



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE

Balanced Scorecard em Unidades Hospitalares: um estudo de caso

Mestrando: Tiago Alexandre Milhães da Silva

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientador: Professor Doutor Orlando Manuel Martins Marques de Lima Rua

Porto, novembro de 2013



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo



Balanced Scorecard em Unidades Hospitalares: um estudo de caso

Mestrando: Tiago Alexandre Milhões da Silva

Orientador: Professor Doutor Orlando Manuel Martins Marques de Lima Rua

Porto, novembro de 2013

“Never forget what you are, for surely the world will not. Make it your strength. Then it can never be your weakness. Armour yourself in it, and it will never be used to hurt you.”

George R. R. Martin

RESUMO

A implementação de estratégias surge como um dos grandes desafios na atualidade para as organizações. Para tal é necessário a existência de uma ferramenta completa que demonstre quais os fatores essenciais para obter o melhor desempenho empresarial: o Balanced Scorecard (BSC). Trata-se de uma abordagem ao nível da gestão estratégica, desenvolvida em 1990 por Robert Kaplan e David Norton (Kaplan & Norton, 1996, 2001a,b, 2004). Enquanto outras abordagens estratégicas têm presentes algumas fraquezas e incertezas, o BSC reconhece, segundo estes autores, quais as necessidades da organização, no sentido de abordar quatro perspetivas fulcrais para qualquer instituição, cliente, financeira, aprendizagem e conhecimento e a processos internos.

Para tal realizamos um estudo empírico numa instituição hospitalar pública (Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE), utilizando neste uma abordagem metodológica qualitativa.

Os resultados extraídos permitem-nos concluir da utilidade do BSC para a definição do processo de gestão estratégica deste tipo de organizações. Trata-se, portanto, de uma ferramenta completa que efetua o cruzamento em áreas chave para a instituição, demonstrando satisfazer as suas necessidades no sentido em que proporcionou a formulação de estratégias competentes passíveis de serem, posteriormente, implementadas.

Palavras-chave: BALANCED SCORECARD, GESTÃO ESTRATÉGICA, DESEMPENHO, UNIDADES HOSPITALARES.

RESUMEN

La implementación de estrategias surge como uno de los grandes desafíos para las organizaciones en la actualidad. Para esto es necesario la existencia de una herramienta tan completa que demuestre cuáles son los factores esenciales para obtener el mejor resultado empresarial: el Balanced Scorecard (BSC). Se trata de una aproximación al nivel de gestión estratégica, desarrollada en 1990 por Robert Kaplan y David Norton (Kaplan & Norton, 1996, 2001a,b, 2004). En cuanto a otros abordajes estratégicos tienen presentes algunas debilidades y incertezas, el BSC reconoce, según estos autores, la necesidad de la organización necesita, en el sentido de abordar cuatro perspectivas fundamentales para cualquier institución, clientes, financiera, aprendizaje y conocimiento y procesos internos.

Para tal realizamos un estudio empírico en un hospital público (Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE), utilizando para esto una metodología cualitativa.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir las utilidades del BSC para la definición del proceso de gestión estratégica en este tipo de organizaciones. Se trata por tanto de una herramienta completa que efectúa un cruce entre áreas clave para la institución, demostrando la satisfacción de sus necesidades en el sentido en que se proporcionó la formulación de estrategias competentes posibles, que serán posteriormente implementadas.

Palabras clave: BALANCED SCORECARD, GESTIÓN ESTRATÉGICA, RENDIMIENTOS, UNIDADES HOSPITALARIAS.

ABSTRACT

The implementation of strategies emerges as a major challenge for organizations nowadays. For such, there is the need for a complete tool that shows which are the essential factors required to achieve the best business performance: the Balanced Scorecard (BSC). This is a strategic management level approach, developed in 1990 by Robert Kaplan and David Norton (Kaplan & Norton, 1996, 2001a,b, 2004). While other strategic approaches have present some weaknesses and uncertainties, the BSC recognizes, according to these authors, which are the organization's needs in order to address four key perspectives for any institution, customer, financial, learning and knowledge and internal processes.

To this end, we conducted an empirical study in a public hospital (Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE), using a qualitative methodological approach.

The result allow us to conclude the usefulness of the BSC for the definition of the strategic management process of such organizations. It is, therefore, a comprehensive tool that allows the crossing between key areas for the institution, demonstrating that it fulfills their needs in the sense it provides the formulation of competent strategies' that can be subsequently implemented.

Keywords: BALANCED SCORECARD, STRATEGIC MANAGEMENT, PERFORMANCE, HEALTH UNITS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Fernanda e Carlos, a minha irmã Filipa e a minha avó Olinda, por todo o apoio que me prestaram ao longo do mestrado.

Ao Prof. Doutor Orlando Lima Rua, pelo apoio e incentivo prestados na elaboração desta dissertação, pelo seu empenhamento pessoal e pelo tempo e paciência despendidos, tendo contribuído decisivamente para a concretização deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos Catarina, Elisiário, Álvaro, Cláudia, e outros mais, que me acompanharam ao longo deste mestrado, pela sua amizade e companheirismo, as quais me foram proporcionando momentos de boa disposição.

A todos os meus amigos, pela sua amizade, bem como apoio e incentivo prestados ao longo deste curso.

Aos professores Dr. Rui Pimenta (ESTSP) e Dr. Eduardo Sá Silva (ISCAP) pela coordenação do mestrado da APNOR no Instituto Politécnico do Porto,

A todos os professores do referido mestrado.

Aos colaboradores do Centro Hospitalar Povoia de Varzim/Vila do Conde, EPE que contribuíram para a realização da presente dissertação.

A todos um bem haja.

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BSC – Balanced Scorecard

CHPVC – Centro Hospitalar Povoia de Varzim/Vila do Conde, EPE

EPE – Entidade Pública Empresarial

HPP – Hospital Público Privado

IGFIS – Instituto de Gestão Financeira da Saúde

KPI – Key Performance Indicator

PIB – Produto Interno Bruto

SA – Sociedade Anónima

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, e Threats

ÍNDICE GERAL

Resumo	I
Resumé	III
Abstract	V
Agradecimentos	VII
Abreviaturas e Acrónimos	IX
Índice geral	XI
Índice de tabelas	XIII
Índice de figuras	XIV
Introdução	1
Parte I – Marco Teórico	5
Capítulo 1 – Sistema Hospitalar em Portugal	7
1.1. Evolução dos serviços de saúde	7
1.2 Modelos Estruturais	9
1.2.1. Modelos estruturais do Serviço nacional de saúde	9
1.2.2. Modelos Organizacionais dos Hospitais	13
1.2.1.1. Hospitais SPA	14
1.2.3.2. Hospitais SA	15
1.2.3.3. Hospitais EPE	15
1.2.1.4. Hospitais PPP	18
1.3. Balanced Scorecard na Saúde	19
Capítulo 2 – Balanced Scorecard	21
2.1. Conceitos	21
2.2 Perspectivas	22
2.2.1. Clientes	22
2.2.2. Processos internos	23
2.2.3. Aprendizagem e crescimento	24
2.2.4. Financeira	25
2.3. Factores Críticos de Sucesso	26
2.4. Mapa Estratégico	27
Parte II – Investigação Empírica	29
Capítulo 3 – Metodologia de Investigação	30
3.1. Introdução	30
3.2. Processo de investigação	36
3.3. Estudo de caso: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	41

Capítulo 4 – Análise e Discussão de Resultados	45
4.1. Introdução	45
4.2. Análise das questões de investigação	45
4.3. Balanced Scorecard	56
4.3.1. Análise SWOT	56
4.3.2. Eixos Estratégicos	58
4.3.3. Construção do Balanced Scorecard	59
Conclusões	62
Limitações e linhas futuras de investigação	63
Referências Bibliográficas	64
Apêndices	71
Apêndice 1 – Guião de entrevista	72
Apêndice 2 – Evidência empírica das entrevistas	75

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 2: UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS SPA	14
TABELA 3: PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE SA E EPE	16
TABELA 4: UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS EPE	17
TABELA 5: UNIDADES HOSPITALARES PPP	18
TABELA 5: CATEGORIAS GENÉRICAS PARA A FORMULAÇÃO DE INDICADORES	27
TABELA 6: SITUAÇÕES RELEVANTES PARA OS DIFERENTES MÉTODOS	33
TABELA 7: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA INVESTIGAÇÃO	40
TABELA 8: ANÁLISE SWOT	58
TABELA 9: RESUMO DOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS FORMULADAS MEDIANTE AS PERSPETIVAS	61

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 4: MODELO DO FINANCIAMENTO DO SNS	9
FIGURA 5: NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DO SNS (2002)	10
FIGURA 6: ORGANOGRAMA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (2007).....	11
FIGURA 4: BALANCED SCORECARD – QUATRO PERSPETIVAS.....	22
FIGURA 5: A PERSPETIVA INTERNA – O MODELO GENÉRICO DA CADEIA DE VALOR.....	24
FIGURA 6: MODELO DE MAPA ESTRATÉGICO DO BSC	28
FIGURA 7: ELEMENTOS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO COM ESTUDOS DE CASO	37
FIGURA 8: ORGANIGRAMA DO CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE, EPE	44

INTRODUÇÃO

Chavan (2009) sustenta que o Balanced Scorecard aparece, na atualidade, como uma ferramenta imprescindível na gestão estratégica. Segundo Kaplan e Norton (1996) este permite que a partir da visão geral da empresa se definam os fatores críticos de sucesso, considerando quatro perspectivas que, através de uma relação causa-efeito, apresentem um restrito número de temas estratégicos amplos, definindo quais as melhores orientações a seguir para o crescimento empresarial. A utilização do BSC é já uma realidade em várias organizações à escala global, destacando-se a sua crescente implementação (Kaplan & Norton, 1996).

Reconhecendo algumas fraquezas e incertezas de outras abordagens estratégicas, a abordagem do BSC prevê uma prescrição clara sobre o que as empresas deveriam medir para equilibrar as perspectivas financeira, do cliente, dos processos internos e da aprendizagem e conhecimento (Figge, Hahn, Schaltegger, & Wagner, 2002). É um sistema de gestão - não apenas um sistema de medidas - que habilita as organizações a consolidarem a sua visão e estratégia, traduzindo-as em ações (Scholey, 2006).

Contudo, o modelo tradicional de medidas financeiras não é abandonado, ele relata acontecimentos passados numa abordagem da era industrial, mas não inadequadas para orientar e avaliar a trajetória das empresas na era da informação. O BSC complementa essas medidas do passado com medidas dos vetores que derivam da visão e da estratégia da empresa e que impulsionam o desempenho futuro. De acordo com Kaplan e Norton (2001a) a estrutura do BSC é formada por quatro perspectivas: financeira, cliente, processos internos e, aprendizagem e crescimento. O BSC sugere que a empresa seja vista a partir dessas perspectivas que em conjunto possibilitam o desenvolvimento de estratégias mais completas (Kaplan & Norton, 2001).

Perspetiva Financeira: Avalia a lucratividade da estratégia. Permite medir e avaliar resultados que o negócio proporciona e necessita para seu crescimento e desenvolvimento, assim como, para satisfação dos seus acionistas.

Perspetiva do Cliente: Identifica os segmentos de mercado visados e as medidas do êxito da empresa nesse segmento. Identificar os fatores que são importantes na conceção dos clientes é uma exigência do BSC, e a preocupação desses em geral situa-se em torno de quatro categorias: tempo, qualidade, desempenho e serviço (Kaplan & Norton, 1996).

Perspetiva dos Processos Internos: É elaborada após a perspetiva financeira e dos clientes, pois essas fornecem as diretrizes para seus objetivos. Os processos internos são as diversas atividades empreendidas dentro da organização que possibilita realizar a partir deste a identificação das necessidades dos clientes até a satisfação dos mesmos. Abrange os processos de inovação (criação de produtos e serviços), operacional (produção e

comercialização) e de serviços pós-venda (suporte ao consumidor após as vendas). A melhoria dos processos internos no presente é um indicador chave do sucesso financeiro no futuro.

Perspetiva da Aprendizagem e Conhecimento: São definidas metas em relação à capacidade interna que a empresa detém, para poder orientar a área carente de formação dos colaboradores, de modo a conseguir executar os objetivos e alcançar as metas a que se propõe. Esta perspetiva foca-se em três pontos fundamentais: capacidade dos trabalhadores, capacidade do sistema de informação e motivação.

Kaplan e Norton (1992) argumentam que para cada perspetiva existe uma questão inerente e que identifica o que se pretende mensurar. A utilização do BSC nas unidades de saúde tem similaridades com a utilização em empresas. De facto as únicas diferenças são os fatores a analisar que compõem o próprio BSC, pois neste caso os clientes são utentes e os *stakeholders* dependem da instituição em causa, ou seja, se a instituição é pública ou privada (Chow, Ganulin, Haddad & Williamson, 1998). Pretende assim este estudo identificar se o BSC é uma ferramenta que pode ser implementada em unidades de saúde hospitalares públicas.

Oliveira (2001) indica que com uma abordagem competente ao BSC, as organizações de saúde podem facilmente avaliar a sua visão e estratégia e permitir que este as ajude na medição do desempenho e estabelecimento de novas estratégias.

Para Chow et al. (1998), existem dois fatores que permitem acreditar que o BSC contribui para o acrescentar valor às organizações prestadoras de serviços de saúde. Primeiro o facto de esta ferramenta obter bons resultados a nível empresarial e, segundo, a abordagem de desenvolvimento de um conjunto integrado de medidas de desempenho é conceitualmente atraente e consistente.

Forgione (1997, citado em Quesado & Macedo, 2007) foi uma das primeiras autoras a chamar a atenção para o desenvolvimento das estratégias em torno da utilização do BSC no setor sanitário (hospitais individuais e departamentos hospitalares).

No longo prazo a utilização conjugada da informação financeira e de qualidade interna, com a informação dos utentes, resultará numa maior eficiência em termos de custos e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Azizi, Afshari & Behzadian, 2012). Administradores de unidades prestadoras de serviços de saúde que cuidam de situações como o aumento do custo da saúde, o incremento do consumo de serviços de saúde e regulamentos que restringem estes aumentos, devem equilibrar trocas entre o preço, a qualidade e a necessidade do consumidor (Shortell, Gillies, Anderson, Erickson & Mitchell, 2000; Pineno, 2002). Para tal devem implementar um sistema estratégico que não inclua apenas indicadores financeiros e que tenha em conta toda a organização e as pessoas que necessitam dos serviços.

Esta problemática é de facto bastante pertinente, sendo que a principal questão desta dissertação, se baseia na potencialidade de utilização do BSC em unidades hospitalares, recorrendo para tal à evidência empírica de um estudo de caso para permitir a implementação do BSC.

A presente investigação tem como objeto as unidades hospitalares públicas, atendendo não somente à representatividade destas no setor da saúde, mas também procurando-se propor a implementação de ferramentas que permitam a otimização dos recursos utilizados, no caso vertente o BSC.

Note-se que o peso das despesas totais da saúde em Portugal no Produto Interno Bruto (PIB) tem sofrido oscilações ao longo das últimas cinco décadas que importa referir. Em 1970, correspondiam a 2,5% do PIB. Posteriormente, fruto essencialmente do aumento populacional e da esperança de vida das pessoas, tais despesas associadas à prestação de serviços fez com este peso no produto crescesse de forma substancial, ascendendo, em 2005, a 10,2% (OECD, 2010). Assim a questão da (in)sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde começa a ser cada vez mais pertinente. As principais estratégias para garantir a sustentabilidade do SNS têm sido orientadas para a diminuição da despesa, prevendo o Orçamento do Estado de 2013 um corte das despesas no âmbito do SNS que representa 5,1% do PIB (Ministério da Saúde, 2012). Contudo, tais cortes não poderão deixar de considerar a dimensão qualitativa da prestação de serviços de cuidados de saúde, sendo que para se proceder à revisão das estratégias impostas aos serviços hospitalares é imprescindível conhecer como funcionam os serviços de saúde. Claro está que o grosso desses cortes incidirá sobre os hospitais, pela sua escala, peso e representatividade na rede estrutural dos serviços de saúde.

Por outro lado, considerar que o sistema de saúde português apresenta um conjunto de características que surgem como base para qualquer serviço executado na área da saúde. Tavares (2002) refere que é objetivo dos sistemas de saúde melhorar e manter o nível de saúde das populações, proporcionar bons níveis de resposta e de serviço, para que estes se adequem às expectativas criadas pelos clientes/utentes, às suas condições económicas e se ajustem à contribuição financeira fornecida pelos utentes, reduzindo o risco de injustiças sociais e económicas. (Campos, 2007).

Para prosseguir estes objetivos com a máxima precisão é necessário entender, fundamentalmente, as transformações económicas e sociais. As características sociodemográficas e o envelhecimento, a marcha do conhecimento e as alterações de financiamento dos serviços de saúde são algumas das características que se deve ter em consideração aquando do ajustamento dos serviços, nunca esquecendo o facto do atendimento com qualidade ao utente ser a principal missão dos serviços de saúde (Delgado, 2007).

O objetivo fundamental da presente investigação consiste em analisar e compreender quais as eventuais contribuições do Balanced Scorecard para o processo de gestão estratégica das unidades hospitalares públicas, atendendo às várias necessidades das instituições desta natureza, e aos indicadores necessários para uma correta construção da ferramenta, com o objetivo de obter um planeamento estratégico, que possa ser realizado em contexto real e permita uma melhoria contínua dessas unidades.

Os objetivos traduzem-se nas seguintes questões de investigação para esta dissertação:

- Quais as contribuições do BSC para o processo de gestão estratégica das unidades hospitalares públicas?
- O BSC é uma ferramenta que pode ser implementada em unidades de saúde hospitalares públicas?

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes. A primeira parte refere-se ao marco teórico onde procedemos à revisão da literatura das temáticas objeto de estudo, nomeadamente acerca do Balanced Scorecard e o Serviço Nacional de Saúde. A segunda parte refere-se ao estudo empírico onde procedemos à apresentação e fundamentação da metodologia de investigação e ao estudo de caso do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE, bem como à análise e discussão de resultados. Por último, apresentamos as principais conclusões do estudo, referindo as limitações do mesmo e indicando possíveis linhas futuras de investigação.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

1.1. Evolução dos serviços de saúde

A organização dos serviços de saúde em Portugal tem uma longa e rica história. Anteriormente à década de 70 do século XX, a prestação de cuidados de saúde era de índole exclusivamente privada, competindo ao Estado apenas a assistência aos pobres. Entretanto, várias foram as mudanças ocorridas ao longo dos anos que alteraram a missão e o desempenho do Estado na saúde, podendo referir-se a título de exemplo o facto de em 1945 terem sido criados institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, tais como a tuberculose e a saúde materna.

Contudo, foi na década de 70 que se verificou uma mudança radical na política de saúde do país. Em 1971 foi efetuada uma reforma na saúde, em que, por iniciativa governamental, se concretizou a “Organização do Ministério da Saúde e Assistência”, nos termos do estatuído nos Decretos-Lei n.º 413 e 414, de 27 de setembro. Estes estabeleceram para todo o país um sistema de saúde *“estruturado desde o nível governamental aos níveis central (direção, orientação e avaliação) e local, compreendendo este os escalões de distrito, concelho e freguesia, responsáveis pela execução de atividades hierarquizadas da prestação de cuidados de saúde completos à população”* (Ferreira, 1989).

Considerou-se que o Estado devia ter a responsabilidade de garantir o melhor nível-padrão de saúde que a cada momento fosse capaz, dependendo dos recursos disponíveis, de fornecer cuidados à população, garantindo assim o direito à saúde. Direito que implica, em contrapartida, responsabilidade para com a saúde individual, familiar e comunitária, apoiadas por medidas orientadoras de educação para a saúde. A reforma efetuada em 1971, apesar de limitada, forneceu a base para o futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Justo, 2001).

Após os primeiros passos desenvolvidos no sentido da criação do sistema referido, verificaram-se acontecimentos como a revolução do 25 de Abril de 1974, com alteração dos órgãos políticos, emergindo assim novas políticas sociais. A substancial alteração legislativa, neste domínio ocorre em 1979, ano em que a lei do Serviço Nacional de Saúde declara que o acesso ao SNS deve ser gratuito a todos os cidadãos independentemente da sua condição social e económica (Decreto de Lei n.º 56/79, de 15 de setembro), tendo o Dr. António Arnault sido um dos principais impulsionadores deste diploma (Ministério da Saúde, 2007).

O SNS passou a envolver todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. O acesso é gratuito, mas atende a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. O diploma estabelece que 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) (Ministério da Saúde, 2010).

O SNS e a sua organização sofreu, entretanto, alterações ao longo dos anos, e em 1982, são criadas as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), que sucedem às então administrações distritais dos serviços de saúde (Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho).

Posteriormente, em 1990, o Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, preceitua a Lei de Bases da Saúde, nesta lei a proteção da saúde é perspetivada não só como um direito, mas também e essencialmente como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Este diploma prevê ainda que possam ser cobradas taxas moderadoras, que constituem receita do Serviço Nacional de Saúde, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, estando isentos do seu pagamento os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

Surge assim um novo regime de gestão hospitalar, fruto da sucessão de alterações entretanto ocorridas, destacando-se os centros de responsabilidade integrados, que constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos e/ou afins e visa introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades (Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro). É também estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS) o qual consubstancia um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados de acordo com critérios geográfico-populacionais que visam facilitar a participação social e que, conjuntamente com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio).

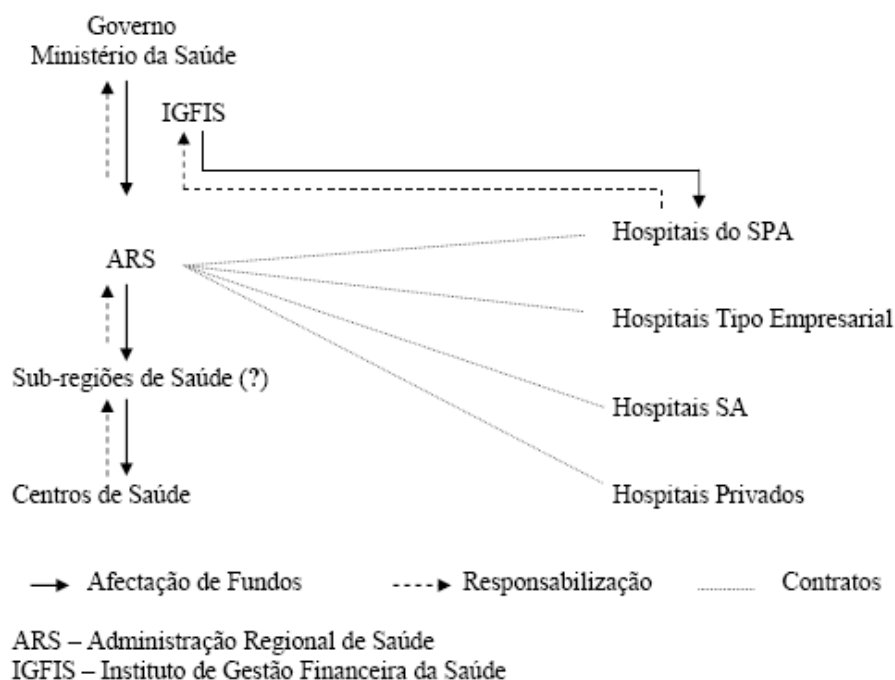
A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, vem introduzir profundas modificações na Lei de Bases da Saúde por via da aprovação do novo regime de gestão hospitalar, definindo um novo modelo de gestão hospitalar aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dando expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE), segundo o preceituado no Decreto-Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Anteriormente o Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, havia já aprovado uma nova forma de designação dos órgãos de direção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, alterando a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais.

A dimensão financeira assume assim uma gradual importância na gestão do SNS e dos cuidados hospitalares, daí passarem a ser estruturados empresarialmente.

processo fundamental que permite criar uma estrutura na qual é possível desenvolver uma lógica de mercado.

Figura 2: Novo Modelo de Financiamento do SNS (2002)



Fonte: Esteves (2002).

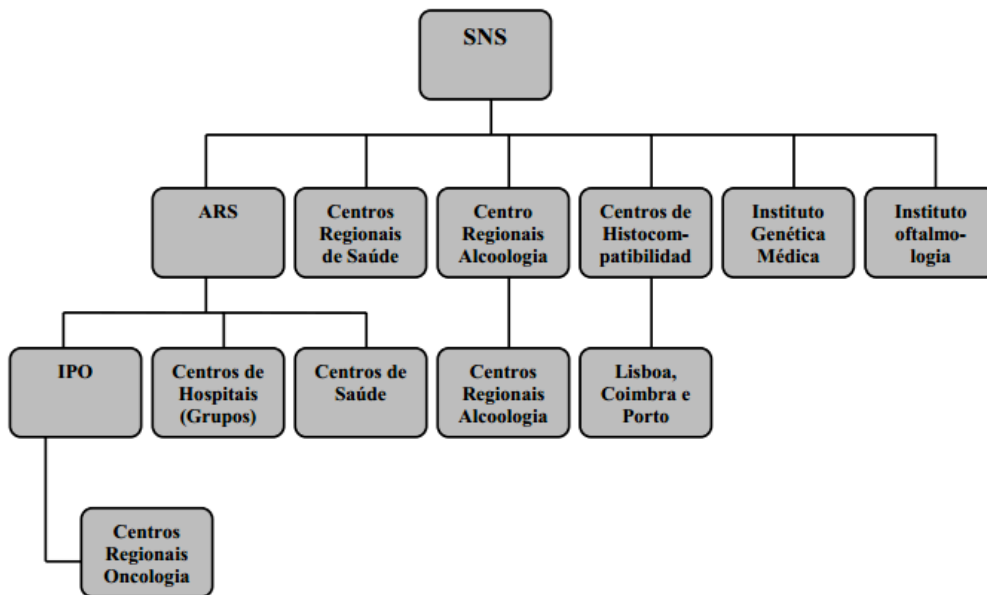
O financiamento passa a ser feito através da prestação de cuidados de saúde definidos por contrato com o SNS, assim esta deixa de se basear exclusivamente no orçamento de Estado. Os serviços médicos são pagos de acordo com uma tabela de preços. O orçamento atribuído a cada hospital passa a ser determinado pela quantidade de serviços realizados. O governo vai criar um 'mercado' com os preços fixados numa tabela que representa o custo fixo para cada um dos cuidados de saúde. As ARS passam a ver o seu papel reforçado pois é por seu intermédio que se processa a contratualização (Amaro & Ferreira, 2010).

O modelo do sistema nacional de saúde introduzido em Portugal assenta em três vetores principais: a racionalidade económica, a gestão por objetivos e os indicadores de desempenho (Ministério da Saúde, 2010a). Este tem como objetivos o aumento da confiança no mercado e a gestão descentralizada, procurando desta forma garantir maior escolha, melhor comunicação e a melhoria da eficiência do SNS.

O Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro, introduz alterações no modelo orgânico do SNS (figura 6), destacando-se a criação da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a qual veio substituir o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF), com vista a assegurar

a gestão integrada dos recursos do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2010a). Segundo a Lei Orgânica do Alto-Comissariado da Saúde “as atribuições do ACSS passam a incluir a coordenação da atividade do Ministério da Saúde nos domínios do planeamento estratégico e das relações internacionais, bem como assegurar a elaboração, acompanhamento e avaliação do Plano Nacional de Saúde” (Decreto-Lei n.º 218/2007, de 29 de maio).

Figura 3: Organograma do Sistema Nacional de Saúde (2007)



Fonte: Ministério da Saúde (2007)

O modelo do sistema nacional de saúde introduzido em Portugal assenta em três vetores principais: a racionalidade económica, a gestão por objetivos e os indicadores de desempenho (Ministério da Saúde, 2010b). O modelo tem como objetivos o aumento da confiança no mercado e a gestão descentralizada, procurando desta forma garantir maior escolha, melhor comunicação e a melhoria da eficiência do SNS.

Os governos não têm tido a capacidade de conduzir a oferta de serviços públicos de forma racional, concentrando recursos humanos, materiais, físicos e financeiros, com vista a garantir a qualidade dos cuidados e a assegurar a acessibilidade das populações. Tal acontece em relação às instalações (eg. hospitais, centros de saúde) e em relação à inovação tecnológica.

Esta última preocupação que surge, essencialmente, na década de 80 do século passado, resultando de duas características até então pouco estudadas: as novas tecnologias (apenas parcialmente são substitutivas das tecnologias convencionais) e a disponibilidade de um novo

meio de diagnóstico (que determina a criação de uma procura até então inexistente ou não declarada) (Rego, 2008).

No sentido da racionalização existe um conjunto de medidas e estatutos definidos ao longo dos anos que alteram a gestão hospitalar e a sua estrutura de financiamento. Em 1965, foi publicado o Decreto-Lei n.º 46301, de 27 de abril, que define o estatuto dos hospitais públicos - "hospitais oficiais" de acordo com a designação da época. Nos termos do artigo 2.º, n.º 1, deste diploma *"os hospitais gerais oficiais gozam de personalidade jurídica e de autonomia administrativa"*. Em 1968, os hospitais públicos passam a integrar a administração indireta do Estado, sendo que o Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril, no seu artigo 35.º preceitua que *"em ordem a conseguir maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à comunidade o mínimo de custo económico no seu funcionamento"*.

Não obstante a revolução do 25 de Abril de 1974, a gestão hospitalar continua a ser fortemente condicionada pelo *"facto de muitos dos seus actos estarem sujeitos ao regime de autorização, de ratificação ou de confirmação pelos órgãos centrais da Administração Pública"*, nos termos do Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril, tornando o funcionamento dos hospitais cada vez mais burocrático.

Após um longo período de letargia, em 2002, é publicada a nova Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro), que vem alterar o paradigma da gestão hospitalar introduzindo um novo regime jurídico dos hospitais públicos que passam a integrar a rede de prestação de cuidados de saúde diferenciados, abrindo assim a possibilidade para estes poderem revestir a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Esta reforma visa aumentar a concorrência entre os serviços prestadores de cuidados de saúde, permitindo assim a existência de pressões, tal qual um mercado de forma a promover a melhoria da utilização de recursos e proporcionar assim melhores serviços para os cidadãos. Estas alterações no SNS visam aumentar a competitividade nos hospitais por via da transformação da sua gestão imprimindo-lhe uma visão empresarial, passando o seu financiamento a depender de fatores de cariz empresarial (clientes/utentes, consultas, cirurgias, etc.).

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, refere que *"a empresarialização de hospitais constitui um vector essencial de reforma da gestão hospitalar em curso e um fator indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as condições de base da sua sustentabilidade, em termos duradouros"*. A Lei de Gestão Hospitalar criou assim um conceito de rede nacional de cuidados hospitalares, constituída por: hospitais SA, hospitais SPA, hospitais EPE e hospitais em parceria público privada (PPP).

1.2.2. Modelos organizacionais dos hospitais

O modelo organizacional do hospital público português, não difere substancialmente do modelo pós-guerra onde se inspirou, obsoleto que compromete o desempenho da assistência, que impedindo (e desestimulando) o desenvolvimento de práticas de gestão descentralizadas e participadas, com pendor evolutivo e inovador. Foram realizados esforços para alterar esta estrutura, com o processo de empresarialização dos hospitais, que veio alterar a modalidade de propriedade, mas não alterou a arquitetura organizacional, as práticas de gestão exercidas, apenas proporcionou uma maior agilidade na contratação de recursos humanos, maior capacidade negocial nas aquisições e nos projetos de investimento (Ministério da Saúde, 2010a). Esperava-se que esta nova cultura de gestão proporcionasse um reforço substancial da autonomia. No entanto, persistiu a indefinição estratégica, a inexistências de planeamento e a falta de transparência nos processos de decisão, causando desresponsabilização e ausência de envolvimento na organização (Nunes & Rego, 2010). Uma das limitações mais significativas, surge na ausência de sistemas de informação, que tornando incapaz a obtenção de dados e indicadores fiáveis que permitam a melhoria dos serviços de saúde, que impede a adoção de estratégias de decisão baseadas na evidência Ministério da Saúde (2010a). Tal é confirmado pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais: *“Não faltam razões que justifiquem e reclamem uma profunda reorganização hospitalar, firmemente centrada no interesse do doente, baseada em princípios de ética, responsabilidade e transparência e integrando os princípios da boa governação clínica e da boa governação empresarial, perseguindo a melhoria contínua dos cuidados prestados e padrões elevados de desempenho, mediante criação de contextos de excelência”* (Ministério da Saúde, 2010a).

A Lei de Gestão Hospitalar criou um conceito de rede nacional de cuidados hospitalares constituída pelas seguintes tipologias (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro):

- Hospitais SPA: estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- Hospitais EPE: estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- Hospitais SA: sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- Hospitais PPP: estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

Sendo, pois, importante analisar o universo de cada modelo organizativo.

1.2.2.1. Hospitais SPA

Estes hospitais mantiveram o estatuto do setor público administrativo abrangendo todos aqueles que não sofreram alterações em 2002. De acordo com a Lei da Organização Hospitalar são estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.

De acordo com os Decretos-Lei n.º 498/70 e 499/70, são financiados por entidades públicas, o que limita a sua autonomia financeira e administrativa consideravelmente, devido à sua dependência do Ministério da Saúde (ARS). A estrutura do capital é de natureza integralmente pública, encontrando-se a gestão cometida a um Conselho de Administração nomeado pela tutela. Face à sua natureza, os funcionários tem estatuto de funcionários públicos.

Alguns autores (eg. Nunes & Rego, 2010; Reis, 2011) apontam deficiências de gestão pela desresponsabilização generalizada dos órgãos de gestão, inexistência de um sistema de incentivos que promove a falta de motivação e de empenho profissional, bem como custos agravados pela ineficiência na gestão dos recursos disponíveis.

A tabela 2 confere os Hospitais ou Centros Hospitalares desta tipologia (SPA), de acordo com a localização geográfica no país.

Tabela 1: Unidades hospitalares públicas SPA

TIPO-LOGIA	CENTRO	LISBOA E VALE DO TEJO	NORTE
(Centro)	Hospital Arcebispo João Crisóstomo, SPA (Cantanhede)	Centro Hospitalar do Oeste, SPA	Hospital de Joaquim Urbano, SPA (Porto)
Hospitalar,	Hospital Dr. Francisco Zagalo, SPA (Ovar)	Hospital Vila Franca de Xira, SPA	Hospital Nossa Senhora da Conceição, SPA (Valongo)
Hospital)	Hospital José Luciano de Castro, SPA (Anadia)		
	Hospital Visconde de Salreu, SPA (Estarreja)		
	Hospital Distrital de Águeda, SPA		
	Hospital Cândido de Figueiredo, SPA (Tondela)		
	Hospital Amato Lusitano SPA (Castelo Branco)		

Fonte: www.acss.pt, 2011

1.2.2.2. Hospitais SA

Os hospitais SA resultaram da transformação de 34 hospitais SPA em 31 hospitais sociedades anónimas (SA), sendo que a titularidade continuou a ser pública. Enquanto sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicas, passaram a ser responsáveis pelos seus ativos, capital próprio e passivo, como uma empresa de características anónimas, tendo assim uma gestão pública/empresarial.

Pela natureza da sua gestão são introduzidos os sistemas de avaliação por mérito e sistemas de incentivos com base na produtividade, bem como limites ao endividamento. O Estado mantém a responsabilidade de financiamento, mas existe a possibilidade do capital poder ser privado. Os pagamentos a suportar pelo Estado são estabelecidos com base na produtividade alcançada, existindo compensação caso os mesmos sejam ultrapassados (Quesado & Macedo, 2007; Gonçalves, 2008; Aguiar, 2010).

Este novo modelo de financiamento aplicado aos hospitais SA caracteriza-se pelo facto do pagamento aos hospitais ser feito de acordo com a produção hospitalar (as quantidades são objeto de contratualização), do sistema de preços transparente para pagamento da atividade hospitalar e da separação das responsabilidades do Estado, enquanto contratador/financiador do sistema e acionista, no relacionamento com o prestador de cuidados de saúde, o hospital. Não obstante a transformação inicialmente descrita, com a modificação de parte dos hospitais SPA para SA não se registaram, alterações na forma de funcionamento destes hospitais (Rendo, 2009; Aguiar, 2010)

1.2.2.3. Hospitais EPE

Os hospitais EPE são posteriores aos modelos anteriormente referidos, foram criados a 7 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, por via da transformação dos hospitais SA em entidades públicas empresariais, consubstanciando a criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no cliente/utente e assente na eficiência de gestão.

Daí resultou a criação de centros hospitalares com o objetivo da obtenção de sinergias na gestão de recursos humanos e materiais, aproveitando de uma forma mais racional, as capacidades disponíveis de meios, tendo em vista uma maior racionalidade económica (Campos, 2003; Reis, 2011).

O seu capital é público estando sujeito à fiscalização do Tribunal de Contas, sendo a principal fonte de receitas dos hospitais EPE gerada pelo Serviço Nacional de Saúde, que contratualiza a produção com cada hospital por linha de atividade. As linhas consideradas são as altas de internamento, as consultas externas, as sessões de hospital de dia e os episódios de urgência. Em média, o SNS é responsável por cerca de 80% das receitas anuais dos hospitais empresa,

o remanescente das receitas é assegurada pelos subsistemas de saúde, empresas seguradoras e privados (Neves, 2006).

Comparativamente aos hospitais SA, os hospitais EPE encontram-se sujeitos a um regime mais rigoroso no que concerne às orientações estratégicas de tutela e superintendência, desempenhados pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, quer ao nível operacional quer ao nível de racionalidade económica das decisões de investimento (Quesado & Macedo, 2007; Rendo, 2009).

A tabela 3 as principais diferenças entre as instituições de tipologia SA e EPE.

Tabela 2: Principais diferenças entre SA e EPE

Indicador	Sociedades Anónimas (SA)	Entidade Pública Privada (EPE)
Natureza do capital	Estado detém pelo menos a participação maioritária do capital	Estado detém a totalidade do capital
Tipo de controlo financeiro	Revisor Oficial de Contas	Inspeção-Geral das Finanças
Extinção	Possibilidade de extinção por falência	Não aplicação das regras gerais de extinção por falência das sociedades

Fonte: Adaptado de Campos (2003).

Moreira (2008) analisou os níveis de eficiência dos hospitais-empresa, sugerindo que os hospitais EPE eram menos eficientes que os SPA antes da reforma e que, nos anos subsequentes, melhoraram a sua posição relativa. É importante salientar que a pior situação de “partida” dos hospitais-empresa pode ter implicações nesta análise, na medida em que as unidades com melhores práticas têm menores oportunidades para melhorar os seus indicadores.

A tabela 4 confere os Hospitais ou Centros Hospitalares desta tipologia (EPE), de acordo com a localização geográfica no país.