 2007). Para DeLeon e Denhardt (2000), a Administração Pública deve ser gerida como uma empresa, sugerindo que as práticas da gestão privada devem servir de exemplo para a Administração Pública, enfatizando a eficiência e a eficácia da economia.

## **1.2. *Accountability* e transparência**

O NPM como um novo modelo de reformas administrativas adotado por vários países veio reforçar entre outras coisas o papel da *accountability* (Laranja, 2012). Este conceito, bem como o conceito de transparência, têm sido objeto de uma ampla variedade de definições, surgindo na literatura alguns elementos comuns que apontam para uma estreita ligação entre ambos (Benz *et al.*, 2007).

Segundo Hood (2010), *accountability* e transparência são como “gêmeos siameses”, não são distinguíveis; podem ser separadas mas juntas complementam-se de forma a produzir boas práticas de governação. Estes dois conceitos estão fortemente relacionados, pois o acesso à informação constitui a primeira etapa do processo de *accountability* (Meijer,2003).

Para Hood (2010) transparência significa a condução de um negócio, de uma forma a que as suas decisões, regras e informações sejam perceptíveis a partir do exterior.

Por sua vez, para Montesinos (2009: 26);

*“...la transparencia en la sociedad de nuestros días significa información fácilmente accesible, fiable, que sea relevante para las decisiones, que resulte comparable y que se presente de forma clara y oportuna. En definitiva, que cumpla los requisitos y características cualitativas del marco conceptual de la contabilidad, con un especial énfasis en la accesibilidad, derivado del papel revolucionario del internet”*

*Accountability* é um conceito que abrange um vasto leque de opções como confiança e justiça. A descrição mais concisa de *accountability* seria a obrigação de explicar e justificar determinada conduta (Bovens, 2007). Mais, *accountability* consiste no dever de um individuo ou organização de responder de alguma maneira sobre os seus atos/decisões (Hood, 2010)

O conceito de *accountability* é descrito por Bovens (2007:448) da seguinte forma;

*“Accountability is one of those golden concepts that no one can be against. It is increasingly used in political discourse and policy documents because it conveys an image of transparency and trustworthiness.”*

Segundo Brinkerhoff (2004) para definir *accountability* é necessário especificar: *accountability* para o quê? Três categorias gerais emergem da resposta a esta pergunta:

- *Accountability* financeira: cumprimento das leis, normas e regulamentos relativos ao controlo financeiro e de gestão;

- *Accountability* de desempenho, abrangendo a reforma da gestão do setor público, mede o desempenho da gestão pública, a sua evolução e a melhoria da prestação de serviços;
- *Accountability* e política/democrática: relação entre o governo e os cidadãos, discussão de governabilidade, maior participação dos cidadãos, questões de equidade, transparência, abertura e receptividade.

A transparência na Administração Pública é um tema recorrentemente abordado, especialmente em contextos de crises financeiras internacionais, como a que está a ocorrer no presente. A *accountability* democrática requer que os governos, para aumentarem a transparência, divulguem mais informação financeira e orçamental aos cidadãos, promovendo assim o escrutínio da despesa pública, prevenindo a corrupção e os desperdícios de recursos públicos. Nas últimas décadas, muitas entidades do setor público têm vindo a recorrer às TIC de forma a melhorar a qualidade dos serviços e consequentemente promover uma maior *accountability* e transparência, especialmente através de uma maior divulgação de informação e capacidade de resposta para os cidadãos e outras partes interessadas. Os *websites* em particular oferecem uma boa oportunidade para a divulgação de informação (Jorge *et al.*, 2011).

A crescente perceção entre os cidadãos comuns da má gestão de fundos públicos, tem vindo a corroer a confiança nas instituições públicas. O que consequentemente tem levado a que a transparência e a *accountability* se tornassem dois aspetos chaves da governação pública. As reformas que têm sido realizadas ultimamente na Administração Pública a nível nacional e internacional sob o rótulo de NPM (Frederickson, 1996), têm enfatizado a importância da transparência como um pré-requisito para a *accountability* (Jorge *et al.*, 2011). Devido à relação entre transparência e *accountability*, o acesso à informação governamental é uma preocupação permanente dos cidadãos (Piotrowski e Bertelli, 2010).

O uso das TIC na reforma da Administração Pública está muito ligado ao movimento NPM (Lee *et al.*, 2011). No entanto, os benefícios potenciais da implementação das TIC na reforma da Administração Pública estão a ir mais longe do que a promoção da eficiência e da eficácia. As TIC podem aumentar a confiança e a participação do público, melhorando assim a qualidade da democracia (Jorge *et al.*, 2011).

No processo geral da reforma do setor público e modernização administrativa, alguns estudos (Brewer *et al.*, 2006; Moon, 2002) revelaram que os governos, muitas vezes fazem uso das TIC, mais particularmente dos *websites*, como um meio de mostrar uma maior transparência, nomeadamente através da divulgação de mais informações sobre a gestão (financeira) para os cidadãos, melhorando assim a capacidade de resposta em relação às preocupações dos cidadãos e a *accountability*.

Em regimes democráticos, o acesso dos cidadãos à informação é assegurado por lei e, quando esse direito está em jogo, eles podem recorrer a órgãos administrativos especiais para vê-la cumprida. No entanto, este direito tem utilidade limitada, a menos que as entidades do setor público facilitem o acesso aos cidadãos de informação considerada relevante; ou seja, as entidades públicas devem cumprir com a divulgação obrigatória da informação de acordo com os regulamentos, mas acima de tudo, fazer isso de uma forma que incentive o uso da informação divulgada por parte dos cidadãos. A informação deve ser suficiente para que os cidadãos possam saber onde e quando estão a ser destinados os recursos financeiros, e como estão sendo utilizados (Jorge *et al.*, 2011).

Com a internet tornou-se muito mais fácil para os governos tornar a informação mais acessível ao público e melhorar a *accountability*. Deve-se destacar que, mesmo assim, o governo tem investido essencialmente na prestação de serviços através da internet e na divulgação de informações gerais e promocionais, enquanto descarta a certo ponto, o papel da internet como uma ferramenta para informar os cidadãos sobre a administração financeira (Gandía, 2008).

Além disso, podem surgir dúvidas, especialmente sobre se e como o potencial das TIC tem sido usada para fornecer informações oportunas e precisas aos cidadãos, cumprindo assim, o propósito final de aumentar a confiança geral nos governos. Houve alguns esforços das instituições públicas para fornecer mais informações aos cidadãos, mas esta informação ainda aparece muito fragmentada, muitas das vezes não aparece com o melhor formato para a realização de análises e muitas vezes não está relacionada com a preparação do orçamento e gastos públicos (Dawes, 2010; Jaeger e Bertot, 2010). Pode-se assim dizer que explicação e justificação de atos de gestão pública inerentes à

*accountability* faz com que esta se torne uma componente importante para a democracia (Mulgan, 2000).

## **2. *Accountability*, transparência e *websites***

Neste capítulo é analisada a importância das TIC, para uma maior transparência da informação, bem como, a importância dos websites na divulgação de informação, especialmente no setor da saúde. Por último, serão avaliadas as dimensões dos *websites* utilizados em diferentes setores de atividade.

### **2.1. *E-government***

A adoção de novas tecnologias tornou-se uma tendência mundial na Administração Pública. Da mesma maneira que na década de noventa existiu uma pressão global para a reforma do setor público, a globalização está a criar um aumento da procura de informação o que está a pressionar os governos de todo o mundo a inovar, e consequentemente a melhorar o relacionamento entre burocratas e cidadãos (Pina *et al.*, 2010b).

Os cidadãos começam a exigir a mesma qualidade e capacidade de resposta dos serviços públicos, que estão a receber do setor privado (Horner, 1999); é assim importante verificar e comparar a informação disponibilizada no setor público e no setor privado, uma vez que cada vez mais os *stakeholders* exigem um maior número de informação, e a informação deve ser acessível e transparente (Pina *et al.*, 2007).

Como tal torna-se importante fazer chegar o maior número de informação possível ao maior número de pessoas; é nesta temática que a internet tem um papel fulcral na oferta de informação e a sua preponderância/usabilidade tem vindo a aumentar nas últimas três décadas as sociedades de todo o mundo sofreram alterações substanciais (Androniceanu, 2009). Essas mudanças incluem o desenvolvimento de uma economia globalizada, o fim da guerra fria, e os rápidos progressos e adoção generalizada da tecnologia da informação.

A internet encorajou a transformação do paradigma tradicional da burocratização, que enfatiza a uniformização, departamentalização e o custo-benefício para um novo

paradigma, o “*e-government*” que salienta a importância de uma rede coordenada, colaboração externa e serviços ao cliente (Reschenthaler e Thompson, 1996; Ho, 2002).

Luling (2001; 43), define “*e-government*” como: “*online government services, that is, any interaction one might have with any government body or agency, using the Internet or the World Wide Web*”

O “*e-government*” consiste em fornecer serviços públicos e capacitar os cidadãos e as comunidades através da tecnologia da informação, especialmente a internet. Esta evoluiu gradualmente para uma plataforma fácil e barata de utilizar, o que permitiu aos governos comunicar diretamente com os cidadãos e fornecer grandes quantidades de informação ao público (Ho, 2002; Burn e Robins, 2003).

Segundo Burn e Robins (2003) “*e-government*” tem quatro princípios básicos:

- Criar serviços que aumentem o poder de escolha do cidadão
- Tornar o governo e os seus serviços mais acessíveis
- Garantir a inclusão social
- Melhor uso da informação

O “*e-government*” veio alterar a organização, coordenação e prestação de serviços públicos. Reúne um conjunto de ideias sobre o uso da informação e os instrumentos necessários para a tornar possível (Lapsley e Miller, 2010).

De acordo com o modelo NPM o papel do Estado é fornecer informações e serviços aos “clientes” o mais rápido e eficientemente possível (Navarra e Cornford, 2012). Como tal a tecnologia digital irá estar no epicentro do governo (Dunleavy *et al.*, 2005).

## **2.2. A importância dos *websites* no setor da saúde**

A internet tornou-se um meio comum para a divulgação de informação e conselhos relacionados com a saúde (Topaloglu *et al.*, 2013). Existem mais de 100.000 *websites* relacionados com a saúde e este número tem vindo a aumentar rapidamente. Por outro lado, é também reconhecido que novas ferramentas apresentam novos desafios. A partir

do momento em que ter acesso a informação de qualidade sobre a saúde se tornou uma componente chave de qualquer sistema de saúde, é preciso examinar as fontes de informação disponibilizadas na internet, sendo que, cada vez mais é difícil avaliar a precisão das mesmas (Erdem, 2008). Os consumidores procuram informação sobre saúde *online* através dos *websites* de forma a verificar alguns sintomas, obter uma segunda opinião sobre um diagnóstico, ou ir preparado para uma consulta (Fisher *et al.*, 2008).

Uma questão importante para a sociedade em geral são as alterações constantes nos cuidados de saúde e qual o impacto destas alterações no futuro. Os consumidores que procuram informação sobre a saúde têm mais opções hoje do que tinham no passado. A tecnologia agora disponível proporciona aos consumidores uma maior oferta de informação, o que pode levar os consumidores a ter uma sensação de poder. Cada vez mais os consumidores vão à internet para consultar os *websites* relacionados com a saúde, encontrando agora informações que antes eram protegidas ou não estavam disponíveis (Goetzinger *et al.*, 2007).

Brodie *et al.* (2000) descobriram através de um estudo nos EUA, onde entrevistaram por telefone 1506 adultos e 625 crianças, que 55% dos adultos com menos de 60 anos de idade que tenham acesso à internet utilizam-na para obter informações médicas.

A perspetiva dos governos é que o aumento do número de consumidores, na procura de informações médicas relevantes, vai levar a que diminua o número de visitas ao médico, podendo assim reduzir uma quantidade significativa de custos nos cuidados de saúde (Williams *et al.*, 2003).

Com o rápido desenvolvimento dos *websites* relacionados com a saúde, a existência de um grande número e variedade de fontes de informação pode dar origem a resultados contraditórios, isto é, enquanto os médicos podem gastar menos tempo com um paciente bem informado, o contrário também se aplica, podendo passar mais tempo com um paciente com informações erradas. Os consumidores devem tomar várias decisões no processo de procura de informação sobre a saúde na internet, devem decidir não só os *websites* que devem pesquisar, mas também quais os *websites* em que podem confiar ou não (Goetzinger *et al.*, 2007).

Os Hospitais estão a desempenhar um papel cada vez mais importante como centro de coordenação de cuidados de saúde e como fontes de informação ao utente. É assim importante que os Hospitais tenham *websites* eficazes, uma vez que a pressão dos média para haver uma maior ligação entre Hospitais e utentes está a crescer rapidamente (Ford *et al.*, 2012).

Para os utentes que procuram informações sobre os serviços, a *homepage* de um hospital é muitas vezes o primeiro ponto de contato (Revere e Robinson, 2010). Como resultado, os *websites* dos Hospitais tornaram-se uma importante ferramenta de marketing para os utentes atuais e potenciais, bem como aos visitantes que acompanham um paciente (Coile, 2000). Nos casos em que os utentes são capazes de fazer uma escolha na localização e tipo de cuidados que procuram (como por exemplo, serviço de maternidade), é cada vez mais provável que as informações recolhidas a partir do *website* do Hospital desempenhem um papel importante e ajudem o utente a decidir (Ford *et al.*, 2012).

Os utentes vão avaliar os *websites* dos Hospitais, com base em comparações com as suas experiências anteriores e com outros *websites* de consumo como *Amazon* e o *eBay* (Liang e Chen, 2009). Se um *website* de um Hospital não preenche os requisitos ou não excede as expectativas do utente com base em experiências anteriores, os utentes podem fazer inferências sobre a qualidade dos serviços que podem influenciar negativamente o processo de tomada de decisão (Ford *et al.*, 2012).

### **2.3. Avaliação de *websites* de diferentes setores**

*Websites* com maior qualidade, atraem mais utilizadores/clientes em relação a *websites* com menor qualidade (Wang e Tang, 2003).

O estudo de Tarafdar e Zhang (2005) corrobora esta afirmação. Estes autores identificaram e analisaram as dimensões mais importantes dos 40 *websites* mais bem-sucedidos em cinco diferentes categorias: retalho, serviços financeiros, notícias e informação, pesquisa e entretenimento. Foram selecionados os 40 maiores *websites* em cada categoria do banco de dados *NetRatings*, com base no número total de visitantes

em cada *website* no mês de dezembro de 2003. A seleção dos principais *websites* permitiu aos autores estudar, analisar e comparar os *websites* selecionados em cada domínio, o que os ajudou a especificar as dimensões mais essenciais para o sucesso dos *websites*.

Naquele estudo, foram selecionadas algumas dimensões dos *websites* que posteriormente foram incorporadas num questionário de pesquisa. Para descrever o aspeto de uma dimensão específica de cada *website* foram concebidos vários itens numa escala de *Likert* de cinco pontos. O questionário foi pré testado por seis académicos e investigadores, da área *information seeking* (IS) e *electronic commerce* (*e-commerce*), com vista a analisar o seu conteúdo. Em seguida foi pedido a dois investigadores da IS da área de *e-commerce* para avaliar de forma independente as características de todos os *websites* com base nos diferentes itens do questionário. Chegaram à conclusão que seis tipos de dimensões destacaram-se: conteúdo, acessibilidade, usabilidade, velocidade, personalização e segurança.

O *website* de uma entidade é indispensável para qualquer empresa que pretenda aventurar-se no *e-commerce*. Se os utilizadores tiverem dificuldades em realizar transações eletrónicas, vão a outro *website*, ou à fonte. A avaliação do desempenho dos *websites e-commerce* recebeu alguma atenção por parte dos investigadores nestes últimos anos, mas continua a existir a necessidade premente de uma abordagem mais abrangente (Merwe e Bekker, 2003). Estes autores fornecem-nos um modelo de avaliação dos *websites e-commerce*, assente em princípios de negócio sólidos e utilizando uma escala multidimensional para analisar os dados. O seu estudo baseia-se em cinco dimensões: navegabilidade, conteúdo, interface, segurança e técnico.

Noutro estudo, Lee e Lin (2005) desenvolveram um modelo de investigação que examina a relação entre as dimensões de qualidade do *electronic service* (*e-service*) e a qualidade global do serviço, satisfação do cliente e intenção de compra. Foram analisados 297 inquéritos de consumidores *online* e os resultados mostraram que as dimensões dos *websites* que afetam a qualidade geral do serviço, satisfação do cliente e intenção de compra são: design, fiabilidade, capacidade de resposta e confiança (usabilidade). Ao contrário, a dimensão personalização não está significativamente

relacionada com a qualidade geral do serviço, satisfação do cliente e intenção de compra.

Segundo Park *et al.* (2007) as agências de viagens *online* enfrentam níveis crescentes de concorrência, como tal necessitam cada vez mais de avaliar a eficácia dos seus *websites*, os autores decidiram então estudar a qualidade dos *websites* das agências de viagem online. Com base na revisão de literatura escolheram seis dimensões: realização, acessibilidade, segurança, conteúdo, capacidade de resposta e *design*. Este estudo veio reforçar a relevância das características de qualidade dos *websites* que tinham sido identificadas em estudos anteriores, sendo que a acessibilidade foi considerada a dimensão que mais influência teve, sobre os indivíduos que pretendam usar os *websites* das agências de viagem *online*.

Em 2000, Loiacono concebeu um instrumento especificamente para a avaliação da qualidade dos *websites* comerciais. Desenvolvido com base numa extensa revisão de literatura, bem como em entrevistas com *Web designers* e utilizadores da internet, *WebQualit<sup>TM</sup>* avaliou doze componentes essenciais para avaliar a qualidade de um *website*: conteúdo, interatividade, confiança (usabilidade), tempo de resposta, *design*, intuição, visual, capacidade de inovar, emocional, comunicação integrada, negócio e substituto viável. Foi testado em mais de 800 estudantes universitários em *sites* que vendem livros, música, passagens aéreas e reservas hoteleiras. Foi encontrada uma escala de 36 itens que fazem com que o modelo possua uma forte validade e fiabilidade como medida de avaliação da qualidade dos *websites*.

Mateos *et al.*, (2001) desenvolveram um índice original de avaliação de *websites*, centrado em quatro categorias: acessibilidade, velocidade, navegabilidade e conteúdo. O mecanismo de pontuação é explicado e o índice aplicado para avaliar os *websites* de todas as universidades espanholas. Os autores chegaram à conclusão que existe uma elevada correlação entre a popularidade do *site* e o número de estudantes da universidade, isto é, quanto maior o número de alunos maior é a popularidade do *website* da universidade. Puderam ainda concluir que os *websites* das universidades espanholas na sua maioria são fáceis e rápidos de aceder.

Um estudo com algumas semelhanças com este último é o de Andrade e Barros (2010) que avaliaram os *websites* das Instituições Públicas de Ensino Superior em Portugal (IES) com base em quatro dimensões de qualidade: acessibilidade, apresentação (design), conteúdo e navegabilidade, tendo como referência o modelo de avaliação *Quality Evaluation Methodology* (QEM). Para a implementação deste estudo, foram escolhidos os *websites* das IES públicas como objeto de estudo, contando um total de treze organizações. Após a avaliação e análise dos resultados obtidos por este estudo, pode-se concluir que os *websites* das IES públicas portuguesas apresentam um nível satisfatório, sendo de salientar os casos da Universidade de Lisboa, Universidade do Porto, Universidade de Coimbra e da Universidade Técnica de Lisboa que obtiveram os melhores resultados. Com base neste estudo foi ainda possível identificar elementos passíveis de melhoria, destacando-se, neste âmbito, o requisito da acessibilidade a pessoas com necessidades especiais.

Em outro estudo Sutherland *et al.* (2005) avalia a qualidade dos *websites* de nutrição, tendo sido identificados quase 500 *websites* para avaliação, através de uma procura nos motores de busca, Google, Lycos e Alta Vista. Destes 500 *websites* foram selecionados 150 com base numa dupla abordagem: pesquisa geral e pesquisa centrada. Cada *website* foi avaliado com base em 27 itens em relação ao conteúdo, legibilidade (design) e usabilidade. Foi concluído que os *websites* de nutrição obtidos através de motores de busca populares são esteticamente atraentes e de fácil utilização, mas muitas vezes fornecem informações nutricionais imprecisas.

Um estudo levado a cabo por Gregory *et al.* (2010) propõe e aplica um modelo conceptual que pode ser utilizado para avaliar o desempenho dos *websites* dos Hospitais e empresas turísticas. Este modelo baseia-se em cinco dimensões de avaliação: conteúdo, comunicação, transações (negócio), interatividade e usabilidade. Foi realizado um estudo com uma amostra de 400 restaurantes escolhidos aleatoriamente da cadeia *Casual Dining 2007*, devido à sua importância na indústria da restauração, bem como pelo uso que estas entidades fazem dos respetivos *websites*.

Na tabela 2 sintetizam-se as dimensões mais utilizadas pelos autores acima referidos, para a avaliação de *websites*.

Tabela 2: Síntese das dimensões mais utilizadas para avaliação de *websites*

Características	Loiacono (2000)	Mateos <i>et al.</i> (2001)	Merwe e Bekker (2003)	Lee e Lin (2005)	Sutherland <i>et al.</i> (2005)	Zhang e Tarafdar (2005)	Park <i>et al.</i> (2007)	Andrade e Barros (2010)	Gregory <i>et al.</i> (2010)	Total
Conteúdo	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	8
Acessibilidade		✓				✓		✓		4
Usabilidade	✓			✓	✓	✓			✓	5
Velocidade		✓				✓				2
Personalização				✓		✓				2
Segurança			✓			✓		✓		3
Navegabilidade		✓	✓					✓		3
Interface			✓							1
Técnico			✓							1
Design	✓			✓	✓			✓	✓	5
Fiabilidade				✓						1
Capacidade de resposta				✓				✓		2
Realização								✓		1
Interatividade	✓								✓	2
Tempo de resposta	✓									1
Intuição	✓									1
Capacidade de inovar	✓									1
Emocional	✓									1
Comunicação integrada	✓								✓	2
Negócio	✓								✓	2
Substituto viável	✓									1
Visual	✓									1

Da literatura sobre a avaliação de *websites*, as dimensões mais utilizadas pelos autores de estudos sobre este tema foram, maioritariamente as seguintes:

- Conteúdo (Loiacono, 2000; Mateos *et al.*, 2001; Merwe e Bekker, 2003; Sutherland *et al.*, 2005; Zangh e Tarafdar, 2005; Park *et al.*, 2007; Andrade e Barros, 2010; Gregory *et al.*, 2010).
- Acessibilidade (Mateos *et al.*, 2001; Zangh e Tarafdar, 2005; Park *et al.*, 2007; Andrade e Barros, 2010).

- Usabilidade (Loiacono, 2000; Lee e Lin, 2005; Sutherland *et al.*, 2005; Zangh e Tarafdar, 2005; Gregory *et al.*, 2010).
- Design (Loiacono, 2000; Lee e Lin, 2005; Sutherland *et al.*, 2005; Park *et al.*, 2007; Andrade e Barros, 2010).

Destas características apresentam-se as principais dimensões que as constituem na tabela 3 com referência aos estudos que suportam a sua utilização.

Tabela 3: Dimensões de avaliação

Dimensões	Loiacono (2000)	Mateos <i>et al.</i> (2001)	Merwe e Bekker (2003)	Lee e Lin (2005)	Sutherland <i>et al.</i> (2005)	Zhang e Tarafdar (2005)	Park <i>et al.</i> (2007)	Andrade e Barros (2010)	Gregory <i>et al.</i> (2010)
<b>Conteúdo</b>									
Contatos (telefone, email)		✓	✓					✓	
Utilização de diferentes idiomas		✓						✓	
Informações gerais	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓
Contador		✓							
Informação relevante	✓		✓		✓	✓	✓		
Legibilidade						✓			
Eventos								✓	✓
Localização		✓							✓
Atualização da informação	✓	✓			✓		✓	✓	
FAQ									✓
<b>Acessibilidade</b>									
Popularidade		✓						✓	
Links relevantes						✓			
Fácil encontrar serviços e produtos							✓		
Reservas/ cancelamento online							✓		
Carregamento do website em diferentes browsers								✓	
Ranking nos motores de busca		✓						✓	
Velocidade no acesso								✓	
<b>Usabilidade</b>									
Confiança	✓			✓		✓			✓
Mapa do site					✓				✓
Links					✓				✓
Login seguro	✓								✓
Um sistema de ajuda					✓				
Estrutura do site									✓

AVALIAÇÃO DA DIVULGAÇÃO NOS *WEBSITES* NA ÓTICA DA *ACCOUNTABILITY*

---

<b>Dimensões</b>	Loiacono (2000)	Mateos <i>et al.</i> (2001)	Merwe e Bekker (2003)	Lee e Lin (2005)	Sutherland <i>et al.</i> (2005)	Zhang e Tarafdar (2005)	Park <i>et al.</i> (2007)	Andrade e Barros (2010)	Gregory <i>et al.</i> (2010)
<b><i>Design</i></b>									
Composição geral dos elementos	✓			✓			✓	✓	
Paletes de cores							✓	✓	
Organização do texto								✓	
Número de imagens							✓	✓	
Legibilidade	✓				✓			✓	

### **3. O Setor da Saúde em Portugal**

Neste capítulo é efetuada uma explanação acerca da história do SNS Português, do modo de financiamento dos cuidados de saúde e os gastos com a saúde em Portugal e OCDE. É ainda feito um levantamento da legislação aplicável às Entidades Públicas Empresariais, na área da saúde (Centros Hospitalares, Hospitais, ULS e IPO)

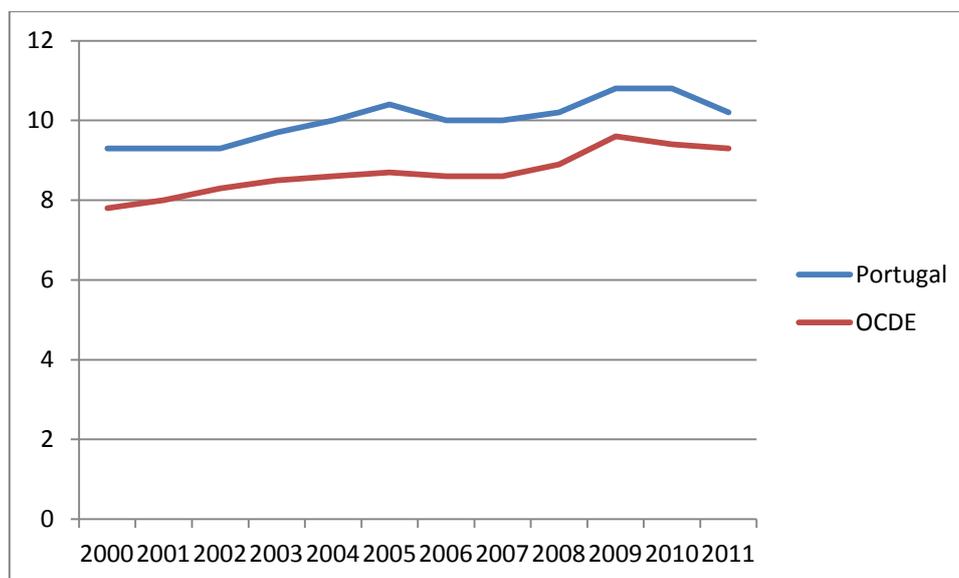
#### **3.1 Gastos com a Saúde**

Muitos países da OCDE (como por exemplo: Grécia, Polónia, Portugal, Turquia e Irlanda) enfrentaram nestes últimos 15 anos um rápido crescimento dos gastos com a saúde. Tal foi necessário para melhorar as infraestruturas, a cobertura e a qualidade dos serviços. Em tempos de recessão económica, os governos enfrentam a difícil tarefa de financiar os défices do setor público, garantindo que os cortes não comprometam as perspetivas de crescimento futuro. Pode até existir pressão para aumentar os gastos com a saúde pública em períodos de recessão, de forma a proteger uma parte da população que se encontra mais vulnerável e que são particularmente atingidos (OECD, 2010).

O sistema de saúde tem um papel fundamental no desempenho económico, é um grande empregador, responsável por cerca de um em cada dez postos de trabalho nos países da OCDE. A recente crise económica enfraqueceu a economia de toda a área da OCDE, tendo em conta que três quartos dos gastos com a saúde é financiado a partir de orçamentos públicos, as restrições fiscais dos próximos anos irão aumentar a pressão sobre os sistemas de saúde para controlarem os custos e melhorar a eficiência (OECD, 2010).

No gráfico 1 é apresentada a evolução da despesa total com a saúde em percentagem do PIB, em Portugal e na OCDE, entre 2000 e 2011. De acordo com a OCDE (1996), entre 1980 e 1994 Portugal apresentou a segunda maior taxa de crescimento anual total das despesas com a saúde (expressa em percentagem do PIB) entre os países da União Europeia.

Gráfico 1: Evolução da despesa total com a saúde em percentagem do PIB em Portugal e na OCDE



Fonte: OECD Health Data 2013

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento dos gastos com a saúde em Portugal e na OCDE, apesar do peso com a saúde ser superior em Portugal do que na OCDE (em 2011 a despesa total com a saúde situou-se nos 10,2% em Portugal e 9,3% na OCDE), sendo de salientar a convergência dos valores. A despesa total com a saúde em Portugal aumentou cerca de 1% ao longo do período estudado enquanto na OCDE esse valor aumentou cerca de 1,5%.

A taxa de crescimento económico desacelerou nos países da OCDE entre 2003 e 2007; no entanto o crescimento dos gastos na saúde continuou a aumentar, ultrapassando o crescimento económico em quase todos os países da OCDE nos últimos 15 anos. O crescimento da despesa com a saúde pública tende a exceder o crescimento económico por uma margem maior em países de médio, baixo rendimento do que em países mais ricos (entre 2 e 3 pontos percentuais, em comparação com cerca de 1 ponto percentual). Sendo assim pode-se dizer que a saúde tem cada vez mais, uma maior preponderância no peso orçamental, podendo isto resultar de uma política deliberada ou de uma incapacidade de controlar o crescimento dos custos (OECD, 2010).

### 3.2. Financiamento dos cuidados de saúde

Segundo Barros e Gomes (2002) os cuidados de saúde são financiados por quatro fontes principais:

- Impostos
- Contribuição para esquemas sociais de seguro
- Subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro
- Pagamentos diretos por parte dos doentes

Apesar dos sistemas de cuidados de saúde na região europeia dependerem de um misto destas quatro fontes, é possível distinguir três categorias de países da União Europeia, mediante o seu tipo de financiamento obrigatório predominante, que caracteriza o seu sistema nacional de saúde (Barros e Gomes, 2002).

- Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Bismarck (dependem predominantemente dos seguros), com sistemas de financiamento bem estabelecidos;
- Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge (dependem predominantemente dos impostos), com sistemas de financiamento bem estabelecidos;
- Sistema de cuidados de saúde que há relativamente pouco tempo começaram a mudar de um sistema baseado em seguros para um sistema com base em impostos e, conseqüentemente, que se encontram numa fase de transição.

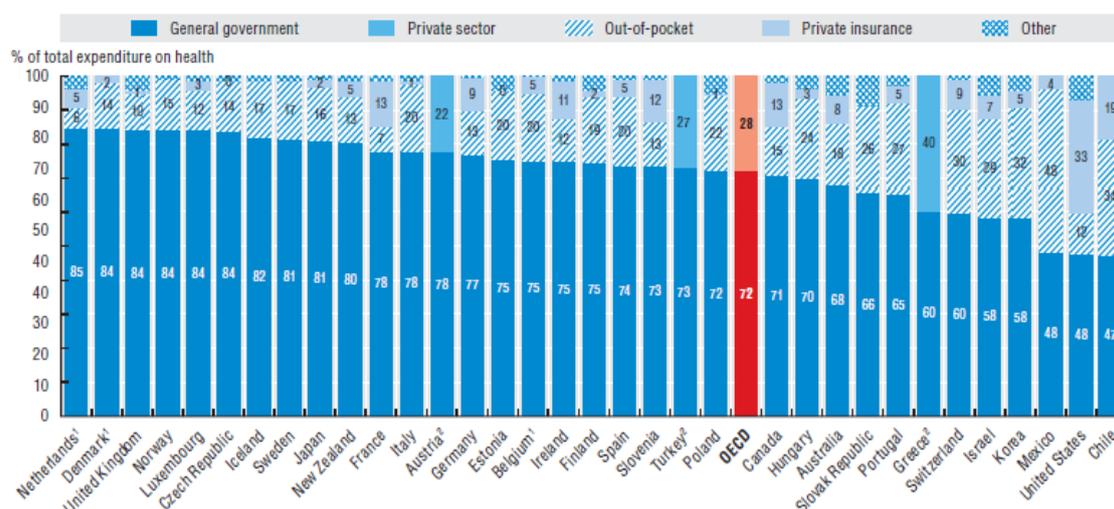
Apesar de esta classificação estar assente num tipo de financiamento obrigatório predominante, não existe nenhum sistema “puro”, ou seja os sistemas de financiamento que dependem sobretudo dos impostos incluem também elementos de segurança social e os sistemas baseados em seguros sociais incluem muitas vezes fortes elementos de financiamento fiscal.

O setor público continua a ser a principal fonte de financiamento da saúde em todos os países da OCDE, excetuando o Chile, México e Estados Unidos. Na Holanda, nos países nórdicos (exceto a Finlândia), Reino Unido, Republica Checa, Luxemburgo, Japão e Nova Zelândia o financiamento público dos cuidados de saúde foram

responsáveis por mais de 80% de todas as despesas de saúde. Em média, a participação pública dos gastos totais com a saúde foi de 72% em 2009. Muitos destes países, com uma participação pública relativamente alta no início de 1990, como a República Checa, diminuíram a sua participação, enquanto outros países que historicamente tiveram um nível relativamente baixo (por exemplo, Portugal e Turquia) aumentaram a sua participação, refletindo as reformas do sistema de saúde e a expansão da cobertura pública (OECD, 2011).

A figura 1 mostra como os serviços de saúde são pagos nos países da OCDE em 2009.

Figura 1: Despesas com a saúde por tipo de financiamento, em 2009



Nota: Despesa Corrente

Fonte: OECD Health Data 2011, retirado da OECD indicators, pág.157

Na tabela 4 são apresentados os países da União Europeia agrupados de acordo com o seu método de financiamento atual ou planeado.

Tabela 4- Os países da União Europeia agrupados de acordo com o método de financiamento actual ou planeado

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Sistema baseado em seguros	Sistema baseado em impostos	Em transição para um sistema baseado em impostos
Áustria Bélgica França Alemanha Luxemburgo Países Baixos	Dinamarca Finlândia Irlanda Suécia Reino Unido	Grécia Itália Portugal Espanha

Fonte: WHO Regional Publications, European Series, N.º 72

A maioria dos países do grupo 1 adotou os seus sistemas há muito tempo, alguns mesmo no século XIX. Todos os países do grupo 2 inicialmente tiveram sistemas de segurança de seguro social, os quais foram transformados, em décadas recentes, em sistemas de saúde nacionais assentes no financiamento via impostos. Enquanto os países do grupo 3 (onde se inclui Portugal) só recentemente começaram o processo de transformação de um financiamento social para um financiamento dependente de impostos, sendo que a única diferença entre o grupo 2 e 3 é a componente temporal uma vez que o grupo 3 encontra-se num período de transição. O sistema de saúde do Reino Unido continua a ser considerado o paradigma de um SNS de, a sua influência em outros países como é o caso de Portugal é evidente, os recursos provêm essencialmente de impostos, os prestadores são na sua maioria públicos e existe cobertura universal e tendencialmente gratuita para toda a população (Barros e Gomes, 2002).

### 3.3. História do Sistema Nacional de Saúde Português

A 2 de abril de 1946 foram lançadas as bases para uma rede hospitalar, com base na organização dos serviços médicos até então existentes<sup>1</sup>. A 19 de julho de 1963 a Lei n.º 2120, promulga as bases da política de saúde e assistência, que atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo seu interesse nacional ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada.

<sup>1</sup>Lei n.º 2011 de 2 de abril de 1946

Com a reforma do sistema de saúde ocorrida em 1971, conhecida como "reforma de Gonçalves Ferreira", surge o primeiro esboço do SNS, que de seguida, segundo o Decreto-Lei n.º 413/71 reorganiza o Ministério da Saúde e Assistência, e onde são explicitados princípios, como:

- O reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde;
- A integração de todas as actividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados;
- Noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais.

Em 1976 é aprovada nova Constituição da República Portuguesa (CRP), cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um SNS universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, é incumbido prioritariamente ao Estado, garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de saúde, bem como a uma eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

O "Despacho Arnaut"<sup>2</sup> constituiu uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação dos medicamentos.

Consequentemente a 15 de setembro de 1979 foi instituída uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, através da qual o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde, que dá pelo nome de Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>3</sup>. Até à criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Providência. O SNS envolve

---

<sup>2</sup> O Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978

<sup>3</sup> A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, conhecida por Lei do SNS

todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações.

O SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (Hospitais gerais, Hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Devido a preocupações decorrentes como: o aumento da despesa pública, a insatisfação crescente dos utentes perante o nível de serviço prestado, problemas de eficiência e a baixa produtividade (Ribeiro, 2004), é aprovado no Decreto-Lei n.º 19/88, a lei da gestão hospitalar. Aqui é enfatizado a necessidade de introduzir princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do País. E se a qualidade é o maior princípio da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração. Segundo Ribeiro (2004) apesar da lei de gestão hospitalar, persistiu na prática um quadro de gestão pouco definido, limitado por uma burocratização excessiva, que não permitia aos gestores realizar um bom trabalho e consequentemente prejudicava os utentes.

A Lei de Bases da Saúde é aprovada em 24 de agosto pela Lei n.º 48/90, sendo este um importante passo em frente no modelo empresarial na gestão dos hospitais (Campos, 2003). Pela primeira vez, a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, existindo agora liberdade de procura e de prestação de cuidados. Ainda de acordo com a mesma lei, o Sistema de Saúde é constituído pelo SNS (abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio) e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira prestação de todas ou de algumas daquelas atividades. Em 1993 foi aprovado o estatuto do SNS que nos artigos 28º e 29º previu a existência de parcerias

público-privadas, devido a pressões de reforma, derivado de uma maior exigência qualitativa e aos crescentes constrangimentos orçamentais

Através do Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro, é criado os centros de responsabilidade integrados (CRI) nos Hospitais do SNS. Os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos e ou afins. A desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visa introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades. O objetivo consiste em aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição.

A 11 de setembro do mesmo ano é publicado o Despacho Normativo n.º 61/99, que cria as agências de contratualização dos serviços de saúde. Estas agências sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Às agências de contratualização cabe explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar.

No mesmo ano, é ainda estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio. Trata-se de um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização de utilização dos recursos. Os SLS são constituídos pelos centros de saúde, Hospitais e outros serviços e instituições, públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, introduziram-se modificações profundas na Lei de Bases de Saúde. Os Hospitais EPE que seriam definidos como estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza

empresarial e os Hospitais SA sociedades anónimas de capitais exclusivamente público. Ainda no mesmo ano foi aprovada a transformação de 34 Hospitais tradicionais do SNS em 31 Hospitais SA, que posteriormente em 2005 viriam a ser transformados em Hospitais EPE.

Com o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, surgiram as taxas moderadoras, com o objectivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde. No mesmo ano, nasce a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro. Traduz-se, desta maneira, a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

Na resolução do conselho de Ministros n.º 124/2005, de 24 de agosto, foi aprovado o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), com o objetivo de modernizar a Administração Pública como um dos instrumentos essenciais da estratégia de desenvolvimento do País, promovendo a cidadania, desenvolvimento económico e a qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência, através de uma reorganização estrutural da Administração, que permita diminuir o número de serviços e de recursos afetos a estes.

O Decreto-Lei n.º 212/2006, introduziu algumas alterações no modelo orgânico do SNS, o que veio dar início à execução do PRACE no Ministério da Saúde. Uma alteração relevante é a criação da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que veio substituir o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, a direção geral de instalações e equipamentos da saúde, Instituto da Qualidade em saúde e da Secretária-geral, em matéria de recursos humanos do SNS.

### **3.4. O papel da ACSS**

A ACSS é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, resultante da fusão de outras entidades existentes, organicamente dependentes do Ministério da Saúde. É um organismo com autonomia administrativa, financeira e património próprio, com jurisdição sobre todo o território continental.

A ACSS tem pela frente desafios importantes (Plano Estratégico, 2010):

- Unificar estruturas e criar uma nova organização, alinhando processos, funções e pessoas;
- Criar sinergias através da unificação de estruturas e processos e à eliminação de recursos duplicados;
- Gerir a mudança e o seu impacto nas pessoas;
- Definir uma estratégia para a nova organização e gerir as iniciativas chave promotoras de melhores resultados;
- Uniformizar os diferentes graus de maturidade\_estratégica das diversas unidades operacionais;

Sistematizar, formalizar e comunicar são as funções da ACSS dentro do Ministério da Saúde. Para tal no âmbito da etapa de planeamento estratégico a ACSS definiu os seus objetivos estratégicos para o triénio 2008-2010, que são os seguintes:

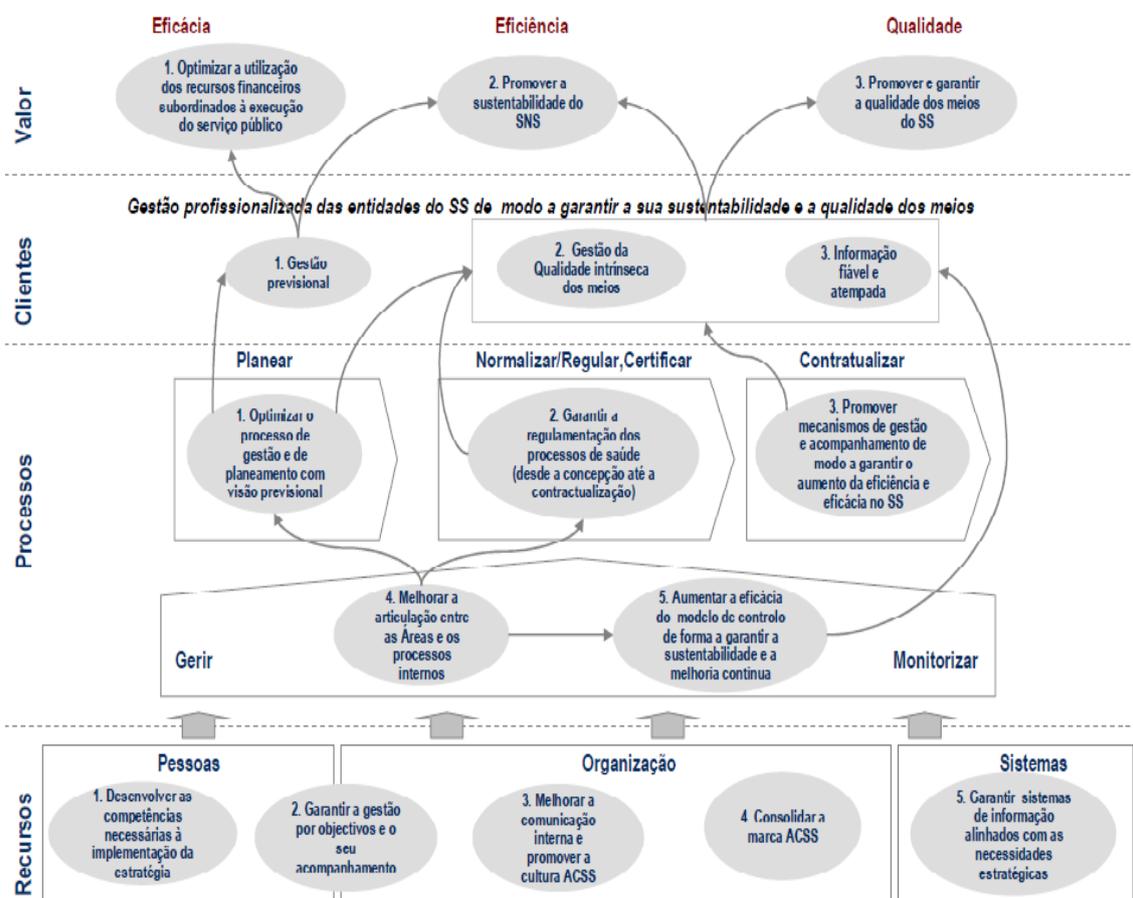
- Optimizar a utilização dos recursos financeiros subordinados à execução do serviço público
- Promover a sustentabilidade do SNS
- Promover e garantir a qualidade dos meios do Sistema de Saúde
- Promover a gestão previsional
- Assegurar a gestão da qualidade intrínseca dos meios
- Disponibilizar informação fiável e atempada
- Otimizar o processo de gestão e de planeamento com visão previsional
- Garantir a regulamentação de todos os processos de saúde (desde a concepção até a contratualização)
- Promover mecanismos de gestão e acompanhamento de modo a garantir o aumento da eficiência e eficácia no Sistema de Saúde
- Melhorar a articulação entre as áreas e os processos internos
- Aumentar a eficácia dos modelos de controlo de modo a garantir a sustentabilidade e a melhoria contínua

Segundo o plano estratégico (2010:6) a ACSS tem como missão:

“... administrar os recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do SNS e promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde.”

A ACSS deve fornecer aos *stakeholders* a melhor e mais atualizada informação financeira, de recursos humanos e de infraestruturas disponíveis de forma a facilitar uma boa gestão e realizar as melhorias necessárias, de forma a garantir à Tutela, informação fiável no momento certo, e sem investir muitos recursos. Podem observar o Mapa da estratégia da ACSS na figura 2 que estabelece a ponte com as operações.

Figura 2: Mapa da Estratégia da ACSS



Fonte: Retirado do Plano Estratégico (2010) da ACSS, (pág.16)

A ACSS está dividida em quatro grandes áreas de intervenção estratégica (AIE):

- Instalações e equipamentos
- Tecnologias de informação
- Financeira
- Recursos humanos

### **3.5. Centros Hospitalares, Hospitais, ULS e IPO EPE**

A natureza pública das instituições do Estado prestadoras de cuidados de saúde deve ser inequívoca, havendo que compatibilizar este princípio com os instrumentos de gestão mais adequados à natureza específica das suas atividades. Com efeito, o modelo mais adequado para atingir estes objetivos é o de EPE, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, que redefiniu o conceito de empresa pública enquanto modalidade autónoma de organização institucional do setor público, onde também foi conferida a devida atenção ao princípio da transparência das relações financeiras entre o Estado e entes públicos, tendo presente, designadamente, as orientações comunitárias nesta matéria decorrentes das Diretivas n.º 80/723/CEE, de 29 de julho e a Diretiva n.º 93/84/CEE, de 30 de setembro (alteração da Diretiva n.º 80/723/CEE, de 29 de julho, com vista a clarificar e reforçar as imposições de transparência financeira).

O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, determinou a transformação em EPE de 31 unidades de saúde às quais havia sido atribuído o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, isto levou à criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural baseado na eficiência de gestão e centrado no cliente/utente.

O pagamento dos atos e atividades dos Hospitais EPE pelo Estado é feito através de contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde no qual se estabelecem os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, a 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 e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos (Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho).

Centros Hospitalares, Hospitais, ULS e IPO, EPE (de agora em diante serão apenas EPE na área da saúde) seguem o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, com as adaptações necessárias a estabelecer por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde. Os instrumentos de prestação de contas das EPE na área da saúde, a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano são:

- Relatório do conselho de administração e proposta de aplicação dos resultados
- Relatório sobre a execução anual do plano plurianual de investimentos
- Balanço e demonstração dos resultados
- Anexo ao balanço e demonstração dos resultados;
- Demonstração de fluxos de caixa
- Relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazos
- Certificação legal de contas;
- Relatório e parecer do fiscal único

Segundo o Despacho dos Ministérios das Finanças e da Saúde, n.º 1507/2014, de 16 de janeiro, o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde tem sido utilizado na área da saúde, enquanto decorriam os trabalhos necessários para assegurar a transição para o SNC, estando neste momento reunidas todas as condições necessárias para que as EPE na área da saúde adotem o SNC. A utilização do SNC por parte das EPE na área da saúde vai iniciar-se com a apresentação de contas do exercício de 2014.

Ao longo dos anos e até aos dias de hoje foram criadas novas EPE na área da saúde. As tabelas 5 a 22 apresentam as várias EPE na área da saúde que foram criadas, com o seu respetivo decreto-lei, designação e anterior designação.

Tabela 5: Evolução das EPE na área da saúde

Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro	
Designação	Anterior designação
Hospital de Santa Maria EPE	• Hospital de Santa Maria
Hospital de São João EPE	• Hospital de São João
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	• Hospital de Santa Cruz SA Hospital de São Francisco Xavier SA Hospital de Egas Moniz SA
Centro Hospitalar de Setúbal EPE	• Hospital de São Bernardo SA Hospital ortopédico Santiago do Outão

<b>Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Centro Hospitalar do Nordeste EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Distrital de Bragança SA</li> <li>• Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros</li> <li>• Hospital Distrital de Mirandela</li> </ul>
Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Hospitalar da Cova da Beira SA</li> </ul>
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua SA</li> </ul>
Centro Hospitalar do Alto Minho EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Hospitalar do Alto Minho SA</li> </ul>
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Hospitalar do Baixo Alentejo SA</li> </ul>
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio SA</li> </ul>
Centro Hospitalar do Médio Tejo EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Hospitalar do Médio Tejo SA</li> </ul>
IPO de Coimbra Francisco Gentil EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPO Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia de Coimbra SA</li> </ul>
IPO de Lisboa Francisco Gentil EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPO Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia de Lisboa SA</li> </ul>
IPO de Porto Francisco Gentil EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPO Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia de Porto SA</li> </ul>
Hospital de Nossa Senhora do Rosário EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Nossa Senhora do Rosário SA</li> </ul>
Hospital Garcia Orta EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Garcia Orta SA</li> </ul>
Hospital de Santo André EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Santo André SA</li> </ul>
Hospital de São Gonçalo EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de São Gonçalo SA</li> </ul>
Hospital de Santa Maria Maior EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Santa Maria Maior SA</li> </ul>
Hospital de Santa Marta EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Santa Marta SA</li> </ul>
Hospital de São Sebastião EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de São Sebastião SA</li> </ul>
Hospital de São Teotónio EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de São Teotónio SA</li> </ul>
Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Distrital da Figueira da Foz SA</li> </ul>
Hospital Distrital de Santarém EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Distrital de Santarém SA</li> </ul>
Hospital Geral de Santo António EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Geral de Santo António SA</li> </ul>
Hospital Infante D. Pedro EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Infante D. Pedro SA</li> </ul>
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Nossa Senhora da Oliveira SA</li> </ul>
Hospital Padre Américo, Vale do Sousa EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Padre Américo - Vale do Sousa SA</li> </ul>
Hospital Pulido Valente EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Pulido Valente SA</li> </ul>
Hospital São João de Deus EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital São João de Deus SA</li> </ul>
ULS de Matosinhos EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Pedro Hispano SA</li> <li>• Centros de saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira</li> </ul>

Tabela 6: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Hospital do Espírito Santo de Évora EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital do Espírito Santo de Évora</li> </ul>
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar de Lisboa (zona central)</li> <li>Hospital de D. Estefânia</li> <li>Hospital de Santa Marta EPE</li> </ul>
Centro Hospitalar de Coimbra EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar de Coimbra</li> </ul>
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua EPE</li> <li>Hospital Distrital de Chaves</li> <li>Hospital Distrital de Lamego</li> </ul>
Centro Hospitalar do Médio Ave EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital São João de Deus EPE</li> <li>Hospital de Santo Tirso</li> </ul>
Centro Hospitalar do Alto Ave EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de São José - Fafe</li> <li>Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães EPE</li> </ul>
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia</li> <li>Hospital Nossa Senhora da Ajuda-Espinho</li> </ul>

Tabela 7: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 50-B/2007 de 28 de fevereiro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
ULS do Norte Alentejano EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Dr. José Maria Grande</li> <li>Hospital de Santa Luzia</li> <li>Centros de saúde do distrito de Portalegre</li> </ul>

Tabela 8: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Centro Hospitalar do Porto EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Geral de Santo António EPE</li> <li>Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia</li> <li>Maternidade de Júlio Dinis</li> </ul>
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Padre Américo - Vale do Sousa EPE</li> <li>Hospital São Gonçalo EPE</li> </ul>

Tabela 9: EvoluçãO das EPE na áreA da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de fevereiro</b>	
<b>DesignaçãO</b>	<b>Anterior designaçãO</b>
Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de Santa Maria EPE</li> <li>Hospital Pulido Valente EPE</li> </ul>

Tabela 10: EvoluçãO das EPE na áreA da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 180/2008 de 26 de agosto</b>	
<b>DesignaçãO</b>	<b>Anterior designaçãO</b>
Hospital de Faro EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Central de Faro</li> </ul>
Hospitais da Universidade de Coimbra EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitais da Universidade de Coimbra</li> </ul>
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde</li> </ul>

Tabela 11: EvoluçãO das EPE na áreA da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de setembro</b>	
<b>DesignaçãO</b>	<b>Anterior designaçãO</b>
ULS do Alto Minho EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar do Alto Minho EPE</li> <li>Centros de saúde do distrito de Viana do Castelo</li> </ul>
ULS do Baixo Alentejo EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar do Baixo Alentejo EPE</li> <li>Centros de saúde do distrito de Beja (com exceçãO do centro de saúde de Odemira)</li> </ul>
ULS da Guarda EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de Sousa Martins</li> <li>Hospital Nossa Senhora da AssunçãO</li> <li>Centros de saúde do distrito da Guarda (com exceçãO dos centros de saúde de Vila Nova de Foz Côa e de Aguiar da Beira)</li> </ul>

Tabela 12: EvoluçãO das EPE na áreA da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 203/2008 de 10 de outubro</b>	
<b>DesignaçãO</b>	<b>Anterior designaçãO</b>
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital do Professor Doutor Fernando Fonseca</li> </ul>

Tabela 13: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 27/2009 de 27 de janeiro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Hospital de Magalhães Lemos EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Magalhães Lemos</li> </ul>
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de S. Sebastião EPE</li> <li>• Hospital Distrital de São João da Madeira</li> <li>• Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis</li> </ul>

Tabela 14: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Nossa Senhora do Rosário EPE</li> <li>• Hospital do Montijo</li> </ul>

Tabela 15: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 303/2009 de 22 de outubro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Hospital do Litoral Alentejano EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital do Litoral Alentejano</li> </ul>

Tabela 16: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de novembro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Amato Lusitano</li> <li>• Agrupamentos de centros de saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul</li> </ul>

Tabela 17: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 21/2010 de 24 de março</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Hospital de Curry Cabral EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital de Curry Cabral</li> </ul>

Tabela 18: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Centro Hospitalar de São João EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de São João EPE</li> <li>Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo</li> </ul>
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitais da Universidade de Coimbra EPE</li> <li>Centro Hospitalar de Coimbra EPE</li> <li>Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra</li> </ul>
Centro Hospitalar do Baixo Vouga EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Infante D. Pedro EPE</li> <li>Hospital Visconde Salreu de Estarreja</li> <li>Hospital Distrital de Águeda</li> </ul>
Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Cândido Figueiredo, Tondela</li> <li>Hospital São Teotónio EPE</li> </ul>
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Santo André EPE</li> <li>Hospital Distrital de Pombal</li> </ul>
Centro Hospitalar do Porto EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro hospitalar do Porto EPE</li> <li>Hospital Joaquim Urbano</li> </ul>

Tabela 19: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de junho</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
ULS do Nordeste EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar do Nordeste EPE</li> <li>Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste</li> </ul>

Tabela 20: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 44/2012 de 23 de fevereiro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE</li> <li>Hospital de Curry Cabral EPE</li> <li>Maternidade Dr. Alfredo da Costa</li> </ul>

Tabela 21: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 238/2012 de 31 de outubro</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
ULS do Litoral Alentejano EPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital do Litoral Alentejano</li> <li>Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral</li> </ul>

Tabela 22: Evolução das EPE na área da saúde

<b>Decreto-Lei n.º 116/2013 de 9 de agosto</b>	
<b>Designação</b>	<b>Anterior designação</b>
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal EPE	Centro Hospitalar do Oeste

## 4. Metodologia

Neste capítulo é definida a metodologia utilizada nesta investigação, atendendo aos objetivos estabelecidos anteriormente. Assim, apresentam-se (i) as questões de investigação, (ii) a população, (iii) a matriz de avaliação, e (iv) a forma de recolha e tratamento de dados.

### 4.1 Questões de investigação

Numa altura em o país atravessa um conjunto de reformas estruturais, devido à grave crise financeira, que obrigou ao pedido de um resgate financeiro, implicando a assinatura do Memorando de Entendimento, assinado pelo governo Português com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Europeu, uma maior atenção tem sido prestada ao acompanhamento da gestão financeira e orçamental das entidades públicas. Destaca-se dentro das entidades englobadas no setor público, as entidades do setor da saúde, as quais são objecto de especial atenção (Barros, 2012).

Tendo em conta o peso do setor da saúde e a grave crise financeira actualmente existente, torna-se cada vez mais importante a eficiência de gestão neste setor, bem como a transparência da informação proporcionada para os utentes em geral e para os contribuintes em particular, principais *stakeholders* destas entidades.

Com o Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho foi determinada a transformação em entidades públicas empresariais (EPE) de 31 unidades de saúde às quais havia sido atribuído o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, isto levou à criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural baseado na eficiência de gestão e centrado no cliente/utente.

Posteriormente novos decretos-lei vieram atribuir o estatuto de EPE a mais entidades, como tal, numa ótica de *accountability* é importante analisar a informação divulgada nos websites das EPE e avaliar a qualidade dos seus *websites*.

Sendo assim esta dissertação tem como objectivo geral, avaliar a transparência da informação divulgada pelas EPE na área da saúde e avaliar a qualidade dos websites das mesma como fator de *accountability*.

Este estudo pretende dar resposta às seguintes questões de investigação, relacionadas com cada um dos objetivos específicos formulados no início desta investigação:

Objetivo 1: Verificar o grau de conformidade da informação divulgada e a evolução do mesmo (2009 a 2011), nas EPE na área da saúde, face à legislação aplicável.

- Q1: Qual a evolução do grau de conformidade da informação contabilística de prestação de contas obrigatoriamente exigida pela legislação aplicável nos anos de 2009, 2010 e 2011 (na ótica da *accountability*)?

Objetivo 2. Avaliar a qualidade da divulgação da informação, em 2011, constante nos *websites* das EPE na área da saúde atendendo ao conceito de *accountability*.

- Q2: Qual o grau global da qualidade da divulgação da informação nos *websites* na ótica da *accountability* e das suas diferentes dimensões (conteúdo (facultativo), acessibilidade, usabilidade e design)?

Objetivo 3. Explicar a relação do grau de conformidade da informação obrigatória contabilística e da qualidade da divulgação da informação divulgada nos *websites* com as principais características das EPE na área da saúde.

- Q3: Qual a evolução do grau conformidade obrigatório divulgado, pelas EPE na área da saúde, tendo em conta as suas características (tipo/categoria e localização)?
- Q4: Qual o grau global da qualidade da divulgação da informação, em 2011, constante nos *websites* das EPE na área da saúde atendendo ao conceito de *accountability*, tendo em conta as suas características (tipo/categoria e localização)?

## 4.2 População

Tendo em vista analisar os *websites* das EPE na área da saúde, na ótica de *accountability*, o estudo tem como população alvo as EPE na área da saúde referentes aos anos de 2009, 2010 e 2011. Com base na legislação aplicável foi possível identificar as EPE na área da saúde, e através de uma pesquisa na internet foram identificados todos os seus *websites*.

Nas tabelas 23, 24 e 25 são identificadas as EPE na área da saúde, por ano, os respetivos *websites*, região e categoria.

Tabela 23: EPE, na área da saúde, no ano de 2009

Categoria/Designação	<i>Websites</i> 2009	Região
Centro Hospitalar do Médio Tejo EPE	www.chmt.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	www.chlo.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Setúbal EPE	www.hsb-setubal.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar do Nordeste EPE	www.ulsne.min-saude.pt	Norte
Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE	www.chcbeira.pt	Centro
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE	www.chbargarvio.min-saude.pt	Algarve
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga EPE	www.hospitalfeira.min-saude.pt	Norte
Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE	www.chbm.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	www.chlc.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Coimbra EPE	www.chc.min-saude.pt	Centro
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE	www.chtmad.min-saude.pt	Norte
Centro Hospitalar do Médio Ave EPE	www.chma.pt	Norte
Centro Hospitalar do Alto Ave EPE	www.chaa.min-saude.pt	Norte
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	www.chvng.pt	Norte
Centro Hospitalar do Porto EPE	www.chporto.pt	Norte
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa EPE	www.chtamegasousa.pt	Norte

Categoria/Designação	Websites 2009	Região
Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE	<a href="http://www.hsm.min-saude.pt">www.hsm.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde EPE	<a href="http://www.chpvvc.pt">www.chpvvc.pt</a>	Norte
Hospital do Litoral Alentejano EPE	<a href="http://www.hlalentejano.min-saude.pt">www.hlalentejano.min-saude.pt</a>	Alentejo
Hospital Garcia Orta EPE	<a href="http://www.hgo.pt">www.hgo.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital de Santo André EPE	<a href="http://www.chlp.pt">www.chlp.pt</a>	Centro
Hospital de Santa Maria Maior EPE	<a href="http://www.hbarcelos.min-saude.pt">www.hbarcelos.min-saude.pt</a>	Norte
Hospital de São Teotónio EPE	<a href="http://www.hstviseu.min-saude.pt">www.hstviseu.min-saude.pt</a>	Centro
Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE	<a href="http://www.hdfigueira.min-saude.pt">www.hdfigueira.min-saude.pt</a>	Centro
Hospital Distrital de Santarém EPE	<a href="http://www.hds.min-saude.pt">www.hds.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital Infante D.Pedro EPE	<a href="http://www.hip.min-saude.pt">www.hip.min-saude.pt</a>	Centro
Hospital de São João EPE	<a href="http://www.portal-chsj.min-saude.pt/">www.portal-chsj.min-saude.pt/</a>	Norte
Hospital do Espírito Santo de Évora EPE	<a href="http://www.hevora.min-saude.pt">www.hevora.min-saude.pt</a>	Alentejo
Hospital de Faro EPE	<a href="http://www.hdfaro.min-saude.pt">www.hdfaro.min-saude.pt</a>	Algarve
Hospitais da Universidade de Coimbra EPE	<a href="http://www.chuc.min-saude.pt">www.chuc.min-saude.pt</a>	Centro
Hospital de Magalhães Lemos EPE	<a href="http://www.hmlemos.min-saude.pt">www.hmlemos.min-saude.pt</a>	Norte
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE	<a href="http://www.hff.min-saude.pt">www.hff.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital de S. Sebastião EPE	<a href="http://www.hospitalfeira.min-saude.pt">www.hospitalfeira.min-saude.pt</a>	Centro
Hospital de Nossa Senhora do Rosário EPE	<a href="http://www.chbm.min-saude.pt">www.chbm.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
ULS de Matosinhos EPE	<a href="http://www.ulsm.min-saude.pt">www.ulsm.min-saude.pt</a>	Norte
ULS do Norte Alentejano EPE	<a href="http://www.ulsna.min-saude.pt">www.ulsna.min-saude.pt</a>	Alentejo
ULS do Alto Minho EPE	<a href="http://www.cham.min-saude.pt">www.cham.min-saude.pt</a>	Norte
ULS do Baixo Alentejo EPE	<a href="http://www.hbeja.min-saude.pt">www.hbeja.min-saude.pt</a>	Alentejo
ULS da Guarda EPE	<a href="http://www.ulsguarda.min-saude.pt">www.ulsguarda.min-saude.pt</a>	Centro
IPO de Lisboa Francisco Gentil EPE	<a href="http://www.ipolisboa.min-saude.pt">www.ipolisboa.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
IPO de Porto Francisco Gentil EPE	<a href="http://www.ipoportor.pt">www.ipoportor.pt</a>	Norte

Categoria/Designação	Websites 2009	Região
IPO de Coimbra Francisco Gentil EPE	www.croc.min-saude.pt	Centro

Tabela 24: EPE, na área da saúde, no ano de 2010

Categoria/Nome	Websites 2010	Região
Centro Hospitalar do Médio Tejo EPE	www.chmt.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	www.chlo.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Setúbal EPE	www.hsb-setubal.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar do Nordeste EPE	www.ulsne.min-saude.pt	Norte
Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE	www.chcbeira.pt	Centro
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE	www.chbargarvio.min-saude.pt	Algarve
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	www.chlc.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Coimbra EPE	www.chc.min-saude.pt	Centro
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE	www.chtmad.min-saude.pt	Norte
Centro Hospitalar do Médio Ave EPE	www.chma.pt	Norte
Centro Hospitalar do Alto Ave EPE	www.chaa.min-saude.pt	Norte
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	www.chvng.pt	Norte
Centro Hospitalar do Porto EPE	www.chporto.pt	Norte
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa EPE	www.chtamegasousa.pt	Norte
Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE	www.hsm.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde EPE	www.chpvvc.pt	Norte
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga EPE	www.hospitalfeira.min-saude.pt	Norte

Categoria/Nome	Websites	Região
2010		
Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE	www.chbm.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital Garcia Orta EPE	www.hgo.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital de Santo André EPE	www.chlp.pt	Centro
Hospital de Santa Maria Maior EPE	www.hbarcelos.min-saude.pt	Norte
Hospital de São Teotónio EPE	www.hstviseu.min-saude.pt	Centro
Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE	www.hdfigueira.min-saude.pt	Centro
Hospital Distrital de Santarém EPE	www.hds.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital Infante D. Pedro EPE	www.hip.min-saude.pt	Centro
Hospital de São João EPE	www.portal-chsj.min-saude.pt	Norte
Hospital do Espírito Santo de Évora EPE	www.hevora.min-saude.pt	Alentejo
Hospital de Faro EPE	www.hdfaro.min-saude.pt	Algarve
Hospitais da Universidade de Coimbra EPE	www.chuc.min-saude.pt	Centro
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE	www.hff.min-saude.pt	Norte
Hospital de Magalhães Lemos EPE	www.hmlemos.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital de Curry Cabral EPE	www.chlc.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital do Litoral Alentejano EPE	www.ulsla.min-saude.pt/	Alentejo
ULS de Matosinhos EPE	www.ulsm.min-saude.pt	Norte
ULS do Norte Alentejano EPE	www.ulsna.min-saude.pt	Alentejo
ULS do Alto Minho EPE	www.cham.min-saude.pt	Norte
ULS do Baixo Alentejo EPE	www.hbeja.min-saude.pt	Alentejo
ULS da Guarda EPE	www.ulsguarda.min-saude.pt	Centro
ULS de Castelo Branco EPE	www.ulscb.min-saude.pt	Centro
IPO de Lisboa Francisco Gentil EPE	www.ipolisboa.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
IPO de Porto Francisco Gentil EPE	www.ipoportor.pt	Norte
IPO de Coimbra Francisco Gentil EPE	www.croc.min-saude.pt	Centro

Tabela 25: EPE, na área da saúde, no ano de 2011

Categoria/Nome	Websites	Região
2011		
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	<a href="http://www.chlo.min-saude.pt">www.chlo.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Setúbal EPE	<a href="http://www.hsb-setubal.min-saude.pt">www.hsb-setubal.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar do Nordeste EPE	<a href="http://www.ulsne.min-saude.pt">www.ulsne.min-saude.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE	<a href="http://www.chcbeira.pt">www.chcbeira.pt</a>	Centro
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE	<a href="http://www.chbargarvio.min-saude.pt">www.chbargarvio.min-saude.pt</a>	Algarve
Centro Hospitalar do Médio Tejo EPE	<a href="http://www.chmt.min-saude.pt">www.chmt.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	<a href="http://www.chlc.min-saude.pt">www.chlc.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Coimbra EPE	<a href="http://www.chc.min-saude.pt">www.chc.min-saude.pt</a>	Centro
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE	<a href="http://www.chtmad.min-saude.pt">www.chtmad.min-saude.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar do Médio Ave EPE	<a href="http://www.chma.pt">www.chma.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar do Alto Ave EPE	<a href="http://www.chaa.min-saude.pt">www.chaa.min-saude.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar do Porto EPE	<a href="http://www.chporto.pt">www.chporto.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa EPE	<a href="http://www.chtamegasousa.pt">www.chtamegasousa.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar de São João EPE	<a href="http://www.portal-chsj.min-saude.pt">www.portal-chsj.min-saude.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE	<a href="http://www.chuc.min-saude.pt">www.chuc.min-saude.pt</a>	Centro
Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE	<a href="http://www.hstviseu.min-saude.pt">www.hstviseu.min-saude.pt</a>	Centro
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal EPE	<a href="http://www.chlp.pt">www.chlp.pt</a>	Centro
Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE	<a href="http://www.chporto.pt/">www.chporto.pt/</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde EPE	<a href="http://www.hsm.min-saude.pt">www.hsm.min-saude.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga EPE	<a href="http://www.chpvvc.pt">www.chpvvc.pt</a>	Norte
Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE	<a href="http://www.hospitalfeira.min-saude.pt">www.hospitalfeira.min-saude.pt</a>	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	<a href="http://www.chbm.min-saude.pt">www.chbm.min-saude.pt</a>	Norte

Categoria/Nome	Websites 2011	Região
Hospital Garcia Orta EPE	www.hgo.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital de Santo André EPE	www.chlp.pt	Centro
Hospital de Santa Maria Maior EPE	www.hbarcelos.min-saude.pt	Norte
Hospital de São Teotónio EPE	www.hstviseu.min-saude.pt	Centro
Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE	www.hdfigueira.min-saude.pt	Centro
Hospital Distrital de Santarém EPE	www.hds.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital Infante D.Pedro EPE	www.hip.min-saude.pt	Centro
Hospital de São João EPE	www.portal-chsj.min-saude.pt	Norte
Hospital do Espírito Santo de Évora EPE	www.hevora.min-saude.pt	Alentejo
Hospital de Faro EPE	www.hdfaro.min-saude.pt	Algarve
Hospitais da Universidade de Coimbra EPE	www.chuc.min-saude.pt	Centro
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE	www.hff.min-saude.pt	Norte
Hospital de Magalhães Lemos EPE	www.hmlemos.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
Hospital do Litoral Alentejano EPE	www.ulsia.min-saude.pt/	Alentejo
Hospital de Curry Cabral EPE	www.chlc.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
ULS de Matosinhos EPE	www.ulsm.min-saude.pt	Norte
ULS do Alto Minho EPE	www.cham.min-saude.pt	Norte
ULS do Baixo Alentejo EPE	www.hbeja.min-saude.pt	Alentejo
ULS do Nordeste EPE	www.ulsne.min-saude.pt	Norte
ULS da Guarda EPE	www.ulsguarda.min-saude.pt	Centro
ULS de Castelo Branco EPE	www.ulscb.min-saude.pt	Centro
ULS do Norte Alentejano EPE	www.ulsna.min-saude.pt	Alentejo
IPO de Lisboa Francisco Gentil EPE	www.ipolisboa.min-saude.pt	Lisboa e Vale do Tejo
IPO de Porto Francisco Gentil EPE	www.ipoportor.pt	Norte
IPO de Coimbra Francisco Gentil EPE	www.croc.min-saude.pt	Centro

### 4.3 Desenvolvimento da matriz de avaliação

Para avaliar o grau de conformidade das EPE na área da saúde, desenvolveu-se uma matriz de avaliação que integra os indicadores relativos à informação de divulgação obrigatória (referente aos instrumentos de prestação de contas das EPE na área da saúde a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano). Na tabela 26 é apresentada a matriz de avaliação relativamente à informação de divulgação obrigatória por parte das entidades analisadas.

Tabela 26: Matriz de avaliação da informação obrigatória

Tipo/Indicadores	Justificação	Método de Avaliação
	Conteúdo (obrigatório)	
Relatório do conselho de administração	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Proposta de aplicação dos resultados	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Relatório sobre a execução anual do plano plurianual de investimentos	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Balanço	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Demonstração de resultados	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Anexo ao balanço e demonstração de resultados	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Demonstração de fluxos de caixa	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazo	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Certificação legal de contas	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual
Relatório e parecer do fiscal único	Informação obrigatória	Inserido no relatório e contas anual

Após a revisão de literatura concluiu-se que as dimensões mais comuns para a avaliação de *websites* foram Conteúdo (7), Acessibilidade (6), Usabilidade (4) e Design (3).

Foi então desenvolvida uma matriz que permite avaliar os *websites* das EPE na área da saúde, tendo em conta a informação que se considera importante divulgar, na ótica da

*accountability*. A tabela 27 apresenta por tipo, justificação e método de avaliação a informação facultativa importante na ótica da *accountability*.

Tabela 27: Matriz de avaliação da informação divulgada nos *websites*

Tipo/Indicadores	Justificação	Método de Avaliação
<b>Conteúdo (facultativo)</b>		
Localização	Verificar o acesso às instituições	<i>Link</i> na página inicial ou noutro menu
Valores/Missão/Visão	Aferir se o desempenho das instituições está de acordo, com as suas "linhas" de orientação	<i>Link</i> na página inicial ou noutro menu
Histórico da instituição	É possível obter informação sobre acontecimentos passados, ocorridos na instituição, que podem influenciar a tomada de decisão	<i>Link</i> na página inicial ou noutro menu
Órgãos sociais	Responsabilização dos órgãos sociais dos seus actos/tomada de decisão	<i>Link</i> na página inicial, noutro menu ou no relatório e contas anual
Protocolos ou parcerias	Os diferentes tipos de apoio obtido	<i>Link</i> na página inicial ou noutro menu
Contato de <i>email</i>	Forma de contactar a instituição por via electrónica	<i>Link</i> na página inicial ou noutro menu
Contato telefónico	Possibilidade de entrar em contato com a instituição	<i>Link</i> na página inicial ou noutro menu
<b>Acessibilidade</b>		
<i>Website</i> em Inglês	Para os estrangeiros que necessitem de utilizar o nosso sistema de saúde	Página inicial
<i>Website</i> noutras línguas	Para os estrangeiros que necessitem de utilizar o nosso sistema de saúde	Página inicial
Carregamento do <i>website</i> em diferentes browsers e em diferentes versões	Facilita o acesso	Página inicial
Adaptação a pessoas deficientes	Acesso à informação disponível para todos	Página inicial
Marcação de consultas online ou por telefone	Permite marcar consultas sem a presença física nas instituições (menor burocracia)	<i>Link</i> na página inicial ou noutro menu
Acesso via <i>tablet</i>	Outra opção para além do computador, de forma a obter a informação pretendida	Página inicial

Tipo/Indicadores	Justificação Usabilidade	Método de Avaliação
Mapa do site	Permite averiguar a estrutura do website	<i>Link</i> na página inicial
Motor de busca	Uma maneira simples de encontrar a informação pretendida	Página inicial
FAQ	As perguntas frequentes dos utilizadores são identificadas, e respondidas pelas instituições	<i>Link</i> na página inicial
Download da informação financeira (Balanço, DR, DFC)	É possível aceder e guardar a informação	<i>Link</i> na página inicial ou outro menu
Design		
Legibilidade	É possível ler todo o conteúdo do website	Página inicial
Organização do texto	O texto está bem estruturado	Página inicial
<i>Links</i> relevantes claramente assinalados e funcionais	<i>Os links</i> mais importantes estão corretamente assinalados e a funcionar	Página inicial

#### 4.4 Recolha de dados e técnicas de análise de dados

Com vista a averiguar o grau de conformidade da informação foram analisados os relatórios e contas de 2009 a 2011 (131 relatórios e contas ao todo), das EPE na área da saúde. Caso os relatórios e contas não estivessem disponíveis nos websites, todos os indicadores definidos na matriz de avaliação da informação obrigatória foram considerados como inexistentes.

Foram analisados os *websites* do ano 2011 (47 *websites*), com o objectivo de verificar se estes preenchiam todos os indicadores definidos na matriz de avaliação da informação divulgada nos *websites*. Apenas foram estudados os *websites* do ano 2011, uma vez que a grande maioria das EPE na área da saúde mantiveram-se as mesmas de 2009 a 2011; como tal, não foram avaliados os *websites* dos anos anteriores a 2011, pois os resultados seriam semelhantes. Como o ano de 2011 foi o último ano em estudo, optou-se por avaliar os *websites* deste ano.

Cada item foi classificado com o valor 1 (tem a informação requerida) e 0 (não tem essa informação). Na dimensão conteúdo obrigatório, pode obter-se um índice máximo de

10, no total, que varia entre 0 (não divulga nenhum dos requisitos do grau de conformidade da informação) e 10 (cumpre todos os dos requisitos do grau de conformidade da informação). A dimensão conteúdo (facultativo) poderá apresentar um índice máximo de 7, acessibilidade 6, usabilidade 4 e o design 3, ou seja, varia entre o 0 (não cumpre qualquer dos requisitos de qualidade da divulgação da informação) e 20 (preenche todos os requisitos de qualidade da divulgação da informação).

Foi calculado um índice relativo, que corresponde ao quociente entre a informação total a divulgar e a informação realmente divulgada (percentagem de divulgação), expresso em percentagem. Este procedimento foi realizado em todas as dimensões estudadas.

De forma a completar as matrizes de avaliação, foram recolhidos dados relativos à caracterização das entidades estudadas. Foram recolhidos dados sobre a categoria das entidades (Centros hospitalares, Hospitais, ULS e IPO) e região onde se inserem (Lisboa e Vale do Tejo, Norte, Centro, Alentejo e Algarve).

A informação foi toda recolhida pelo investigador, de forma, a que avaliação seja uniformizada. Após a recolha dos dados, estes foram trabalhados no *IBM SPSS Statistics* (versão 20).

A ULS de Castelo Branco e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga foram excluídas para análise no ano 2009 e 2011 respectivamente, uma vez que o conselho de administração só tomou posse no ano seguinte.

## 5. Resultados

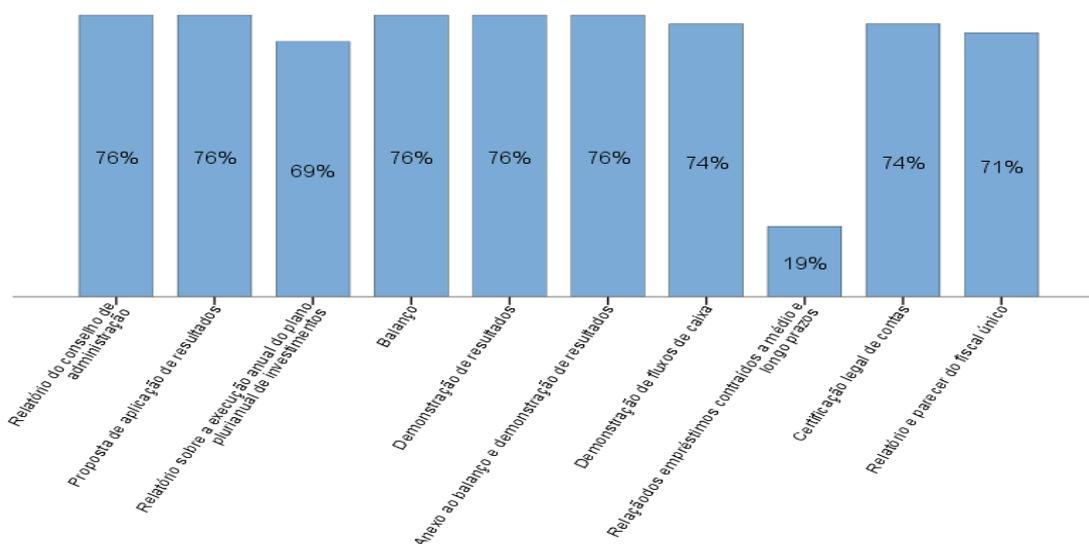
### 5.1. Evolução do grau de conformidade em termos de conteúdo (obrigatório) durante o período de 2009 a 2011.

Com vista a verificar as questões de investigação relacionadas com o primeiro objetivo, recorde-se que as EPE na área da saúde devem apresentar instrumentos de prestação de contas a elaborar anualmente com referência a 31 de dezembro de cada ano. Os instrumentos de prestação de contas a elaborar são os seguintes: relatório do conselho de administração, proposta de aplicação dos resultados, relatório sobre a execução anual do plano plurianual de investimentos, balanço, demonstração de resultados, anexo ao balanço e demonstração de resultados, relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazos, certificação legal de contas e o relatório e parecer do fiscal único.

Para cada um dos anos em análise, 2009 a 2011, é analisado o grau de cumprimento dos requisitos anteriormente mencionados, evidenciando não só a percentagem de cumprimento dos itens no conjunto do universo analisado, mas igualmente a percentagem das EPE na área da saúde cumpridoras.

Assim, a figura 3 representa para o ano de 2009, o cumprimento dos requisitos obrigatórios.

Figura 3- Cumprimento dos requisitos obrigatórios em 2009



A análise da figura 3 permite concluir que, excetuando o item “relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazo”, que é divulgado apenas por 19% das EPE na área da saúde, todos os restantes itens apresentam percentagens de divulgação por parte das EPE na área da saúde, bastante semelhantes, variando entre os 69% e os 76%.

As tabelas 28 e 29 contêm os resultados referentes ao grau de conformidade, em percentagem e em número de itens, respetivamente.

Tabela 28: Grau de conformidade obrigatório em 2009 (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Grau de conformidade obrigatória (%)	68,81	39,46	0,00	70,00	90,00	90,00	100,00

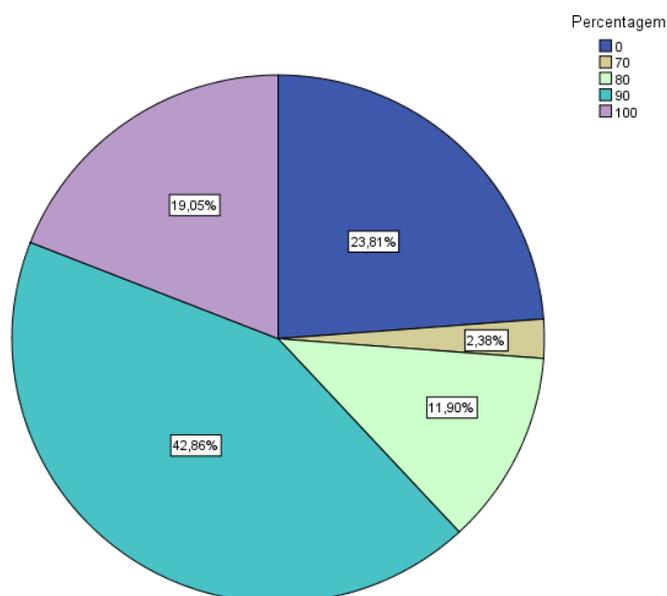
Tabela 29: Grau de conformidade obrigatório em 2009 (0 a 10)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Grau de conformidade obrigatória (0 a 10)	6,88	3,95	0,00	7,00	9,00	9,00	10,00

A tabela 28 permite constatar que as EPE na área da saúde divulgaram, em média 68,81% da informação obrigatória, isto é, dos 10 itens estudados, as EPE, na área da saúde, divulgam em média 6,88 itens, sendo que, no máximo divulgam 9 itens e no mínimo 0 itens (tabela 29).

O gráfico 2 ilustra o grau de cumprimento das várias entidades em termos percentuais.

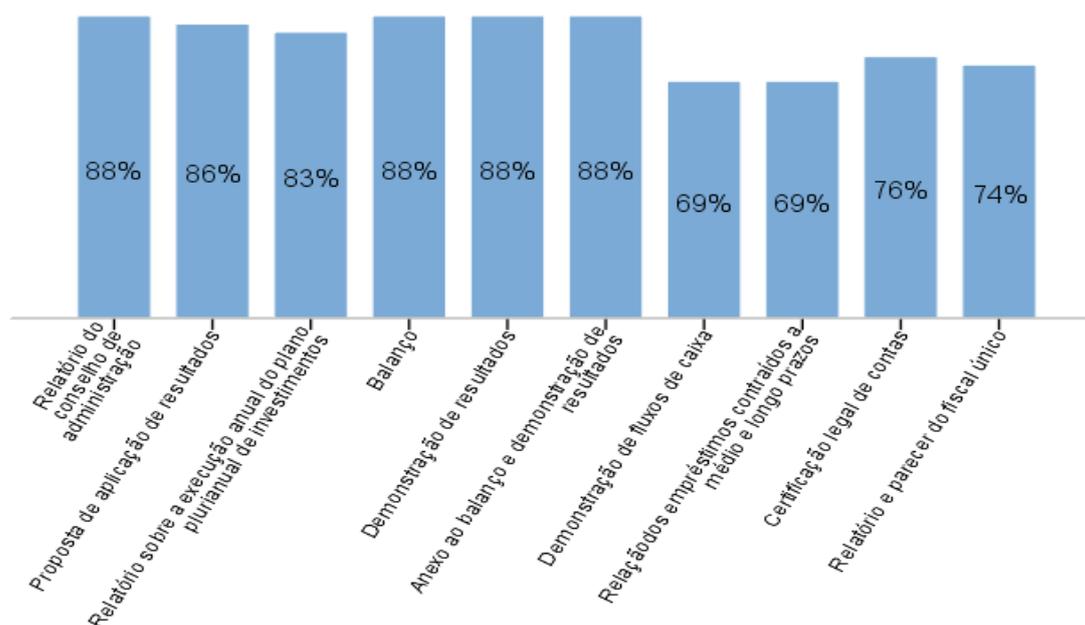
Gráfico 2-Grau de conformidade obrigatória divulgada por EPE na área da saúde, em 2009 (%)



Confirma-se, assim, que aproximadamente 24% das EPE na área da saúde, em 2009, não divulgaram qualquer informação. Dentro deste grupo estão Centro Hospitalar do Nordeste, Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, Hospital do Litoral Alentejano, Hospital Garcia Orta, Hospital de São Teotónio, Hospital Infante D. Pedro, Hospital da Universidade de Coimbra, Hospital Magalhães Lemos, Hospital de S. Sebastião e Hospital de Nossa Senhora do Rosário. É ainda de referir que metade das EPE na área da saúde divulgam no máximo 90% da informação requerida.

De seguida é apresentada a mesma análise aplicada ao ano de 2010, sendo que a figura 4 ilustra o grau de cumprimento dos itens nesse ano.

Figura 4: Cumprimento dos requisitos obrigatórios em 2010



O item “ Relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazo” foi mais uma vez o item com menor divulgação, por parte das EPE na área da saúde, em conjunto com o item “demonstração de fluxos de caixa”, sendo apenas divulgados, por 69% das EPE na área da saúde, estudadas. Não existe nenhum item que todas as EPE na área da saúde divulguem, aliás os itens com maior percentagem de divulgação (com 88% respectivamente) nesse ano foram, o “relatório do conselho de administração”, “balanço”, “demonstração de resultados” e “anexo ao balanço e demonstração de resultados” (figura 4).

As tabelas 30 e 31 respeitam aos dados relativos ao grau de conformidade dos itens de divulgação obrigatória no ano de 2010.

Tabela 30: Grau de conformidade obrigatório em 2010 (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Grau de conformidade obrigatória (%)	80,95	32,37	0,00	80,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 31: Grau de conformidade obrigatório em 2010 (0 a 10)

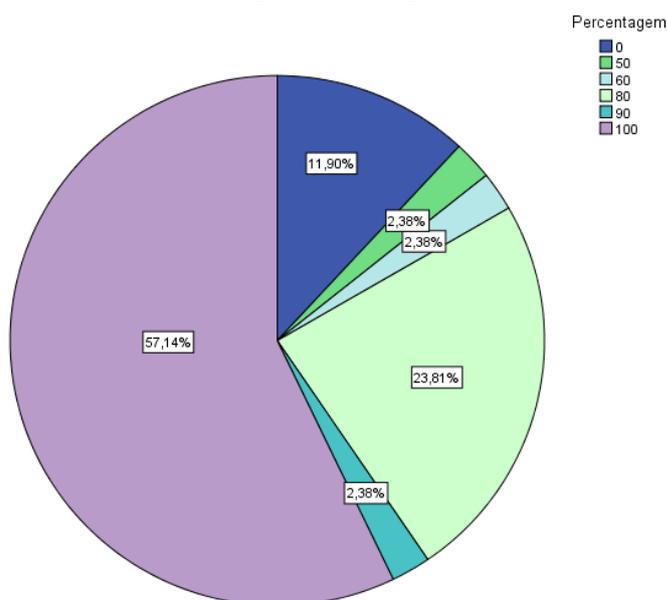
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Grau de conformidade obrigatória (0 a 10)	8,10	3,24	0,00	8,00	10,00	10,00	10,00

De fato, a tabela 30 evidencia que o grau de conformidade obrigatório (%), em 2010, é significativamente superior a 70% ( $t_{(41)} = 2,193$ ;  $p = 0,017$ ), estimando-se, com 95% de confiança, que esteja compreendido entre os 71% e os 91%.

Constata-se assim que se verificou um aumento substancial do grau de conformidade obrigatório de 2009 para 2010, cerca de 10% (em 2009 as EPE na área da saúde, divulgavam em média 68,81% da informação obrigatória, enquanto em 2010 passaram a divulgar 80,95% da informação requerida). As EPE na área da saúde em 2010 dos 10 itens analisados para o grau de conformidade obrigatório divulgam, em média, 8,10 itens (tabela 31).

O gráfico 3 evidencia os dados anteriores em termos percentuais, considerando as entidades envolvidas na análise.

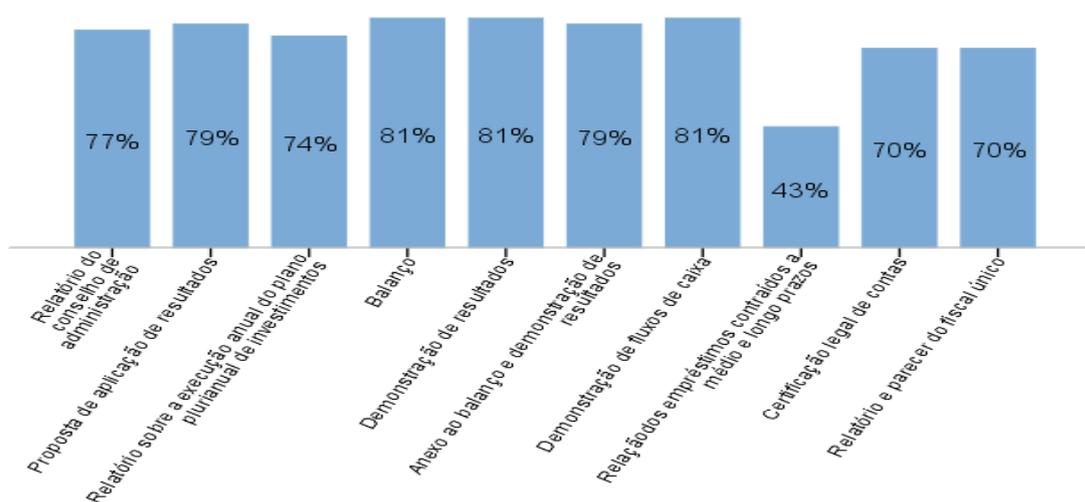
Gráfico 3: Grau de conformidade obrigatória divulgada por EPE na área da saúde, em 2010 (%)



Observa-se neste gráfico que metade das EPE na área da saúde divulga no máximo 100% da informação obrigatória, sendo que, 11,90% das EPE na área da saúde não apresentam qualquer informação obrigatória, nomeadamente: o Centro hospitalar do Nordeste, Centro hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Garcia Orta, Hospital Infante D. Pedro e os Hospitais da Universidade de Coimbra.

Segue-se agora a mesma análise relativamente ao ano de 2011, começando com a figura 5, que mostra as percentagens de cumprimento dos requisitos obrigatórios por parte das entidades analisadas, no seu conjunto.

Figura 5: Cumprimento dos requisitos obrigatórios em 2011



Mais uma vez, o item “ relação dos empréstimos contraídos a médio e longo prazo” é o item com menor percentagem de divulgação por parte das EPE, na área da saúde, com uma percentagem de divulgação de 43%. Noutra prisma encontram-se os itens, “balanço”, “demonstração de resultados” e “demonstração de fluxos de caixa”, com a maior percentagem de divulgação (81%) por parte das EPE na área da saúde (figura 5).

Nas tabelas 32 e 33 são apresentados os resultados da mesma análise relativamente ao ano de 2011.

Tabela 32: Grau de conformidade obrigatório em 2011 (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Grau de conformidade obrigatório (%)	72,13	38,67	0,00	70,00	90,00	100,00	100,00

Tabela 33: Grau de conformidade obrigatório em 2011 (0 a 10)

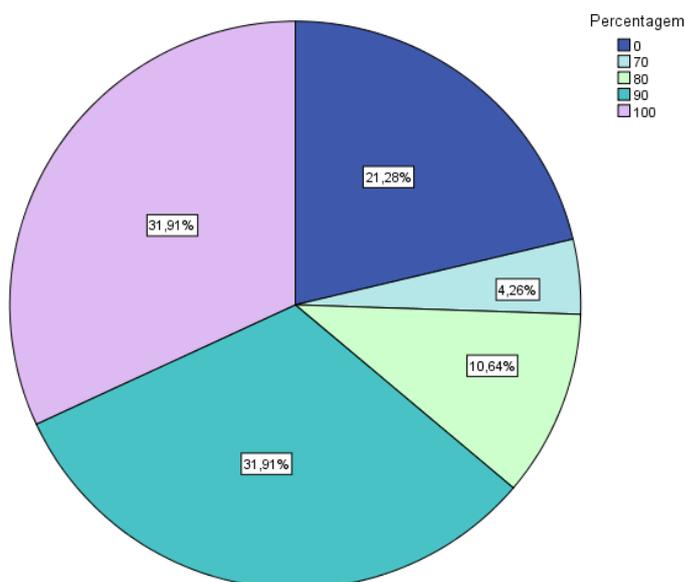
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Grau de conformidade obrigatório (0 a 10)	7,21	3,87	0,00	7,00	9,00	10,00	10,00

Com base na observação da tabela 32, constata-se que o grau de conformidade obrigatório em 2011 diminuiu, uma vez que a média do grau de conformidade obrigatório é inferior a 80% ( $t_{(46)} = -1,216$ ;  $p=0,115$ ), estimando-se, com 95% de confiança, que esteja compreendido entre os 62% e os 84%.

As EPE, na área da saúde, divulgam, em média, 72,13% da informação obrigatória (tabela 32), isto é, dos 10 itens estudados, as EPE, na área da saúde, divulgam em média 7,21 itens (tabela 33).

O gráfico 4 ilustra os resultados os mesmos resultados relativamente ao ano de 2011.

Gráfico 4: Grau de conformidade obrigatória divulgada por EPE na área da saúde, em 2011 (%)



A observação do gráfico 6 mostra que 21,28% das EPE, na área da saúde, não divulgam nenhuma da informação requerida, nomeadamente, Centro Hospitalar de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Garcia Orta, Hospital de São Teotónio, Hospital Distrital de Santarém, Hospital Infante D. Pedro, Hospital de São João, Hospitais da Universidade de Coimbra e a ULS de Castelo Branco.

Em termos globais, as EPE na área da saúde, apresentam um elevado grau de conformidade da informação divulgada, em todos os anos em estudo, pois mais de 50% das EPE, na área da saúde, divulgam 90% da informação requerida, sendo de destacar o ano de 2010 em que 57,14% das EPE, na área da saúde disponibilizam toda a informação necessária. Por outro lado, é de salientar a elevada percentagem de EPE na área da saúde que não disponibilizaram nenhuma da informação requerida, durante os três anos estudados, nomeadamente o Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, Hospital Garcia Orta, Hospital Infante D. Pedro e o Hospital da Universidade de Coimbra.

De um modo geral os resultados apresentados são satisfatórios, pois quase todos os itens têm uma percentagem de divulgação por parte das EPE na área da saúde, a rondar os 70% durante o período estudado. A única exceção é do item “ relação dos empréstimos

contraídos a médio e longo prazo”, que nos anos de 2009 e 2011 evidenciam uma percentagem de divulgação entre os 19% e 42 %, respetivamente.

Observa-se ainda que a transparência da informação divulgada é menor em 2011 relativamente a 2010, uma vez que, em média em 2011 as EPE na área da saúde divulgaram 72,12% da informação que são obrigadas a fornecer, sendo que em 2010 esse valor se situava nos 80,95%. De referir ainda que os valores apresentados em 2011 se aproximam muito dos valores apresentados em 2009 (em média as EPE, na área da saúde divulgaram 68,81% da informação obrigatória, nesse ano). Este facto vem afectar a melhoria que se havia verificado quanto à divulgação da informação (transparência) ocorrida de 2009 para 2010 (de 68,81% para 80,95%).

## **5.2. Características das EPE, na área da saúde e o grau de conformidade obrigatório**

Neste ponto é analisada a associação do grau de conformidade obrigatório com as características das EPE na área da saúde, no que respeita a possíveis fatores explicativos de um maior ou menor grau de cumprimento, como sejam a sua localização e tipo/categoria da entidade.

Na tabela 34 é apresentada a medida de associação (Eta) que traduz a intensidade da relação entre o grau de conformidade obrigatório e as características das EPE na área da saúde.

Tabela 34: Grau de conformidade obrigatório (%) segundo as suas características

	Indicador	Região	Tipo/Categoria
Grau de conformidade da informação obrigatória (%)	ETA	0,321	0,338

Constata-se que ambas as características consideradas se relacionam de forma fraca com o grau de conformidade obrigatório.

Para cada um dos anos em análise, 2009 a 2011, será analisado o grau de conformidade obrigatório, mediante a sua localização e tipo/categoria. Sendo assim, as tabelas 35 e 36 apresentam o grau de conformidade obrigatória em percentagem e por itens tendo em conta o tipo e a localização das EPE na área da saúde.

Tabela 35: Grau de conformidade obrigatório (%), por tipo/categoria

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Centro hospitalar	2009	81,67	30,34	0,00	90,00	90,00	100,00	100,00
	2010	82,22	31,35	00,0	80,00	100,00	100,00	100,00
	2011	78,63	32,84	0,00	80,00	90,00	100,00	100,00
Hospital	2009	43,75	45,44	0,00	0,00	40,00	90,00	100,00
	2010	76,00	40,85	0,00	60,00	100,00	100,00	100,00
	2011	54,67	46,88	0,00	0,00	80,00	100,00	100,00
ULS	2009	88,00	10,95	70,00	90,00	90,00	90,00	100,00
	2010	91,67	9,83	90,00	80,00	95,00	100,00	100,00
	2011	78,57	35,79	0,00	80,00	90,00	100,00	100,00
IPO	2009	93,33	5,77	90,00	90,00	90,00	100,00	100,00
	2010	76,67	25,17	50,00	50,00	80,00	100,00	100,00
	2011	96,67	5,77	90,00	90,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 36: Grau de conformidade obrigatório (0 a 10), por tipo/categoria

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Centro hospitalar	2009	8,17	3,03	0,00	9,00	9,00	10,00	10,00
	2010	8,22	3,14	0,00	8,00	10,00	10,00	10,00
	2011	7,86	3,28	0,00	8,00	9,00	10,00	10,00
Hospital	2009	4,38	4,54	0,00	0,00	4,00	9,00	10,00
	2010	7,60	4,09	0,00	6,00	10,00	10,00	10,00
	2011	5,47	4,69	0,00	0,00	8,00	10,00	10,00
ULS	2009	8,80	1,10	7,00	9,00	9,00	9,00	10,00
	2010	9,17	0,98	8,00	8,00	9,50	10,00	10,00
	2011	7,86	3,58	0,00	8,00	9,00	10,00	10,00
IPO	2009	9,33	0,58	9,00	9,00	9,00	10,00	10,00
	2010	7,67	2,52	5,00	5,00	8,00	10,00	10,00
	2011	9,67	0,58	9,00	9,00	10,00	10,00	10,00

Através da tabela 35 observa-se que é a categoria **Hospital** que apresenta um menor grau de conformidade obrigatório, ao longo do período estudado, sendo que obtiveram o seu melhor resultado em 2010, no qual em média, divulgaram 76% da informação obrigatória. Por outro lado o ano de 2009 foi o ano em que a categoria **Hospital** obteve o pior resultado de toda a análise, em média, divulgaram apenas 43,75% da informação obrigatória. De referir ainda a consistência dos resultados apresentados por parte da categoria **Centros Hospitalares**, referentes ao grau de conformidade obrigatório, que variou entre os 78% e os 82%.

A categoria **ULS**, apesar dos bons resultados obtidos em 2009 e 2010, em que, em média divulgaram 88% e 91,67% respetivamente, da informação obrigatória, apresentou menores valores em 2011, tendo-se verificado uma queda para os 78,57%. Por outro lado, a categoria **IPO** em 2010 obteve o pior grau de conformidade obrigatório situando-se nos 76,67%, mas em 2011 esse valor atingiu os 96,67%, isto é, dos 10 itens estudados para o grau de conformidade obrigatório, em média, a categoria **IPO**, em 2011, divulgou 9,67 itens (tabela 36). Destaca-se assim o esforço considerável por parte das entidades da categoria **IPO** para aumentar o grau de conformidade obrigatório e consequentemente a transparência.

De seguida, através das tabelas 37 e 38, é feita a análise do grau de conformidade obrigatório por região ao longo do período estudado.

Tabela 37: Grau de conformidade obrigatório (%), por região

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Lisboa e Vale do Tejo	2009	65,45	42,28	0,00	0,00	90,00	90,00	100,00
	2010	74,55	38,04	0,00	80,00	80,00	100,00	100,00
Norte	2011	63,64	41,54	0,00	0,00	90,00	90,00	100,00
	2009	80,00	33,38	0,00	90,00	90,00	100,00	100,00
	2010	84,67	26,42	0,00	80,00	100,00	100,00	100,00
Centro	2011	87,06	23,66	0,00	90,00	90,00	100,00	100,00
	2009	51,00	44,08	0,00	0,00	80,00	90,00	90,00
	2010	71,00	40,67	0,00	50,00	90,00	100,00	100,00
Alentejo	2011	50,77	49,23	0,00	0,00	80,00	100,00	100,00
	2009	72,50	48,56	0,00	45,00	95,00	100,00	100,00
	2010	100,00	0,01	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Algarve	2011	96,00	5,47	90,00	90,00	100,00	100,00	100,00
	2009	85,00	7,07	80,00	80,00	85,00	90,00	90,00
	2010	100,00	0,01	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	2011	70,00	0,01	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00

Tabela 38: Grau de conformidade obrigatório (0 a 10), por região

		Média	Desvio padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Lisboa e Vale do Tejo	2009	6,55	4,23	0,00	0,00	9,00	9,00	10,00
	2010	7,46	3,80	0,00	8,00	8,00	10,00	10,00
	2011	6,36	4,15	0,00	0,00	9,00	9,00	10,00
Norte	2009	8,00	3,34	0,00	9,00	9,00	10,00	10,00
	2010	8,47	2,64	0,00	8,00	10,00	10,00	10,00
	2011	8,71	2,37	0,00	9,00	9,00	10,00	10,00
Centro	2009	5,10	4,41	0,00	0,00	8,00	9,00	9,00
	2010	7,10	4,07	0,00	5,00	9,00	10,00	10,00
	2011	5,08	4,92	0,00	0,00	8,00	10,00	10,00
Alentejo	2009	7,25	4,86	0,00	4,50	9,50	10,00	10,00
	2010	10,00	0,01	1,00	10,00	10,00	10,00	10,00
	2011	9,60	0,55	9,00	9,00	10,00	10,00	10,00
Algarve	2009	8,50	0,71	8,00	8,00	8,50	9,00	9,00
	2010	10,00	0,01	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
	2011	7,00	0,01	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00

A análise da tabela 37 permite constatar que a região Norte foi a única ao longo do período estudado, que apresentou uma melhoria contínua, o grau de conformidade obrigatório em 2009, em média, foi 80%, enquanto em 2011 esse valor se situou nos 87,06%. A par da região Norte estão as regiões do Algarve e Alentejo, com um grau de conformidade obrigatório bastante elevado, sendo que, em 2010 ambas as regiões apresentaram, em média, 100% da informação obrigatória.

A região Centro foi a região que obteve o pior grau de conformidade obrigatório, sendo que, o pior resultado alcançado por essa mesma região, aconteceu no ano de 2011, onde apenas divulgou em média 50,77% da informação obrigatória, isto é, dos 10 itens estudados para análise desta dimensão, as EPE na área da saúde na região Centro divulgam, em média, 5,08 itens.

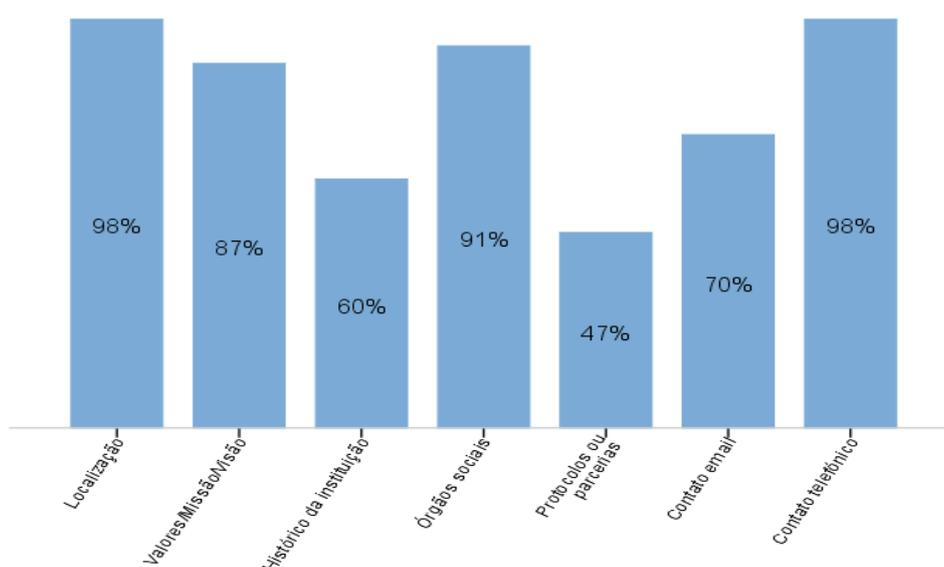
### 5.3. Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de *accountability*

De seguida são apresentados os resultados obtidos da avaliação da qualidade da divulgação da informação. As dimensões utilizadas foram: conteúdo (facultativo), acessibilidade, usabilidade e design, sendo que, no fim é apresentado o grau global de qualidade da divulgação de informação nos *websites* das EPE na área da saúde.

### 5.3.1 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de *accountability* – Conteúdo (facultativo)

A dimensão conteúdo (facultativo) abrange, entre outros aspetos, a história, localização, parcerias e contatos, das EPE na área da saúde. A figura 6 apresenta os itens presentes nesta dimensão.

Figura 6 – Itens da dimensão Conteúdo (facultativo)



As parcerias e o histórico das instituições são os itens com menor divulgação, com uma percentagem de divulgação de 60% e 47% respectivamente. A localização e o contato telefónico são divulgados pela grande maioria dos websites (figura 6).

As tabelas 39 e 40 evidenciam os resultados da análise relativa à qualidade da divulgação da informação na dimensão conteúdo (facultativo), em percentagem e número de itens, respetivamente.

Tabela 39: Qualidade da divulgação da informação – Conteúdo (Facultativo) (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Conteúdo (facultativo) (%)	78,72	18,81	28,57	71,43	85,71	85,71	100,00

Tabela 40: Qualidade da divulgação da informação – Conteúdo (Facultativo) (0 a 7)

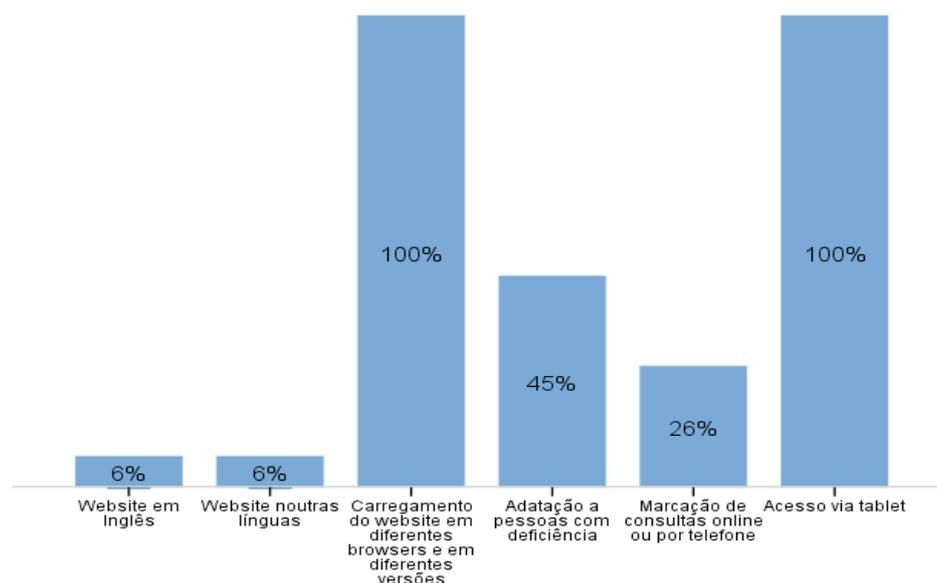
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Conteúdo (Facultativo) (0 a 7)	5,51	1,32	2,00	5,00	6,00	6,00	7,00

Observando a tabela 39, conclui-se que, em média, as EPE apresentam 78,72% dos itens integrados no estudo desta dimensão, isto é, cada *website* das EPE na área da saúde, utiliza em média 5,51 itens da dimensão conteúdo (facultativo), sendo que existem EPE na área da saúde que no mínimo divulgam 2 itens e no máximo 7 itens (tabela 40).

### 5.3.2 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de *accountability* – Acessibilidade

A dimensão acessibilidade permite-nos verificar se todos os utilizadores têm igual acesso à informação e funcionalidades, para tal é disponibilizada a figura 7, com os itens da dimensão acessibilidade.

Figura 7 – Itens da dimensão Acessibilidade



Apenas 45% dos *websites* estão adaptados a pessoas com deficiência, e apenas 6% dos websites disponibilizam outras línguas para além do Português, este é claramente um aspeto a melhorar.

As tabelas 41 e 42 contêm os dados relacionados com a qualidade da divulgação da informação na dimensão acessibilidade.

Tabela 41: Qualidade da divulgação da informação – Acessibilidade (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Acessibilidade (%)	47,16	14,04	33,33	33,33	50,00	50,00	100,00

Tabela 42: Qualidade da divulgação da informação – Acessibilidade (0 a 6)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Acessibilidade (0 a 6)	2,83	0,84	2,00	2,00	3,00	3,00	6,00

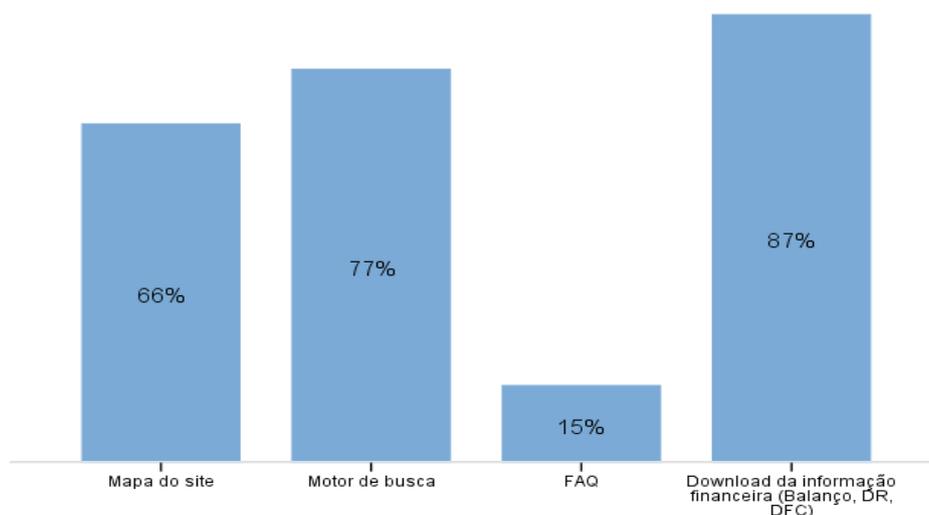
Cada *website* das EPE na área da saúde utiliza, em média 2,83 itens da dimensão acessibilidade, sendo que metade dos *websites* das EPE na área da saúde apresenta no máximo 3 itens. Existindo EPE na área da saúde que apresentam todos os itens e outras que apenas apresentam 2 itens. Em média, as EPE apresentam 47,16% dos itens integrados no estudo desta dimensão (tabela 41).

### 5.3.3 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de *accountability* – Usabilidade

Esta dimensão define a facilidade com que as pessoas utilizam um *website* ou uma ferramenta desse mesmo *website* a fim de realizar uma dada tarefa. Para tal foi dado ênfase ao mapa do site, motor de busca, FAQ e ao download de informação financeira.

A figura 8 apresenta as percentagens relativas aos vários aspetos desta dimensão para o universo analisado.

Figura 8 – Itens da dimensão Usabilidade



Verifica-se, deste modo, que uma grande percentagem de EPE na área da saúde possibilita o *download* de informação financeira no seu *website*, cerca de 87%, o que vem contribuir para uma maior transparência para os contribuintes; por outro lado apenas 15% das EPE na área da saúde disponibilizam o item FAQ.

Tabela 43: Qualidade da divulgação da informação – Usabilidade (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Usabilidade (%)	61,17	26,48	0,00	25,00	75,00	75,00	100,00

Tabela 44: Qualidade da divulgação da informação – Usabilidade (0 a 4)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Usabilidade (0 a 4)	2,45	1,06	0,00	1,00	3,00	3,00	4,00

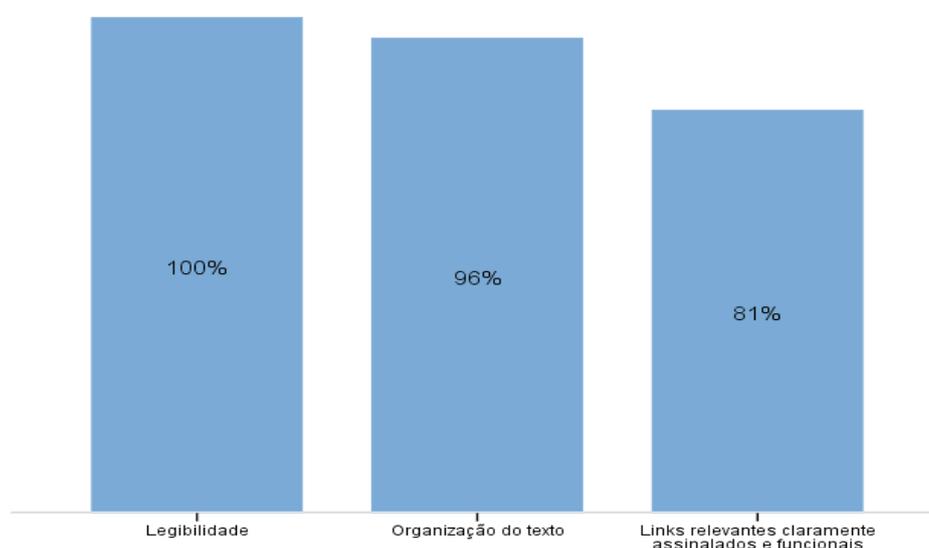
De acordo com a tabela 43, em média, as EPE na área da saúde, nos seus *websites* apresentam 61,17% dos itens integrados no estudo desta dimensão, sendo que existem *websites* das EPE na área da saúde que contêm todos os itens estudados e outros que

não apresentam qualquer destes itens. Mas é de salientar que metade dos *websites* das EPE na área da saúde fornece no máximo 75% dos itens integrados no estudo desta dimensão, isto é, metade dos *websites* da EPE na área da saúde faculta no máximo 3 itens (tabela 44).

### 5.3.4 Qualidade da divulgação de informação relevante em termos de *accountability* – Design.

Para uma melhor perceção da dimensão design, é apresentada a figura 9, com os itens da respetiva dimensão.

Figura 9: Itens da dimensão Design



Os *websites* das EPE na área da saúde apresentam um elevado grau de qualidade na dimensão design. Em todos os itens estudados, a percentagem identificada é sempre superior a 80%. De referir que o item legibilidade está presente em todos os *websites* analisados.

As tabelas 45 e 46 respeitam aos dados da análise desta dimensão, em percentagem e em número de itens.

Tabela 45: Qualidade da divulgação da informação – Design (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Design (%)	92,22	14,27	66,67	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 46: Qualidade da divulgação informação – Design (0 a 3)

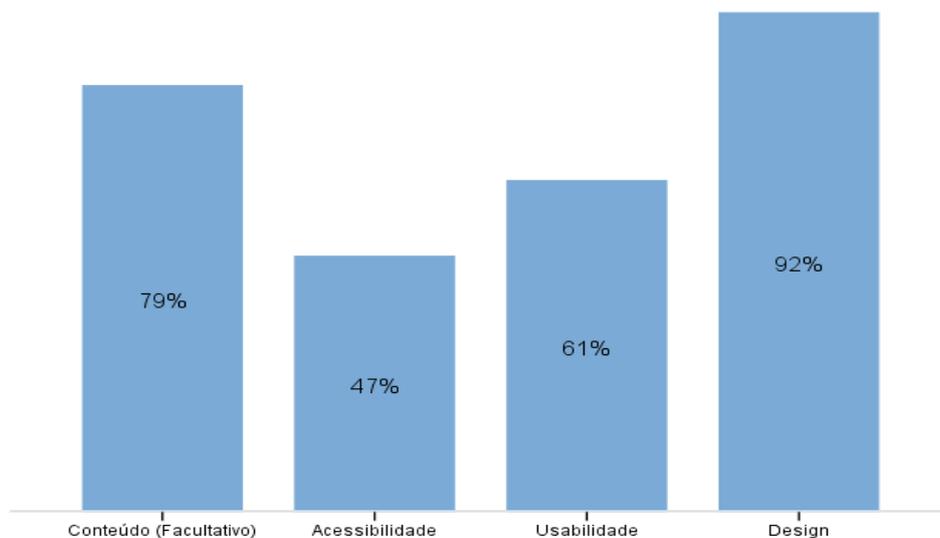
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade da informação - Design (0 a 3)	2,77	0,43	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Da observação da tabela 45 decorre que, em média, as EPE na área da saúde contemplam 92,22% dos itens da dimensão design. Dos itens integrados no estudo desta dimensão, em média, os *websites* das EPE na área da saúde contêm 2,77 itens, sendo que, metade dos *websites* apresenta no máximo 100% dos itens integrados no estudo desta dimensão.

### 5.3.5 Qualidade global da divulgação de informação relevante em termos de *accountability*

Neste ponto realizar-se-á uma análise da qualidade global da divulgação da informação, apresentando-se para o efeito a figura 10 com a divulgação média por dimensão.

Figura 10: Divulgação média por dimensão



As dimensões design e conteúdo (facultativo) apresentam, em média, a maior percentagem de divulgação (92% e 79% respectivamente.) No lado oposto, encontra-se a dimensão acessibilidade, com uma percentagem de divulgação média de 47%, sendo isto, um facto importante, dado que se trata de EPE na área da saúde, cujos *websites* deveriam ser acessíveis a toda população.

As tabelas 47 e 48 compreendem os resultados da análise relativa à qualidade global da divulgação da informação, em percentagem e em número de itens.

Tabela 47: Qualidade global da divulgação de informação relevante em termos de *accountability* (%)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade global da divulgação (%)	69,81	11,11	41,96	61,61	72,92	77,68	87,50

Tabela 48: Qualidade global da divulgação de informação relevante em termos de *accountability* (0 a 20)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade global da divulgação (0 a 20)	13,96	2,22	8,39	12,32	14,58	15,54	17,50

Pela análise da tabela 47 constata-se que existe uma boa qualidade global na divulgação da informação, uma vez que, em média, a informação representa uma qualidade global de divulgação da informação de 69,81%. Mesmo assim, existem websites das EPE na área da saúde em que a qualidade da divulgação apenas atinge os 41,96%, sendo este o valor mínimo praticado por qualquer *website*. Em contrapartida, existem *websites* que apresentam uma qualidade de divulgação de 87,50%, sendo este o valor máximo atingido, no que se refere à qualidade global divulgada.

Por último é de referir que dos 20 itens seleccionados para examinar a qualidade da divulgação da informação, as EPE na área da saúde utilizam, em média, nos seus *websites*, 13,96 itens; todavia, metade das EPE na área da saúde utilizam no máximo, nos seus *websites*, 14,58 itens (tabela 48).

A tabela 49 apresenta a matriz de correlações entre as várias dimensões: conteúdo (facultativo), acessibilidade, usabilidade e design.

Tabela 49: Coeficiente de correlação linear de *Pearson* entre as dimensões da qualidade global da informação

	Conteúdo (Facultativo)	Acessibilidade	Usabilidade	Design
Conteúdo (Facultativo)	1	0,237	0,176	0,140
Acessibilidade		1	0,355*	-0,113
Usabilidade			1	-0,100
Design				1

\* significativa para 0.05

Verifica-se a existência de uma relação fraca e directa entre a qualidade da divulgação na dimensão acessibilidade e a qualidade de divulgação na dimensão usabilidade (Pearson = 0,355). Quer isto dizer que os *websites* das EPE na área da saúde com melhor acessibilidade, tendem a apresentar uma maior usabilidade dos seus *websites*.

#### 5.4 Características das EPE na área da saúde e a qualidade global da divulgação

Nesta secção é analisado o grau de qualidade global da divulgação, relacionando-o com as características das EPE na área da saúde, no que respeita, ao tipo/categoria e localização (tabela 50).

Tabela 50: Qualidade global da divulgação (%) segundo as suas características

	Indicador	Região	Tipo/Categoria
Qualidade global da divulgação (%)	ETA	0,449	0,196

Na tabela 50 é possível verificar através do coeficiente de Eta que a qualidade global da divulgação relaciona-se com o tipo/categoria de forma muito fraca (Eta= 0,196); por outro lado, relaciona-se de forma moderada com a localização (Eta=0,449).

Nas tabelas 51 e 52 é possível aferir a qualidade global da divulgação por tipo/categoria das EPE, respetivamente em percentagem e em número de itens divulgados.

Tabela 51: Qualidade global da divulgação (%) por tipo/categoria

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade global da divulgação (%)	Centro hospitalar	68,09	10,94	41,96	61,61	70,83	76,79	81,85
	Hospital	70,91	12,74	41,96	57,44	74,11	81,25	87,50
	ULS	70,03	9,99	53,87	58,63	72,92	77,68	79,76
	IPO	76,49	6,04	69,94	69,94	77,68	81,85	81,85

Tabela 52: Qualidade global da divulgação (0 a 20) por tipo/categoria

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade global da divulgação (0 a 20)	Centro hospitalar	13,62	2,19	8,39	12,32	14,17	15,36	16,37
	Hospital	14,18	2,55	8,39	11,49	14,82	16,25	17,50
	ULS	14,01	2,00	10,77	11,73	14,58	15,54	15,95
	IPO	15,30	1,21	13,99	13,99	15,54	16,37	16,37

Em termos da qualidade global da informação, as categorias **Centros Hospitalares**, **Hospitais** e **ULS** apresentam valores muito semelhantes, a rondar os 70%; isto é, em 20 itens relacionados com a qualidade da divulgação, as categorias **Centro hospitalares**, **Hospitais** e **ULS** divulgam em média, aproximadamente 14 itens. Noutra prisma, a categoria **IPO** apresentou uma qualidade global da divulgação um pouco superior às restantes; dos 20 itens relacionados com a qualidade da divulgação, a categoria **IPO** divulga, em média, 15,30 itens.

Por sua vez, as tabelas 53 e 54 evidenciam os resultados da qualidade global da divulgação da informação, atendendo á região das entidades estudadas (em percentagem e por item).

Tabela 53: Qualidade global da divulgação (%), por região

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade global da divulgação (%)	Lisboa	77,38	5,05	69,94	73,51	77,68	81,25	87,50
	Norte	68,89	10,55	46,73	61,61	69,94	77,68	81,85
	Centro	63,94	13,60	41,96	54,76	67,86	75,60	81,25
	Alentejo	70,18	8,33	56,85	70,54	70,83	72,92	79,76
	Algarve	76,79	0,01	76,79	76,79	76,79	76,79	76,79

Tabela 54: Qualidade global da divulgação (0 a 20), por região

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Máximo
Qualidade global da divulgação (0 a 20)	Lisboa	15,48	1,01	13,99	14,70	15,54	16,25	17,50
	Norte	13,78	2,11	9,35	12,32	13,99	15,54	16,37
	Centro	12,79	2,72	8,39	10,95	13,57	15,12	16,25
	Alentejo	14,04	1,67	11,37	14,11	14,17	14,58	15,95
	Algarve	15,36	0,01	15,36	15,36	15,36	15,36	15,36

No que concerne à região com maior qualidade global da divulgação, verifica-se pela tabela 53, que a região de Lisboa e Vale do Tejo é a região com melhor qualidade global da divulgação (77,38%), seguida de perto pela região do Algarve (76,79%). No pólo oposto encontra-se a região Centro que apresenta, em média, uma qualidade global da divulgação de 63,94%; isto é, dos 20 itens estudados, as EPE na área da saúde, na região Centro, divulgam em média 12,79 itens, um valor bastante baixo tendo em conta por exemplo a região de Lisboa e Vale do Tejo.

## **Conclusões**

Esta investigação tinha como objetivo geral avaliar a transparência da informação divulgada pelas EPE na área da saúde e avaliar a qualidade dos *websites* das mesmas como fator de *accountability*.

Na sequência das questões metodológicas previamente estabelecidas, apresentam-se e analisam-se de seguida os resultados da investigação. Serão ainda descritas as principais contribuições deste estudo, bem como as limitações que de alguma forma afetaram os resultados obtidos. Por último serão apresentadas algumas sugestões para investigações futuras.

## **Resultados da Investigação**

Para cada um dos objetivos propostos, foram definidas as respetivas questões de investigação. Os resultados da investigação permitem responder a essas questões.

**Q.1.** Qual a evolução do grau de conformidade da informação contabilística de prestação de contas obrigatoriamente exigida pela legislação aplicável nos anos de 2009, 2010 e 2011 (na ótica da *accountability*)?

Os resultados demonstram que existiu um aumento considerável do grau médio de conformidade obrigatório do ano de 2009 para 2010 (de 68,81% para 80,95%), mas o ano de 2010 poderá ter sido um ano atípico, uma vez que o grau médio de conformidade obrigatório voltou a diminuir em 2011 (72,13%), para valores semelhantes ao ano de 2009.

**Q.2.** Qual o grau global da qualidade da divulgação da informação nos *websites* na ótica da *accountability* e das suas diferentes dimensões (conteúdo (facultativo), acessibilidade, usabilidade e design)?

As dimensões design e conteúdo (facultativo) apresentaram, em média, a maior percentagem de divulgação (92% e 79% respetivamente). No lado oposto, encontram-se as dimensões acessibilidade e usabilidade com uma percentagem de divulgação média

de 47% e 61% respectivamente. A fraca percentagem de divulgação média das dimensões usabilidade e acessibilidade, nos *websites* das EPE na área da saúde, é um aspeto que se destaca e que, conseqüentemente carece de ser melhorado, uma vez que estes *websites* poderão ser visitados pela população em geral, pessoas com deficiências ou de faixas etárias mais elevadas, como tal devem ser de fácil acesso e manuseamento. Verificou-se ainda a existência de uma relação fraca e direta entre a qualidade da divulgação na dimensão acessibilidade e a qualidade de divulgação na dimensão usabilidade (Pearson = 0,355). Quer isto dizer, que os *websites* das EPE na área da saúde, com melhor acessibilidade, tendem a apresentar uma maior usabilidade dos seus *websites*. Constatou-se ainda que existe uma boa qualidade global na divulgação da informação, uma vez que, em média, a informação representa uma qualidade global de divulgação de 69,81%. Mesmo assim existem *websites* das EPE na área da saúde em que a qualidade da divulgação apenas atinge os 41,96%, sendo este, o valor mínimo praticado por qualquer website. Em contrapartida existem *websites* que apresentam uma qualidade de divulgação de 87,50%, sendo este o valor máximo atingido, no que se refere, à qualidade global divulgada.

**Q.3.** Qual a evolução do grau conformidade obrigatório divulgado, pelas EPE na área da saúde, tendo em conta as suas características (tipo/categoria e localização)?

A categoria **Hospital** apresentou o menor grau de conformidade obrigatório, ao longo do período estudado, sendo que esta categoria evidenciou o seu melhor resultado em 2010, no qual, em média, divulgaram 76% da informação obrigatória. A categoria **ULS**, apesar dos bons resultados obtidos em 2009 e 2010 em que, em média, divulgaram 88% e 91,67% respectivamente, da informação obrigatória, apresentou um menor valor em 2011, tendo-se verificado uma queda para os 78,57%. Por outro lado, a categoria **IPO** em 2010 registou o pior grau de conformidade obrigatório situando-se nos 76,67%, mas em 2011 esse valor atingiu os 96,67%, destacando-se assim o esforço considerável por parte da categoria **IPO** para aumentar o grau de conformidade obrigatório e conseqüentemente a transparência. De referir ainda a consistência dos resultados apresentados por parte da categoria **Centros Hospitalares**, referentes ao grau de conformidade obrigatório, que variou entre os 78% e os 82%.

No que diz respeito à sua localização, a região Norte foi a única ao longo do período estudado que apresentou uma melhoria contínua; relativamente às entidades englobadas nesta região, o grau de conformidade obrigatório em 2009, em média, foi de 80%, enquanto em 2011 esse valor situou-se nos 87,06%. A par da região Norte, estão as regiões do Algarve e Alentejo, cujas entidades registaram um grau de conformidade referente à informação de carácter obrigatório bastante elevado, sendo que, em 2010 as entidades incluídas em ambas as regiões apresentaram, em média, 100% da informação obrigatória. A região Centro foi a região cujas entidades evidenciaram o pior grau de conformidade obrigatório, sendo que, o pior resultado alcançado pelas entidades desta região foi observado no ano de 2011, onde apenas foi divulgada, em média, 50,77% da informação obrigatória.

**Q.4.** Qual o grau global da qualidade da divulgação da informação, em 2011, constante nos *websites* das EPE na área da saúde, atendendo ao conceito de *accountability*, tendo em conta as suas características (tipo/categoria e localização)?

Em termos da qualidade global da divulgação, as categorias **Centros Hospitalares**, **Hospitais** e **ULS** apresentaram valores muito semelhantes, a rondar os 70%. Noutro prisma, a categoria **IPO** apresentou uma qualidade global da divulgação um pouco superior às restantes. Dos 20 itens relacionados com a qualidade da divulgação, a categoria **IPO** divulga, em média, 15,30 itens.

No que concerne à região com maior qualidade global da divulgação, verifica-se que a região de Lisboa e Vale do Tejo é a região com melhor qualidade global da divulgação (77,38%), seguida de perto pela região do Algarve (76,79%). No lado oposto encontra-se a região Centro que apresenta, em média, uma qualidade global da divulgação de 63,94%, isto é, dos 20 itens estudados, as EPE na área da saúde na região Centro divulgam em média 12,79 itens, um valor bastante baixo, tendo em conta por exemplo a região de Lisboa e vale do Tejo, onde dos 20 itens estudados são divulgados, em média, 15,48 itens.

Em síntese, esta investigação demonstra uma evolução não linear do grau de conformidade obrigatório, apresentado pelas EPE na área da saúde, entre 2009 e 2011. No que respeita, à qualidade da divulgação da informação, este estudo evidencia uma

boa qualidade da divulgação. No que respeita à análise das características que mais influenciam a divulgação da informação, a categoria **Hospital** foi a que apresentou o menor grau médio de conformidade obrigatório, durante o período estudado, noutra prisma encontra-se a categoria **IPO**, com um elevado grau médio de conformidade obrigatório. A região Norte foi a única ao longo do período estudado que apresentou uma melhoria contínua do grau de conformidade obrigatório, mas foram, as regiões do Algarve e Alentejo que registaram o grau de conformidade obrigatório mais elevado. Em termos da qualidade global da divulgação, a categoria **IPO** apresenta um valor um pouco superior às restantes categorias e a região de Lisboa e Vale do Tejo é a região com melhor qualidade global da divulgação.

### **Contributos e limitações do estudo**

Este estudo pretende dar a conhecer à comunidade em geral as deficiências da divulgação da informação em termos de *accountability* por parte das entidades de um dos setores mais relevantes em termos de Despesa Pública, as EPE na área da saúde em Portugal continental.

Este estudo é não só um contributo para a comunidade científica, como também, para o público em geral, dado que o financiamento do SNS em Portugal é baseado em impostos, como tal, os contribuintes tem o direito de saber, onde/como estão a ser gastos os seus impostos, designadamente pela análise da qualidade da divulgação de informação por parte das entidades deste setor.

É necessário sensibilizar a tutela não só para a necessidade de uma maior transparência, como também, para a qualidade da divulgação de informação por parte das EPE na área da saúde. A fraca percentagem de divulgação média das dimensões usabilidade e acessibilidade, nos *websites* das EPE na área da saúde é o aspeto que mais se destaca e que, conseqüentemente carece de ser melhorado, uma vez que estes *websites* poderão ser visitados pela população em geral, pessoas com deficiências ou de faixas etárias mais elevadas, como tal devem ser de fácil acesso e manuseamento.

Como principal limitação a este estudo, apresenta-se o facto de a informação pretendida ser difícil de encontrar (por vezes mesmo impossível), conter erros e estar dispersa por

várias entidades governamentais. Outra limitação encontrada foram os problemas de multicolinearidade detetados quando se realizou a análise, utilizando a regressão linear múltipla, pois havia sido realizada uma recolha de dados que abrangia algumas variáveis eventualmente explicativas do modelo (número de camas, número de médicos...), mas não foi possível utilizar nenhuma dessas variáveis, pois não se apresentavam significativas, pelo que foram retiradas do estudo.

### **Sugestões para investigação futura**

Este estudo baseia-se no grau de conformidade de informação (nomeadamente de 2009 a 2011), das EPE na área da saúde, bem como na análise da qualidade da divulgação de informação por parte destas entidades. Sendo assim, sugere-se uma replicação deste estudo, num futuro próximo, no sentido de observar a evolução destas EPE quanto à divulgação de informação e à avaliação da qualidade dessa divulgação. Seria também interessante comparar a qualidade da divulgação da informação das EPE na área da saúde, com a qualidade da divulgação da informação nos hospitais privados.

Dado que o problema da *accountability* e da transparência é transversal a todo o setor público, sugerem-se futuras investigações que abarcam entidades públicas de outras áreas, efetuando uma análise comparativa entre setores e evolutiva, alargando o horizonte temporal, na tentativa de encontrar variáveis explicativas, com suporte em estudos nacionais internacionais semelhantes.

## Bibliografia

Andrade, A., & Barros, E. 2010. Evaluation of websites: the websites of Portuguese Higher education institutions. *5<sup>th</sup> Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI)*, (pp. 1-6). Santiago de Compostela, Spain.

Androniceanu, A. 2009. New public management model based on an integrated system using the informational and communication technologies. *Administratie si Management Public*, 13: 83-88.

Araújo, J. (2007), Avaliação da gestão pública: a administração pós burocrática, *conclusões da Conferência da UNED*, Braga, Portugal: Universidade do Minho Portugal, 1-16.

Barros, P., Gomes, J. 2002. Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português, *GANEC*, Faculdade de economia da UNL

Barros, P. 2012. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106:17-22.

Benz, A., Harlow, C., & Papadopoulos, Y. 2007. Introduction. *European Law Journal*, 13(4): 441-446.

Bevir, M., & O'Brien, D. 2001. New labour and the public sector in Britain. *Public Administration Review*, 61(5): 535-547.

Bogt, T., & Henk, J. 2008. Management accounting change and new public management in local government: a reassessment of ambitions and results – an institutionalist approach to accounting change in the dutch public sector. *Financial Accountability & Management*, 24(3): 209-241.

Bovens, M. 2007. Analysing and assessing accountability: A conceptual framework, *European Law Journal*, 13 (4): 447-468.

Brewer, G., Neubauer, B. & Geiselhart, K. 2006. Designing and Implementing E-Government Systems: Critical Implications for Public Administration and Democracy. *Administration & Society*, 38(4): 472-499.

Brinkerhoff, D. 2004. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health policy and planning*, 19(6): 371-379.

Brodie, M., Flournoy, R., Altman, D. & Blendon, R. 2000. Health information, the internet, and digital divide. *Health Affairs*, 19(6): 255-265.

Burn, J. & Robins, G. 2003. Moving towards e-government: a case study of organizational change processes. *Logistics information management*, 16(1): 25-35.

- Campos, A. 2003. Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1): 23-33.
- Coile, R. 2000. E-Health: Reinventing healthcare in the information age. *Journal of Healthcare Management*, 45(3): 206-210.
- Dawes, S. 2010. Stewardship and usefulness: Policy principles for information-based transparency. *Government Information Quarterly*, 27(4): 377-383.
- DeLeon, L., & Denhardt, R. 2000. The political theory of reinvention. *Public Administration Review*, 60(2): 89-97.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. 2005. New public management is dead- long live digital-era governance. *Public administration research and theory*, 16(3): 467-494.
- Erdem, A. 2008. Healthcare marketing on the web: moving forward toward more interactive practices. *Health Marketing Quarterly*, 24(1): 35-49.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. 1996. Characterizing the “New Public Management”. In Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. *The New Public Management in Action*:1-29. Nova York: Oxford University Press.
- Fisher, J., Burstein, F., Lynch, K. & Lazarenko K. 2008. “Usability + usefulness= trust”: an exploratory study of Australian health web sites. *Internet Research*, 18(5): 477-498.
- Ford, E., Huerta, T., Schilhavy, R. & Menachemi, N. 2012. Effective US health system websites: Establishing Benchmarks and standards for effective consumer engagement. *Journal of Healthcare Management*, 57(1): 47-64.
- Frederickson, G. 1996. Comparing the Reinventing Government Movement with the New Public Administration. *Public Administration Review*, 56(3): 263-270.
- Gandia, J. 2008. Determinants of web site information by Spanish city councils. *Online Information Review*, 32(1): 35-57.
- Gregory, A., Wang, Y., & DiPietro, R.B. 2010. Towards a functional model of website evaluation: a case study of casual dining restaurants. *Worldwide Hospitality and Tourism*, 2(1): 68-85.
- Goetzinger, L., Park, J., Lee, Y. & Widdows, R. 2007. Value-driven consumer e-health information search behavior. *Internacional Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 1(2): 128-142.
- Ho, A. 2002. Reinventing local governments and the e-government initiative. *Public Administration Review*, 62(4): 434-444.
- Hood, C. 1991. A public management for all seasons. *Public Administration*, 69(1): 3-19

- Hood, C. 1995. The “new public management” in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3): 93-109.
- Hood, C. 2010. Accountability and Transparency: Siamese Twins, Matching Parts, Awkward Couple?, *West European Politics*, 33(5): 989-1009.
- Horner, R. 1999. Meeting demands: Citizens, empowered by technology-driven access to customized services are now demanding similar service from state and local government, *Minnesota Cities*, 84(4): 5-6.
- Jaeger, P. & Bertot, J. 2010. Transparency and technological change: Ensuring equal and sustained public access to government information. *Government Information Quarterly*, 27(4): 371-376.
- Jorge, S., Sá, P., Pattaro, A., & Lourenço R. 2011. Local government financial transparency in Portugal and Italy: a comparative exploratory study on its determinants. *13th Biennial CIGAR Conference, Bridging Public Sector and Non-Profit Sector Accounting 9-10 June 2011*, Ghent (Belgium)
- Laranja, M. 2012. Network governance of innovation policies: the technological plan in Portugal. *Science and public policy*, 39(5): 655-668.
- Lapsley, I., & Miller, P. 2010. The e-government project. *Financial Accountability & Management*, 26(1): 1-2.
- Lee, G., & Lin, H. 2005. Customer perceptions of e-service quality in online shopping. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 33(2/3): 161-176.
- Lee, C., Chang, K. & Berry, F. S. (2011). Testing the Development and Diffusion of E-Government and E-Democracy: A Global Perspective. *Public Administration Review*, 71(3): 444-454.
- Liang, C., & Chen, H. 2009. A study of the impacts of website quality on customer relationship performance. *Total Quality Management & Business Excellence*, 20(9): 971-988.
- Loiacono, E.T. 2000. *WebQual: A Web Site Quality Instrument*, Working Paper 2000-126-0, University of Georgia.
- Luling, D. 2001. Taking it online: Anyway, anyplace, anytime...Tennessee anytime. *Government Financial Management*, 50(2): 42-49.
- Mateos, M., Mera, A., González, F., & López, O. 2001. A new Web assessment index: Spanish universities analysis. *Internet Research*, 11(3): 226-234.
- Meijer, A. 2003. Transparent government: Parliamentary and legal accountability in an information age. *Information Polity*, 8(1/2): 67-78.

- Merwe, R., & Bekker, J. 2003. A framework and methodology for evaluating e-commerce web sites. *Internet Research*, 13(5): 330-341.
- Montesinos, V. (2009). Transparencia y responsabilidad en el sector público: el papel de la información en tiempos de crisis. *Revista AECA N.87, especial XV congreso*, 26-28.
- Moon, M. 2002. The evolution of E-Government among municipalities: rhetoric or reality?, *Public Administration Review*, 62(4): 424-433.
- Mulgan R. 2000. Accountability: an ever-expanding concept?, *Public Administration*, 78(3): 555-573.
- Navarra, D. & Cornford, T. 2012. The state and democracy after new public management: exploring alternative models of E-Governance. *The information society*, 28(1): 37-45.
- OECD 1996, OECD Health Data – A Software Package for the Cross-national Comparison of Health Systems. CREDES/OECD, Paris.
- OECD 2010, OECD Health Ministerial Meeting, session 1, Health System Priorities when Money is Tight Paris, 7-8 October 2010, acedido no dia 15 de janeiro de 2014. <http://www.oecd.org/health/ministerial/46098466.pdf>
- OECD 2011, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, acedido no dia 15 de janeiro de 2014. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)
- OECD 2013, Health Data, acedido no dia 12 de dezembro de 2013. <http://www.compareyourcountry.org/health/health-spending-gdp?cr=oe&lg=en>
- Park, Y., Gretzel, U., & Sirakaya-Turk, E. 2007. Measuring web site quality for online travel agencies. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 23(1): 15-30.
- Pina, V., Torres, L., & Acerete, B. 2007. Are ICTs promoting government accountability?: A comparative analysis of e-governance developments in 19 OECD countries. *Critical perspectives on accounting*, 18(5): 583-602.
- Pina, V., Torres, L., & Royo, S. 2010a. Is e-government leading to more accountable and transparent local governments? An overall view. *Financial Accountability & Management*, 26: 3-20.
- Pina, V., Torres, L., & Royo, S. 2010b. Is e-Government promoting convergence towards more accountable local governments?, *International Public Management Journal*, 13(4), 350-380.
- Piotrowski, S. J., & Bertelli, A. (2010). Measuring Municipal Transparency. *14th IRSPM Conference*, Bern, Switzerland, April.
- Reschenthaler, G.B., & Thompson, F. 1996. The information revolution and the new public management. *Public Administration Research*, 6(1): 125-144.

Revere, L., & Robinson, L. 2010. How Healthcare organizations use the internet to market quality achievements. *Journal of Healthcare Management*, 55(1): 39-49.

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

Sutherland, L., Wildemuth, B., Campbell, M., & Haines, P. 2005. Unraveling the Web: An Evaluation of the Content Quality, Usability, and Readability of Nutrition Web Sites. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(6): 300-305.

Tarafdar, M., & Zhang, J. 2005. Analysis of critical website characteristics: a cross-category study of successful websites. *The journal of computer information systems*, 46(2): 14-24.

Topaloglu, H., Gumussoy, C., Bayraktaroglu, A., & Calisir, F. 2013. The relative importance of usability and functionality factors for E-Health web sites. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 23(4): 336-345.

Vieira, R. 2009. Paradigmas Teóricos da Investigação em Contabilidade. In Major, M., & Vieira, R. (Coord) *Contabilidade e Controlo de Gestão, Teoria, Metodologia e Prática*: 9-34. Lisboa: Escolar Editora.

Williams, P., Huntington, P. & Nicholas, D. 2003. Health information on the internet: a qualitative study of NHS direct online users. *Aslib proceedings*, 55(5/6): 304-312.

Wang, Y., & Tang T. 2003. Assessing customer perceptions of website service quality in digital marketing environments. *Journal of End User Computing*, 15(3): 14-31.

### **Legislação Portuguesa**

Constituição da Republica Portuguesa (1976), artigo 64º: todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde

Lei n.º 2011, 2 de abril de 1946: estabeleceu a organização hospitalar do País

Lei n.º 2120, 19 de julho de 1963: promulga as bases da política de saúde e assistência

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro: Lei do SNS

Lei n.º 48/90, 24 de agosto: A lei de Bases da Saúde

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

Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro: reorganiza os serviços do Ministério da Saúde e Assistência

Decreto-lei 19/88, 21 de dezembro: aprova a lei de gestão hospitalar

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro: Estatuto do SNS

Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro: cria os centros de responsabilidade integrados (CRI)

Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio: estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde

Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro: redefiniu o conceito de empresa pública

Decreto-Lei n.º 173/2003, 1 de agosto: surgem as taxas moderadoras

Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro: É criada a Entidade Reguladora da Saúde

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho: transformou em entidades públicas empresariais (EPE) 31 unidade de saúde

Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro: alterações no modelo orgânico do SNS

“Despacho Arnaut”, despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978: garante a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação dos medicamentos.

Despacho Normativo n.º 61/99. D.R. n.º 264, Série I-B de 1999-11-12: cria as agências de contratualização dos serviços de saúde.

Despacho dos Ministérios das Finanças e da Saúde, de 16 janeiro, n.º 1507/2014: a obrigatoriedade das entidades públicas empresariais da área da saúde, adoptem o SNS

Resolução do conselho de Ministros n.º 124/2005, de 24 de agosto: foi aprovado o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)

Diretivas n.º 80/723/CEE, de 29 de julho: trata da transparência das relações financeiras entre os Estados-membros e as empresas públicas

Diretiva n.º 93/84/CEE: visa reforçar e clarificar a Diretivas n.º 80/723/CEE, de 29 de julho

### **Sites consultados**

<http://www.acss.min-saude.pt/>

<http://www.portaldasaude.pt/portal>

<https://www.ers.pt/>

<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/>

<http://www.oecd.org/>