



INSTITUTO POLITÉCNICO
DO PORTO



INSTITUTO
SUPERIOR
DE CONTABILIDADE
E ADMINISTRAÇÃO
DO PORTO

O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de
austeridade: o caso particular dos Hospitais E.P.E.

Carla Alexandra de Oliveira Mesquita

Porto, 2012



INSTITUTO POLITÉCNICO
DO PORTO



INSTITUTO
SUPERIOR
DE CONTABILIDADE
E ADMINISTRAÇÃO
DO PORTO

O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de
austeridade: o caso particular dos Hospitais E.P.E.

Carla Alexandra de Oliveira Mesquita

**Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Contabilidade
e Finanças**

Orientador: Professor Doutor José Freitas Santos

Porto, 2012

Resumo

O estudo do impacto do processo de planeamento estratégico na eficiência, economia e eficácia dos Hospitais portugueses em contexto de austeridade é o tema central desta investigação. O principal objetivo desta investigação é apreender de que forma os Hospitais E.P.E. planeiam estrategicamente, que instrumentos e indicadores utilizam para a sua monitorização e quais os benefícios do planeamento estratégico face ao atual contexto de austeridade.

O planeamento estratégico adquiriu muita importância também pelas consequências que o incumprimento dos planos de negócios poderia acarretar. No limite, poderia mesmo ditar o afastamento dos membros do Conselho de Administração, o que é bem elucidativo em relação à posição da tutela sobre esta matéria. No atual cenário de austeridade, a tutela passou a exercer um controlo mais apertado sobre o cumprimento dos objetivos definidos para cada unidade hospitalar. Desta forma, o processo de planeamento passou a ser mais rigoroso e exigente, gerando uma necessidade muito maior de dados estatísticos e de relatórios de análise. Para isso, os Hospitais passaram a utilizar instrumentos de monitorização estratégica bastante complexos de apoio à tomada de decisão.

O cenário atual é premente, os Hospitais E.P.E. vivem sobre uma grande pressão política e social e em condições de insustentabilidade financeira. Não obstante, verifica-se que os Hospitais que utilizam uma forte componente de monitorização estratégica no processo de planeamento aferem de melhores resultados.

Palavras-Chave: Processo de Planeamento Estratégico; Gestão Hospitalar; Desempenho Hospitalar; As Medidas de Austeridade na Saúde.

Abstract

The study of the impact of the strategic planning process on efficiency, economy and effectiveness of Portuguese hospitals in the context of austerity is the focus of this investigation. The main objective of this research is to understand how the Hospitals E.PE. plan strategically, what instruments and indicators to use in the process of monitoring and the benefits of strategic planning against the current context of austerity.

Strategic planning also acquired great importance because for the consequences that failure of business plans might entail. At worst, it could even dictate the removal of members of the Board of Directors, which is quite instructive regarding the position of guardianship on this matter. In the present scenario of austerity, the guardianship began to exert tighter control over the fulfillment of the objectives set for each hospital unit. Thus, the planning process has become more rigorous and demanding, generating a much greater need for statistical data analysis and reporting. To do so, hospitals began to use monitoring tools to support highly complex strategic decision making.

The current scenario is compelling, Hospitals E.P.E. live on a large political and social pressure and in conditions of financial unsustainability. Nevertheless, it appears that the hospitals using a strong monitoring strategic planning process can get better results.

Key-words: *Strategic Planning Process; Hospital Management; Hospital Performance; Austerity Measures in Health.*

Aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.

Que se deram por inteiro e renunciaram aos seus sonhos para que muitas vezes pudesse realizar os meus.

Pais por natureza, por opção e amor, não bastaria dizer que não tenho palavras para agradecer tudo isso.

Pois só a vocês devo tudo o que sou e o que no futuro serei.

Para ti, claro!

Divido os méritos desta conquista:

ELA É TÃO MINHA, QUANTO VOSSA.

Muito Obrigado

Agradecimentos

Mesmo correndo o risco de me esquecer de alguém em particular, não quero deixar de agradecer desta forma pública a todos os que direta ou indiretamente acompanharam e/ou participaram nesta dissertação e ao longo do meu percurso académico no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (ISCAP).

Em primeiro lugar, quero expressar o meu mais profundo agradecimento ao Professor Doutor José de Freitas Santos, orientador desta dissertação, pelo apoio, interesse, ensinamentos e disponibilidade ao longo de todas as etapas da elaboração desta investigação.

A todos os professores que marcaram o meu percurso académico no ISCAP ao longo destes anos em especial à Professora Doutora Helena Henriques ao Mestre Rui Saavedra, à Dr.^a Cláudia Neto, ao Dr. Luís Abrantes e ao Mestre Adalmiro Pereira.

Aos presidentes do Conselho de Administração dos Hospitais Pedro Hispano (Dr. Victor Herdeiro), Centro Hospitalar do Porto (Dr. Sollari Allegro), Hospital de São João (Dr. António Ferreira) e do Instituto Português de Oncologia do Porto (Dr. Rocha Gonçalves) pela disponibilidade que me concederam para a realização do trabalho empírico apresentado nesta dissertação.

À direção e aos meus amigos da Faculdade de Economia da Universidade do Porto pelo apoio, incentivo, confiança que depositaram na elaboração desta dissertação e diariamente na execução da minha atividade profissional.

À minha amiga Carolina Pires e a todos os meus amigos do mestrado e licenciatura. A todos aqueles que saíram da minha vida porque o destino assim quis mas que nunca sairão do meu coração. Por último, não menos importante, agradeço a toda a minha família pela compreensão. Um agradecimento muito sentido à minha prima Inês, ao meu irmão e à minha cunhada por todo o apoio e amizade.

Índice Geral

Introdução.....	1
Capítulo I – O Sistema Hospitalar em Portugal	6
1.1 A Reforma da Administração Pública e do Sistema de Saúde.....	6
1.2 O <i>New Public Management</i> e as Reformas no Sector da Saúde	10
1.3 O Setor Hospitalar: Composição e Características	15
1.4 O Modelo de Financiamento e Pagamento aos Hospitais.....	18
1.5 Os Modelos de Gestão Hospitalar em Portugal	21
1.6 As Medidas de Austeridade Impostas ao Sector Hospitalar	25
1.7 O Conceito de Hospital Entidade Pública Empresarial.....	29
Capítulo II – O Planeamento Estratégico no Sector Hospitalar	33
2.1 A Definição de Estratégia e Planeamento Estratégico.....	33
2.2 O Processo de Planeamento Estratégico	36
2.3 Monitorização do Planeamento Estratégico.....	44
2.4 Benefícios do Planeamento Estratégico para o Desempenho Hospitalar.....	51
Capítulo III – Metodologia do estudo.....	53
3.1 Abordagem Metodológica.....	53
3.2 Os Propósitos da Investigação	55
Capítulo IV – Planeamento, Monitorização e Desempenho Hospitalar em Portugal:	
Análise e Discussão dos Resultados.....	58
4.1 Modelo Conceptual Proposto.....	58
4.2 Estudo dos Processos de Planeamento Estratégico existentes nos Hospitais E.P.E.....	59
4.3 Estudo sobre o Uso dos Indicadores de Gestão na Monitorização do Plano Estratégico.....	68
4.4 Desempenho Hospitalar e as Medidas de Austeridade	71
4.5 Discussão dos Resultados	77
Conclusões.....	83
Referências Bibliográficas.....	88
Anexo I – Legislação do Setor	97
Anexo II – Balanços Funcionais do CHP, HSJ, IPO e ULSM, Triénio 2009/2011	98

Índice de Abreviaturas

ABC - *Activity Based Costing*;

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde;

ADSE - Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública;

ARS – Associação Regional de Saúde;

BCE - Banco Central Europeu;

BI - *Business Intelligence*;

BSC - *Balancead Scorecard*;

CA – Conselho de Administração;

CAHSA - Comissão de Avaliação dos Hospitais S.A.;

CEE – Comunidade Económica Europeia;

CHP – Centro Hospitalar do Porto;

CRP - Constituição da República Portuguesa;

CSC - Código das Sociedades Comerciais;

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial;

ERS – Entidade Reguladora da Saúde;

FM - Fundo de Maneio;

FMI - Fundo Monetário Internacional;

GAP - Gabinete de Apoio à Gestão;

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneos;

HFF – Hospital Fernando Fonseca;

HPI – Hospital de Pedro Hispano;

HSJ – Hospital de São João;

HSS – Hospital de São Sebastião;

ICM - Índice de *Case-Mix*;

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

IPO Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto;

ME – Ministério da Educação;

MFAP – Ministério das Finanças e da Administração Pública;

MS – Ministério da Saúde;

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social;

NC – Necessidades Cíclicas;

NPM – *New Public Management*;

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico;

OE – Orçamento de Estado;

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde;

P.P.P. - Parcerias Público – Privadas;

PEC - Programas de Estabilidade e Crescimento;

PIDDAC - Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central;

RC – Recursos Cíclicos;

RL – Resultados Líquidos;

S.A. – Sociedades Anónimas;

S.P.A. – Sector Público Administrativo;

SEE - Sector Empresarial do Estado;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

TC – Tribunal de Contas;

TL – Tesouraria Líquida;

UE – União Europeia;

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

UMHSA - Unidade de Missão Hospitais S.A.;

USF – Unidade de Saúde Familiar;

Índice de Figuras

Figura 1: O Sistema de Saúde Português	9
Figura 2: Modelos de Gestão nos Hospitais Públicos Portugueses	24
Figura 3: A Cadeia de Valor do Hospital	50
Figura 4: Modelo Conceptual Proposto.....	58
Figura 5: Modelo Conceptual Proposto: Questão de Partida 1	59
Figura 6: Modelo Conceptual Proposto: Questão de Partida 2	68
Figura 7: Modelo Conceptual Proposto: Questão de Partida 3	72

Índice de Quadros

Quadro 1: Princípios e Componentes do <i>New Public Management</i>	12
Quadro 2: Evolução da Dotação do OE para o SNS em % do PIB.....	27
Quadro 3: Resultados Líquidos dos Hospitais E.P.E. (universo real) 2005-2010.....	31
Quadro 4: Fases do Planeamento Estratégico no Sector Hospitalar.....	38
Quadro 5: Vantagens do Planeamento Estratégico.....	51
Quadro 6: Liquidez Geral no triénio 2009-2011	73
Quadro 7: Endividamento no triénio 2009-2011	74
Quadro 8: Solvabilidade no triénio 2009-2011	74
Quadro 9: Autonomia Financeira no triénio 2009-2011	75
Quadro 10: Demora Média no triénio 2009-2011	75

Introdução

As organizações de sector público são vistas muitas vezes como entidades estáticas ou evolução lenta, contrastando com a imagem do sector privado, inovador e bem-sucedido. As fortes restrições orçamentais fruto da grave crise mundial que se vive, levaram a que na maioria dos países desenvolvidos as organizações do sector hospitalar fossem alvo de reformas orientadas para a melhoria sustentada da eficiência, eficácia e qualidade na prestação de cuidados de saúde. Portugal foi um dos países mais afetados pela atual crise financeira internacional e nem os Programas de Estabilidade e Crescimento (PEC) têm ajudado a contornar este cenário acalmando os mercados internacionais e diminuindo significativamente o défice orçamental equilibrando assim as contas públicas. Em 2011 o país continuava numa situação de elevada fragilidade económica e depois dos juros da dívida pública terem atingido os 7%, Portugal viu-se obrigado a recorrer ao pedido de assistência financeira. O Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado português, a União Europeia (UE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) prevê para o sector hospitalar, responsável por mais de metade da despesa, medidas de austeridade extremamente dolorosas.

No referido acordo, para o sector da saúde, Portugal assumiu o compromisso de melhorar o rigor na gestão dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) através da utilização otimizada e eficiente dos recursos disponíveis respondendo às necessidades dos cidadãos de forma sustentável e duradoura e continuando a assegurar o direito constitucional de proteção da saúde. Deste modo, verifica-se que a competição internacional e a regulação mais apertada da atividade dos Hospitais impõe um permanente desafio à sua gestão, agora ampliado com a necessidade de responder, também aos compromissos assumidos e à complexa situação orçamental que o país atravessa.

O artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP) criada em 1976, fruto da Revolução de 1974, não só estipula que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, como também afirma que este direito será realizado pela criação de um SNS. A Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro, refere que o SNS terá de ser universal, ou seja dirigido à generalidade dos cidadãos; geral, isto é, deve abranger todos os serviços públicos

de saúde; e gratuito, ou seja, as pessoas terão direito a este serviço sem qualquer encargo. Contudo, apesar do diploma definir que o acesso é gratuito contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações, deixando em aberto a hipótese de este serviço se tornar “tendencialmente gratuito”, o que anos mais tarde se veio a verificar.

No entanto, a aprovação da Lei de Bases da Saúde torna imperativa a aprovação de um estatuto para o SNS o qual surge com a promulgação do Decreto-lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro. Segundo a CRP para assegurar o direito à prestação de cuidados de saúde incumbe prioritariamente ao Estado não só garantir o acesso generalizado a todos os cidadãos, independentemente da sua situação económica, como garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

Porém, esta investigação versa, na sua génese, apenas sobre o sector hospitalar. Um hospital é um estabelecimento de saúde cujo objetivo primordial é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. A sua atividade é o diagnóstico, tratamento e a reabilitação que poderá ser desenvolvida em regime de internamento, ambulatório ou hospital de dia. Compete igualmente, aos Hospitais promover o ensino e a investigação com vista à resolução dos problemas de saúde dos cidadãos.

As unidades hospitalares podem ser classificadas como Centrais ou Distritais, segundo a área geográfica de influência ou capacidade de intervenção técnica. Porém, ao contrário do que sucede com os Hospitais Centrais, os Distritais apenas podem atuar sobre uma das seguintes valências: (i) básicas; (ii) básicas e intermédias; e (iii) básicas, intermédias e diferenciadas. Por outro lado, e em função do número de especialidades ou valências de patologia, podemos ter os designados Hospital Geral ou Especializado. As unidades hospitalares quanto ao regime de propriedade e conseqüente origem de financiamento podem ser: (i) Oficiais (neles incorporam-se os Hospitais militares; paramilitares e prisionais); (ii) Privados / Particulares (englobam os Hospitais com e sem fins lucrativos) e (iii) Públicos.

A atual estrutura organizacional do tradicional hospital público português resulta de vários conjuntos legislativos, que têm a sua origem nos diplomas publicados em 1968¹, e que se

¹Decreto-lei n.º 48357/68, de 27 de Abril (Estatuto Hospitalar) e Decreto-lei n.º 48358/68, de 27 de Abril (Regulamento Geral dos Hospitais).

prolongam, em relação a importantes princípios estruturantes, até ao ano 2002, numa evidente linha de continuidade. Faz cerca de dez anos que se iniciou o processo de empresarialização do sector hospitalar com a criação de Hospitais sob a forma de sociedades anónimas (Hospitais S.A.).

Estes organismos dotados de personalidade jurídica com autonomia administrativa e financeira são financiados pelo Estado e por ele controlados orgânica e funcionalmente. Não obstante, no ano seguinte à sua constituição, este modelo começara a demonstrar alguma evidência quanto à sua sustentabilidade financeira. A forte instabilidade instalada, a derrapagem nos prejuízos e as evidentes perdas de eficiência levaram, em 2005, a uma mudança de orientação no estatuto dos Hospitais S.A. para a Entidade Pública Empresarial (E.P.E.).

No entanto, o sucesso ou insucesso de qualquer política mede-se pela sua capacidade de planeamento e implementação para a qual a monitorização dos seus resultados é essencial. Assim, face ao atual aumento progressivo da despesa com o sector da saúde, será este modelo de organização empresarial adequado para o sector público hospitalar?

Não é exequível governar sem boa informação de suporte à tomada de decisão. Neste contexto, torna-se fundamental que as instituições públicas de saúde substituam o foco de “capacidade”, pela qualidade do “resultado”, a fase do “utente” pela descoberta da “pessoa”, evoluindo deste modo da gestão “corrente” para a gestão “estratégica” (Ribeiro, 2009). Os Hospitais fazem parte de um dos sectores mais delicados e essenciais da economia de qualquer país desenvolvido. No entanto, pouco se sabe se os Hospitais usam o planeamento estratégico e se aqueles que utilizam são bem-sucedidos em alcançar/prosseguir com os seus objetivos. Desta forma, impõe-se novos mecanismos e novas atitudes de gestão estratégica para o sector hospitalar. Renovar e modernizar os Hospitais exige questionar sobre um conjunto de aspetos fundamentais: missão, estratégia, objetivos, estruturas e recursos.

Nesta dissertação está em destaque o papel que o planeamento estratégico pode desempenhar como oportunidade de reforçar a fluidez das comunicações e dar a conhecer a afetação dos recursos disponíveis. Analisar os diversos níveis de incerteza do ambiente em que os Hospitais se orientam e referenciar as técnicas mais ajustadas para se conseguir previsões realistas e planos eficazes. A importância que o planeamento assume na gestão das organizações torna-o num campo de investigação fundamental. Contudo, perante a

diversidade de questões que o planeamento suscita, tornou-se imperativo delimitar a área de investigação, e para estudar o impacto das medidas de austeridade na gestão dos Hospitais portugueses com o nível de profundidade de que gostaria, resolvi optar pela metodologia de estudo de caso, centrada nas alterações operadas no planeamento estratégico de quatro Hospitais-empresa (Hospitais E.P.E.).

- Motivação para a escolha do tema de investigação

Escolhi o planeamento estratégico nos Hospitais E.P.E em contexto de austeridade como tema de investigação pela sua atualidade, pelo lugar central que ocupa na reforma do sector da saúde, bem como na vida e na salvaguarda do direito, constitucionalmente consagrado, ao acesso e proteção da saúde dos cidadãos, bem como pelo interesse pessoal que tenho pelo tema. Os dois motivos anteriores bastariam para fundamentar uma análise às consequências das medidas de austeridade impostas ao sector hospitalar.

Todavia, este terceiro motivo é ainda mais relevante para esta investigação, uma vez que a gestão empresarial veio reforçar significativamente a capacidade dos Conselhos de Administração no que concerne à reorganização estratégica das unidades hospitalares. Este modelo abriu oportunidades de intervenção nas áreas da gestão estratégica, mormente na utilização de modelos e instrumentos de gestão e planeamento. Para além das razões apontadas, há uma lacuna na literatura, sobretudo em relação aos estudos de caso. Há ainda, poucos trabalhos publicados sobre o planeamento estratégico nos Hospitais portugueses, nomeadamente nos Hospitais E.P.E.

- Objetivos e questões de investigação

As regras de gestão dos Hospitais E.P.E. deverão, em princípio, conferir maior autonomia e flexibilidade aos Conselhos de Administração para definirem a organização interna pretendida, e planearem estrategicamente como alocar os recursos financeiros e humanos por forma a atingir a missão, visão e objetivos estratégicos inicialmente delineados. No entanto, a implementação destas medidas poderão atualmente ser dificultadas por muitos fatores como, por exemplo, a eventual falta de sensibilidade do Conselho de Administração em relação aos

instrumentos de gestão e planeamento estratégico ou quanto há má preparação dos níveis intermédios relativamente às técnicas de gestão. Para além destas questões internas o hospital terá de enfrentar, ainda, condicionantes como os cortes decorrentes das medidas de austeridade anunciadas pelo governo português resultantes do pedido de ajuda financeira a que Portugal se viu obrigado a solicitar.

Esta investigação tem como objetivo apreender de que forma os Hospitais-empresa planeiam estrategicamente, que instrumentos e indicadores utilizam para a sua monitorização e quais os benefícios do planeamento estratégico. Na prossecução dos objetivos definidos foram estabelecidas três hipóteses de partida: i) caracterização do processo de planeamento estratégico nos Hospitais E.P.E; ii) identificação dos instrumentos e indicadores de gestão que são usados na monitorização do plano estratégico dos Hospitais E.P.E; e, iii) análise do desempenho hospitalar em contexto de austeridade.

- Estrutura da dissertação

Esta dissertação intitulada “O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de austeridade: o caso dos Hospitais E.P.E.” versa sobre esta problemática e encontra-se dividida em quatro capítulos:

O primeiro capítulo faz uma introdução aos conceitos-chave e alguns fundamentos teóricos relacionados com as reformas na administração pública e no sector da saúde, os gastos e as medidas de austeridade impostas ao sector hospitalar. Ainda neste capítulo é apresentado o SNS e o modelo de financiamento e gestão dos Hospitais E.P.E.

Segue-se um segundo capítulo onde é realizada uma revisão da literatura acerca dos conceitos-chave desta dissertação. O terceiro capítulo apresenta a metodologia adotada mostrando alguns fundamentos teóricos para a formulação de um modelo consistente. Especifica, ainda, os modelos usados na determinação dos resultados assente numa investigação qualitativa.

Segue-se o quarto e último capítulo, onde se efetua uma análise dos resultados obtidos. O documento termina com uma secção onde se efetua uma síntese conclusiva relativamente ao impacto do planeamento estratégico num contexto de austeridade, deixando algumas recomendações para estudos futuros.

Capítulo I – O Sistema Hospitalar em Portugal

Ao longo deste capítulo serão abordadas temáticas como a reforma da administração pública e do sistema de saúde, a gestão do sector hospitalar e as medidas de austeridade impostas pelo Memorando de Entendimento celebrado pelo governo português com a “Troika”.

1.1 A Reforma da Administração Pública e do Sistema de Saúde

As reformas no sector público, nas suas mais variadas dimensões têm sido uma constante em todos os países desenvolvidos. Alguns argumentos veiculam fortes críticas ao modelo dominante do Estado moderno, Estado de bem-estar social (*Welfare State*), convergindo na ideia de que este modelo de organização política, económica e social se encontra em “crise” defendendo a necessidade de reforma.

Porém, a entrada de Portugal na Comunidade Europeia, agora designada de União Europeia (UE), traçou o início de uma nova era na história do país. Para um país que permaneceu virtualmente isolado do desenvolvimento de outras democracias ocidentais, durante cerca de cinquenta anos, o derrube do antigo regime e início do processo de democratização, a perda das suas colónias africanas e adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE) representaram os acontecimentos mais importantes das últimas décadas. Para Araújo (2002) a adesão à CEE, em particular, representou o começo de uma nova fase, na qual a reforma da administração pública portuguesa se tornou numa questão da agenda política de todos os governos.

Face à atual conjuntura económica o Estado de bem-estar social e a sua forma tradicional de organização e gestão (a burocracia) é apresentado como um obstáculo ao crescimento e à competitividade. Neste contexto, assiste-se a uma discussão cada vez mais intensa de propostas para a mudança ou transformação das políticas, estruturas e papel do Estado incentivando-se a adoção de práticas do mercado. Tais propostas parecem configurar uma tentativa de alterar, não só as conceções tradicionais como as conceções existentes no âmbito do ensino e investigação sobre a administração pública, procurando, desta forma, erigir-se como um novo paradigma.

Assim, tais propostas de substituição paradigmática traduzem-se, essencialmente, na procura da diminuição do peso do Estado na sociedade, através da transferência de políticas, práticas de mercado e de gestão privada para o sector público, tendência habitualmente designada na literatura como *New Public Management* (NPM). Questões como a privatização, liberalização, desregulação e descentralização associadas ao paradigma da NPM, têm dominado o discurso mais recente dos reformistas da administração pública.

As causas para tão grande interesse na aplicação de novos modelos gestionários poderão ser consequência direta da crise financeira que atravessa as nações, decorrentes dos baixos níveis de confiança dos cidadãos, de sociedades mais ambiciosas, da necessidade de prestação de contas, o distanciamento e isolamento institucional, da globalização e de novas fontes de governação, bem como das mudanças ideológicas a favor do mercado.

O processo de reforma da administração pública Portuguesa bem como o debate sobre as funções e os diversos papéis do Estado são temas que constam, também, da agenda do sector da saúde. Desde muito cedo, que o direito à proteção da saúde é reconhecido como uma conquista civilizacional, o que implica que a salvaguarda deste direito seja sobretudo uma responsabilidade da sociedade e das instituições democráticas. Tal como se constata noutros países ocidentais, a existência em Portugal de um sistema de saúde enquadra-se nesta dinâmica, constituindo um fator decisivo para a melhoria sustentada dos indicadores de saúde da população.

Um sistema de saúde pode ser definido como um conjunto de diversos tipos de recursos que o Estado, através das unidades de prestação de cuidados de saúde e das instituições de regulação, reúne para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde. De uma forma geral, os sistemas de saúde possuem dois grandes objetivos: (i) promover o acesso equitativo das populações aos cuidados de saúde de acordo com as suas expectativas e necessidades; e (ii) fomentar a eficiência económica, nomeadamente através de um quadro de rigor orçamental e de controlo da despesa pública. Assim, encontrar o equilíbrio entre estes dois propósitos (a equidade e a eficiência), frequentemente contraditórios, tem constituído um desafio comum não só para o sistema de saúde português como para os mais diversos países que estiveram na origem da maioria das reformas encetadas neste sector.

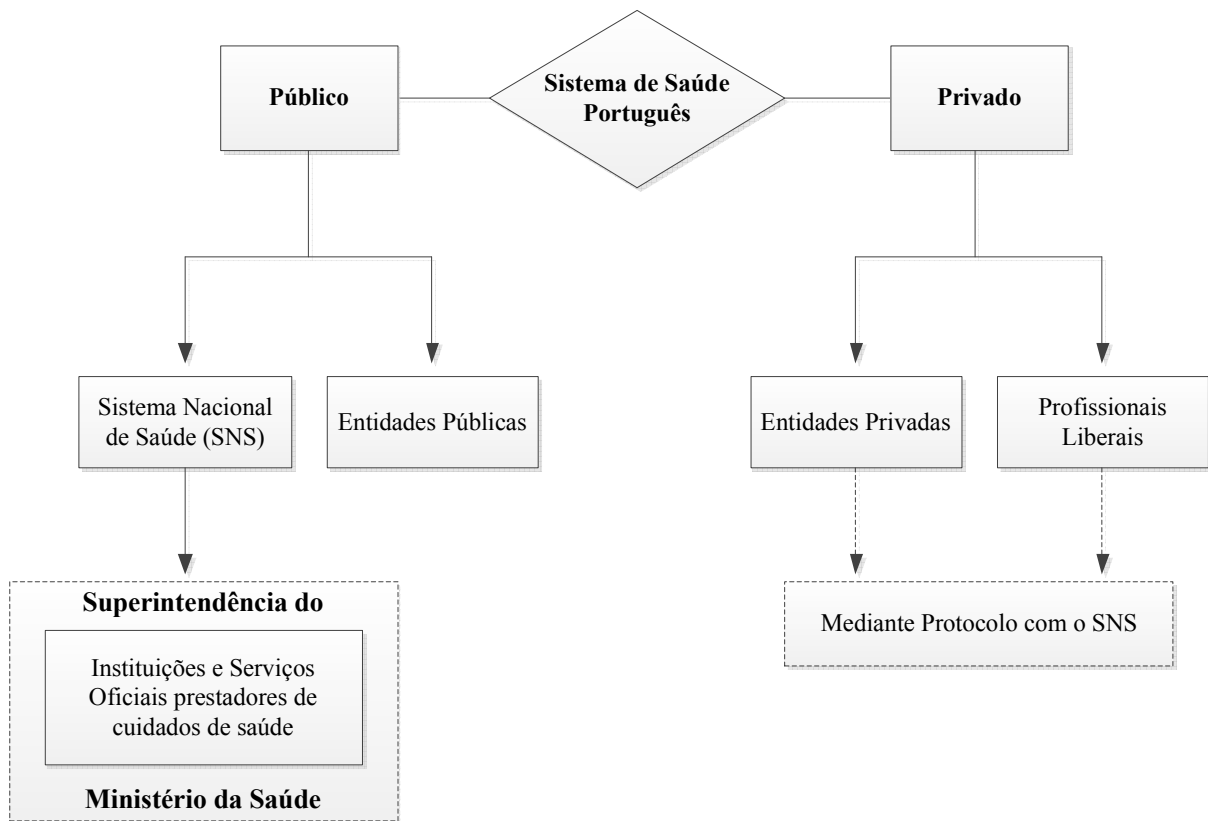
Por isso, os desafios que se colocam ao sector da saúde consistem basicamente em alcançar um controlo efetivo sobre o crescimento da despesa e encontrar o equilíbrio adequado entre a prestação de serviços de qualidade, salvaguardando o acesso equitativo pela adoção de novos modelos de prestação de cuidados de saúde. Todavia, é fundamental que o sector entenda estes desafios como um incentivo à sua reorganização e que tenha em consideração que, o facto de proporcionar mais cuidados de saúde nem sempre é sinónimo de melhores resultados.

Também a reforma dos sistemas de saúde tem motivado reflexões em todo o mundo por parte de organizações e de investigadores das mais diversas áreas. Rêgo (2006) defende que repensar globalmente o sistema de saúde é um imperativo para a concretização de uma política de saúde concertada com os valores nucleares da nossa sociedade. Para Nunes (2009) a política de saúde deve tentar conciliar os princípios da equidade e da solidariedade com a vontade social (democraticamente determinada), atribuindo um carácter operacional a critérios de justiça social, fundamentais para uma política de proteção da saúde atenta às necessidades básicas dos cidadãos.

O SNS é a pedra angular do sistema de saúde português. Foi criado, na sequência da Revolução de Abril de 1974 com a promulgação da Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro, e anos mais tarde com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), cujo objetivo fulcral é assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde (tendencialmente) gratuitos. O sistema de saúde português, porém, inclui não apenas o SNS mas, também, todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, as entidades privadas, e todos os profissionais livres que contratualizem com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades² (Figura 1).

²Base XXI n.º1 - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).

Figura 1: O Sistema de Saúde Português



Fonte: Elaboração Própria.

O SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e participada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais. Disposto de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados diferenciados (Hospitais gerais, especializados e outras instituições especializadas). Assim, as unidades de saúde públicas podem ser divididas em três tipologias: (i) Hospitais (que garantem cuidados de saúde como cirurgias e consultas de diversas especialidades); (ii) Centros de Saúde³ (onde se encontram disponíveis consultas de clínica geral – médico de família, algumas especialidades e tratamentos de enfermagem); e por último (iii) as Unidades de Saúde Familiar⁴ (USF) (com apenas consultas de clínica geral – médico de família e alguns tratamentos de enfermagem).

³ Portugal adotou um sistema de “*gate-keeping*”, ou seja os doentes têm de recorrer a um médico de clínica geral, designado por médico de família, para uma primeira avaliação e, quando necessário será encaminhado para um especialista. Estes profissionais de saúde prestam os cuidados primários necessários e emitem pareceres indispensáveis para o acesso aos restantes níveis de cuidados designadamente para as consultas de especialidade.

⁴ *Idem* - Referência 2.

Na esfera do SNS o sector hospitalar foi alvo de múltiplas reformas na sua conceção e forma de organização. O Decreto-lei n.º19/1988, de 21 de Janeiro, veio consagrar o princípio de que os Hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos empresariais, criando centros de responsabilidade⁵ como níveis intermédios de administração. Reafirmando este princípio a Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto, sem as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, prevê na Base IV n.º 2 a celebração de acordos de prestação de cuidados de saúde com entidades privadas com vista à efetivação do direito à proteção da saúde dos cidadãos. Assim, o SNS deixa de ser visto como o único prestador de serviços de saúde, existindo um forte crescimento dos seguros privados de saúde, passando os cuidados prestados pelo SNS a ser “tendencialmente gratuitos” e admitindo-se a hipótese de gestão privada em unidades de saúde públicas (Barros e Simões, 2007).

1.2 O *New Public Management* e as Reformas no Sector da Saúde

A assunção pelo Estado do dever de prestar cuidados de saúde em condições de acessibilidade generalizada a todos os cidadãos está na origem de alguns dos grandes problemas com que se debatem na atualidade as sociedades modernas. Os mais sentidos atualmente são, sem preocupação de ordenar por importância, as listas de espera, a insatisfação dos utentes e profissionais de saúde, o crescimento da despesa (que se tem revelado extremamente difícil de controlar), o aparecimento de grupos com necessidades especiais, entre outros.

Deste modo, a necessidade de reestruturação do paradigma tradicional resulta da interação de duas componentes, a componente social e a económica. Com efeito, os cuidados de saúde constituem simultaneamente uma parte integrante do sistema social e um importante sector económico (de elevada complexidade, atendendo à especificidade do mercado da saúde). O êxito de qualquer modelo no mercado de saúde vai depender, basicamente, de uma melhoria no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e, dos ganhos de produtividade na prestação dos cuidados efetuados. Neste contexto, a reestruturação da problemática relativa ao fornecimento de serviços de saúde, como um serviço público, tradicionalmente assente num modelo de feição monopolista e burocrático passa pela adoção de um novo modelo,

⁵ Os centros de responsabilidade são estruturas funcionais que, geralmente, agrupam vários centros de custo com atividades homogéneas ou afins e podem constituir níveis intermédios de administração. A cada centro de responsabilidade é atribuída a autonomia necessária com a finalidade de atingir uma adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades (art. 9º do Decreto-lei 19/88, de 21 de Janeiro).

traduzindo-se num esforço de renovação e inovação ao nível do modelo de financiamento, com implicações na titularidade dos meios e na adoção de formas de gestão de natureza empresarial.

Esta abordagem sobre a aplicação de reformas no sector da saúde remete-nos para a necessidade de juntar duas realidades complementares, o enquadramento dos objetivos sociais e dos compromissos tidos em conta na formulação das políticas de saúde, e a capacidade de ativar a participação de todos os interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Porém, atualmente, as diversas iniciativas dominantes na reestruturação dos sistemas de saúde apresentam, no essencial, numerosas áreas de convergência que podem ser claramente enquadradas no âmbito do modelo gestor, verificando-se uma tendência para a substituição do Estado pelo mercado na regulação e coordenação destes sistemas.

Este modelo gestor de reforma tem a sua expressão na designação de NPM, introduzida por Hood (1991), utilizada para designar as doutrinas administrativas que dominaram a agenda de reforma em vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) a partir de finais da década de 70. Esta conceção ideológica é vista como um corpo de pensamento de gestão, com base na crítica da burocracia⁶ como princípio organizacional da administração pública, assente em ideias com origem no sector privado e importadas para o sector público, ou mais prosaicamente um conjunto de abordagens e técnicas de gestão empresariais.

Araújo (2002) considera que o modelo gestor promete dar “a grande resposta” aos problemas da administração pública, partindo da convicção que a gestão do sector privado é superior à gestão da administração pública. Por sua vez, Rêgo (2006) defende que esta perspetiva gestora nasce da consciencialização e da necessidade de aumentar a produtividade e emerge como meio de superar o excesso de despesa e de dívida pública. Por sua vez, Hood (1995) defende que esta abordagem é constituída por sete elementos que se encontram interligados, e podem ser caracterizados: (i) a desagregação das grandes unidades do sector público em unidades organizadas por produto; (ii) promoção da concorrência através da contratualização e da criação de mercados internos; (iii) ênfase na aplicação do

⁶ Sendo a burocracia caracterizada pela inflexibilidade baseada em sistemas hierárquicos complexos, com esquema de decisão de cima para baixo tornando o serviço prestado relativamente distante do cidadão.

estilo e práticas de gestão praticadas no sector público; (iv) maior disciplina na utilização de recursos; (v) ênfase na visibilidade dinâmica dos gestores de topo; (vi) *standard* formal e explicitamente mensurável e medição do desempenho e sucesso; e (vii) ênfase no controlo dos resultados (Quadro 1).

Quadro 1: Princípios e Componentes do *New Public Management*

N.º	Princípios	Justificação Típica	Alterações	Implicações Operacionais	Implicações Contabilísticas
Especificidade do Sector Público (SP)					
1	Desagregação das grandes unidades do SP em unidades organizadas por produto.	Tornar as unidades geríveis; focar as responsabilidades; separar o fornecimento e a produção para criar um lobby anti-desperdício.	Crença num SP uniforme e abrangente que evite o vazio e a sobreposição de responsabilidade.	Erosão dos serviços de emprego único; negociação aguerrida; orçamentos descentralizados.	Mais centros de custo.
2	Promoção da concorrência no SP, nomeadamente através da contratualização e da criação de mercados internos.	A rivalidade como chave e para menores custos e melhores standards e contrato como chave para explicar o desempenho standard.	Contratos de trabalho não especificados, fornecimentos abertos, ligação da compra, fornecimento e produção para não cortar os custos de transacção.	Distinção da força de trabalho dos serviços públicos e primários e secundários.	Maior pressão na identificação dos custos e no estudo da estrutura dos custos de forma que os dados sobre os custos se tornem comercialmente confidenciais e o comportamento cooperativo se torne avaliável.
3	Ênfase na aplicação do estilo e práticas de gestão praticada no SP	Necessidade de aplicar ao SP os instrumentos de gestão estabelecidos no sector privado.	Pressão sobre a ética do SP ao nível dos pagamentos fixos e regras de recrutamento, modelo de emprego orientado para uma estrutura de pessoal centralizada, emprego para toda a vida.	Mudança do desequilíbrio dos pagamentos do SP, serviço de carreira, direito dos empregados e recompensas não financeiras.	Normas de contabilização do sector privado.
4	Maior pressão para a disciplina e parcimónia na utilização de recursos.	Necessidade de cortar os custos directos, aumentar a disciplina laboral, fazer mais com menos.	Base orçamental, normas estabelecidas estáveis, standard mínimo, união de veto.	Menos empregados primários, menor segurança no emprego, menores produtores - estilo amigável	Maior pressão na linha de base.
Regras versus Discrição					
5	Ênfase na visibilidade da dinâmica dos gestores de topo.	A prestação de contas requer uma clara afectação da responsabilidade e não a difusão do poder.	Preocupação central com as capacidades de controlar a gestão activa.	Mais liberdade para gerir discricionariamente o poder.	Alguns procedimentos gerais rígidos que assegurem os contratos, dinheiro e o staff conjugados com maior uso da informação financeira pela contabilidade de gestão.
6	Standard formal e explicitamente mensurável e medição do desempenho e do sucesso.	Prestar contas implica a clarificação de metas do estado, eficiência necessita de uma análise exaustiva dos objectos.	Standard e normas qualitativas e implícitas.	Erosão da auto gestão das classes profissionais.	Auditoria e indicadores de desempenho.
7	Ênfase no controlo dos resultados.	Necessidade de maior preocupação com os resultados.	Preocupação com os procedimentos e controlo burocrático.	Recursos e pagamentos baseados no desempenho.	Afastamento do detalhe da contabilidade de actividades particulares para a contabilidade dos centros de custos principais, pode envolver o movimento de fundos por pagamento e por actividade.

Fonte: Adaptado de Hood (1995:96)

Para Guzmán (2002) geralmente na implementação de reformas e mudanças na estrutura e comportamento de organismos públicos enquadrados no modelo NPM que teve lugar ao longo das últimas duas décadas, não só nos países industrializados, mas também nos países em desenvolvimento pode ser explicado usando as ideias da teoria institucional, porque, em última análise, a Nova Gestão Pública envolve o processo de mudança que ocorre num campo organizacional específico (sector público), em resposta às novas condições económicas, mas também (e principalmente) uma mudança nos elementos e valores socioculturais que levam a uma nova visão do papel e das funções a serem executadas e dos padrões de atividade das organizações que compõem o campo (entidades públicas).

Apesar de não existir uma definição consensual na literatura sobre a forma de clarificar a estrutura existente nos modelos tradicionais de gestão do sector público, alguns autores como Ferlie *et al.* (1996), citado por Gonçalves (2008), enfatizam a existência de pelo menos quatro modelos, são eles:

- (i) Foco na Eficiência - Este modelo pretende responder às críticas à tradicional administração pública que é vista como ineficiente, excessivamente burocratizada e com baixo desempenho. Para colmatar esse cenário, esta tendência, segundo os autores, assenta em termos gerais, num conjunto de características. Isto é, num controlo financeiro regular e sistemático, exercido através do recurso a sistemas de informação mais sofisticados que permitam obter ganhos na eficiência, permitindo um maior controlo sobre os custos; numa alteração do modelo hierárquico em funcionamento, privilegiando a competência, através da definição e monitorização clara dos objetivos; na aplicação de métodos de auditoria e controlo interno, isto é, a eficiência deverá ser monitorizada com estudos de *Benchmarking* com outras organizações; com a implementação de métodos de avaliação de desempenho e flexibilização das leis laborais; e deverá igualmente segundo os autores existir uma preocupação em dar respostas às necessidades dos consumidores.
- (ii) Downsizing e Descentralização – Esta conceção metodológica surge como alternativa ao modelo de gestão burocrática vigente em organizações fortemente hierarquizadas, como é o caso da administração pública. Na sua génese defende que as instituições devem aferir de maior flexibilidade organizacional e descentralização das suas decisões estratégicas, para isso, segundo os autores, as organizações deverão ser reestruturadas, ou seja, as estruturas organizacionais deverão ser menos hierarquizadas e mais achatadas, coexistindo menor rigidez associada à cadeia de comando fortemente hierarquizada, para que as formas de funcionamento sejam mais flexíveis; as instituições devem, ainda, ser desburocratizadas, através da alteração do modelo de gestão apoiada em princípios hierárquicos para a gestão suportada na contratualização com *outsourcing* das funções não estratégicas; devem ainda ser agilizadas, isto é, orientadas para o mercado; e separadas por atividades, desdobrando, assim a figura do prestador de serviços da figura de financiador do sistema, surgindo as agências de contratualização sob alçada do Estado e reguladas pelo mesmo. No sector da saúde, os Hospitais sociedades anónimas (SA) são um exemplo claro desta

separação, uma vez que o Estado assume o papel de financiador do SNS e os serviços são contratualizados com os Hospitais.

- (iii) Foco na Excelência – a tendência consubstanciada neste modelo, cujo principal atributo e o foco a excelência está segundo os autores associada a modelos de gestão humanistas que apostam, essencialmente, no desenvolvimento baseado nas capacidades internas e na participação coletiva. Numa veia similar, Gonçalves (2008) enfatiza que este modelo está fortemente associado à corrente de pensamento da procura pela excelência, podendo ser abordado através de duas perspetivas diferentes, da abordagem de baixo para cima (*Bottom-up*) ou da abordagem de cima para baixo (*Top-down*). Os aspetos caracterizadores da abordagem (*Bottom-up*) são, o foco no desenvolvimento organizacional e na aprendizagem; o reconhecimento do papel da cultura organizacional como elemento de união; e a aposta na descentralização sendo o desempenho avaliado pelos resultados. Relativamente à segunda perspetiva (*Top-down*), em termos gerais, as principais características são o foco na liderança carismática dos gestores; uma visão projetada de cima para baixo no seio das instituições; a acentuada relevância na gestão estratégica dos recursos humanos e a gestão da mudança é maioritariamente auxiliada por programas intensivos de formação.
- (iv) Orientação para o Serviço Público – conceptualmente este modelo é um misto de ideias provenientes do sector privado e público com o objetivo de conferir uma nova missão de serviço público, através de gestores públicos motivados e empenhados na aplicação das boas práticas do sector privado. Os principais elementos caracterizadores deste modelo são: a grande preocupação pela qualidade de serviço (obtenção de serviços públicos prestados de excelência); o foco na figura do “consumidor ou do utente” dos serviços em vez do “cliente”; ênfase no desenvolvimento da aprendizagem social e na melhoria do interface, em contraponto à prestação de serviços de forma rotineira; por fim, os autores defendem ainda serviços públicos com valores distintivos.

Em contraponto a estes conceitos gestionários, verifica-se ao longo do tempo que os Hospitais do sector público português têm vindo a adotar técnicas de gestão privada na esfera de organizações de génese pública. O processo de empresarialização foi um exemplo claro da transferência de técnicas gestionárias de índole pública para o sector privado.

1.3 O Setor Hospitalar: Composição e Características

A estrutura organizacional⁷ do tradicional hospital público português assenta a sua base num modelo obsoleto que compromete o desempenho assistencial na medida em que se encontra organizado por serviços, fragmentando a prestação de cuidados de saúde e dificultando a sua integração, impedindo assim o desenvolvimento de práticas de gestão descentralizadas e participadas. Nem a alteração ao estatuto jurídico dos Hospitais, genericamente conhecida como o “processo de empresarialização”, que modificou a modalidade de posse, provocou alterações sensíveis na sua arquitetura organizacional, nem tão pouco nas práticas de gestão adotadas, apenas introduziu uma maior agilidade na contratação de recursos humanos e uma maior capacidade negocial nas aquisições e nos projetos de investimento (Ministério da Saúde, 2010).

De facto, com a empresarialização esperava-se que emergisse uma nova cultura gestonária fruto da autonomia conferida, no entanto, tal não aconteceu, persistindo a indefinição estratégica, o planeamento inexistente, falta de transparência no processo de tomada de decisão, percorrendo o caminho para a desresponsabilização e para a ausência de envolvimento da organização. Refere, ainda, o Relatório do Ministério da Saúde de 2010 que uma das limitações mais significativas surge da ausência de sistemas de informação capazes de produzir dados e indicadores consistentes e fiáveis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados simultaneamente à boa prática clínica e à gestão, impedindo a adoção de estratégias de decisão baseadas na evidência.

Qualquer que seja o cenário económico de um país não basta apontar um “destino”, é indispensável planear a “viagem”, principalmente em sectores tão prementes e essenciais como é o sector da saúde em que, quase sempre coexistem múltiplos obstáculos os quais nem sempre são antecipáveis. As estratégias de mudança, segundo o Ministério da Saúde (2010), onde frequentemente reside a chave do sucesso implicam a definição de estruturas e processos de planeamento, monitorização e avaliação que acompanhem e orientem o seu percurso nas etapas decisivas. Apesar disso, é importante salientar, que existem valores que devem ser salvaguardados. Os Hospitais são organizações com responsabilidades éticas especiais que

⁷Compreende a diferenciação das atividades no sentido horizontal (departamentalização) e no sentido vertical (hierarquia).

não podem ser comprometidas aquando da inclusão de traços empresariais na sua estruturação.

O sistema hospitalar português é composto pelo sector público e privado. Atualmente, no sector público existem três modelos distintos, os Hospitais: (i) Entidade Pública Empresarial (E.P.E.); (ii) do Sector Público Administrativo (S.P.A.); e (iii) em Parceria Público-Privada (P.P.P.). Por outro lado, os Hospitais do sector privado operam em dois segmentos de mercado, o designado mercado “livre” e o mercado “convencionado do SNS”.

O primeiro, mercado “livre”, é constituído pelos clientes privados que a título individual pagam todos os serviços, pelos beneficiários dos subsistemas de saúde com quem estabelecem acordos (ADSE, SAMS, PT-ACS, SÃ-VIDA, entre outros), e pelos clientes de seguros (seguros de saúde, de acidentes pessoais e de acidentes de trabalho). Por outro lado, o segmento composto pelo mercado “convencionado do SNS” envolve potencialmente todos os utentes do SNS na componente dos serviços convencionados, como sejam as áreas dos meios complementares de diagnóstico (análises clínicas, radiologia, entre outros) e de alguns meios terapêuticos (tratamentos de hemodiálise, fisioterapia e outros programas).

Atualmente, a missão dos Hospitais versa sobre três vertentes, isto é, estas organizações são para além de plataformas eletrónicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vetores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde. Deste modo, a rede hospitalar⁸ deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensado e organizado de uma forma coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) o planeamento da rede hospitalar e da missão de cada hospital deve propor, como objetivos principais: (i) garantir atempadamente a prestação de cuidados de saúde de qualidade em conformidade com as reais necessidades de saúde dos cidadãos, dispondo, para isso, de recursos humanos qualificados e motivados, de instalações adequadas e dos meios técnicos adequados; (ii) atender a uma lógica de eficiência e racionalidade evitando a multiplicação desnecessária de recursos evitando o desperdício de meios; e (iii) assegurar, em cada área de atividade, e especialmente para aquelas que exigem

⁸ O número de Hospitais, a sua localização e a sua tipologia.

uma maior diferenciação de meios humanos e técnicos, a existência de uma dimensão que permita a aquisição de experiência e capacidade profissional, o aperfeiçoamento contínuo, a formação de novos profissionais e a participação em projetos de investigação.

No entanto, para alcançar estes objetivos é necessário que o planeamento hospitalar assente em princípios basilares como: (a) a rede hospitalar e a missão atribuída a cada hospital deve permanecer estável por períodos razoáveis, permitindo a definição de objetivos e o desenvolvimento de projetos de forma consistente, tendo em conta a evolução previsível das necessidades dos cidadãos, decorrente de alterações demográficas, epidemiológicas ou outras; (b) o planeamento deve ter por base, exclusivamente, critérios clínicos e técnico-científicos, sem cedência a pressões de interesses individuais, alheios aos objetivos específicos em matéria de saúde; (c) deverá ser considerada a real capacidade de resposta de cada instituição e não apenas um modelo teórico de funcionamento e referenciação, sem suporte na prática nem condições de exequibilidade a curto e médio prazo; (d) deverão, ainda, ser respeitadas as condições socioeconómicas das populações; (e) o sistema de referenciação entre os Hospitais deve procurar o máximo de uniformidade, evitando a dispersão em várias direções de doentes com a mesma origem, e permitindo o desenvolvimento de relações estáveis de colaboração e entendimento entre profissionais de diferentes instituições, sem conflitos na avaliação e orientação dos doentes que possam traduzir em prejuízos na qualidade dos serviços prestados; (f) o conjunto da rede hospitalar deve ser suportado por um sistema de comunicações ágil, eficiente, facilmente acessível, desburocratizado, que permita a transmissão de informações e responsabilidades com procedimentos simplificados; (g) cada hospital deve dispor de meios financeiros necessários à prossecução dos objetivos que lhe estão atribuídos, numa lógica de contratualização, autonomia de gestão e avaliação rigorosa de resultados. Para isso, os valores dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo⁹ (GDH) devem ser objeto de revisão e atualização permanente, para poderem assumir o seu papel regulador, garantir a oferta e a qualidade dos cuidados que a população necessita e permitir uma avaliação criteriosa das boas práticas de gestão.

Não obstante, no planeamento das unidades hospitalares, há que ter em conta, também, a sua dimensão, caso contrário, uma unidade pequena vai sofrer constrangimentos por não ter

⁹ Os GDH correspondem ao sistema de classificação de doentes internados em Hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Cada doente é classificado num de entre 511 GDH, a partir do sistema orgânico afetado, a realização ou não de intervenção cirúrgica e o tipo de intervenção, o diagnóstico principal, os diagnósticos secundários, a idade e o destino após a alta (Ministério da Saúde, 2004).

dimensão de gestão com os recursos que lhe são atribuídos, o que, inclusive, compromete a própria qualidade dos cuidados de saúde, vai ter dificuldade em obter a idoneidade formativa na maior parte dos serviços, em desenvolver projetos de investigação, enfim, a sua pequena dimensão condiciona negativamente o seu próprio desenvolvimento. As pequenas unidades hospitalares têm vantagens em ser integradas com grandes unidades e, assim, não deixam de proporcionar às populações cuidados de saúde de maior proximidade, mas também lhes podem oferecer cuidados mais diferenciados, de melhor qualidade e com sustentabilidade (Ministério da Saúde, 2010). Porém, para que todos estes objetivos sejam alcançados é necessário que exista uma política de financiamento ajustada às necessidades do sector.

1.4 O Modelo de Financiamento e Pagamento aos Hospitais

Em Portugal tal como na maioria dos países da UE o financiamento do sistema de saúde é feito através de uma combinação de recursos públicos e privados. O SNS é fundamentalmente financiado através do orçamento anual e por contribuições compulsórias para os subsistemas públicos de saúde. Por sua vez, os subsistemas de saúde, que fornecem a cobertura total ou parcial dos serviços de saúde, são sustentados pelas contribuições dos trabalhadores e dos empregadores (incluindo o Estado, quando empregador¹⁰ – funcionários públicos) mas também por contribuições privadas, através dos co-pagamentos (taxas moderadoras) e pagamentos diretos dos utentes, prémios de seguros privados e instituições mutualistas. No entanto, para além destas fontes de financiamento existem ainda outras fontes de obtenção de recursos como seja o recebimento de donativos ou o pagamento de quartos privados.

O termo financiamento é entendido, de um modo geral, como a origem dos recursos financeiros para fazer face às despesas. Para Bentes *et al.* (1996) o sistema de financiamento hospitalar define-se como um conjunto de normas objetivas, reconhecidas e politicamente aceites, com o objetivo fulcral de manter uma rede de cuidados diferenciados que assegure não só a prestação dos mesmos como incentive a uma gestão mais eficaz e eficiente. No sistema hospitalar português destacam-se dois modelos de financiamento:

¹⁰ Em Portugal a Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE) é o organismo encarregue pela protecção social dos funcionários públicos e outros trabalhadores do Estado.

- (i) O modelo retrospectivo em que a base do pagamento é a despesa histórica decorrente do tratamento dos doentes nos anos anteriores. Nesta forma de financiamento os prestadores podem ser reembolsados por um volume de cuidados de saúde realizados de acordo com: (a) uma lista de serviços (pagamento baseado no ato); (b) dias por doente (taxa diária); ou (c) doentes saídos (pagamento por *Case-mix*);
- (ii) O modelo prospetivo em que a base do pagamento é o nível de produção, ou seja, a atividade desenvolvida, sendo o tipo, volume e preços dos serviços a prestar fixados previamente. Este modelo de financiamento através da conceção de orçamentos globais¹¹ para um determinado período de tempo permite promover incentivos aos Hospitais para controlar a despesa na relação custo-benefício. Porém, o sistema de pagamento prospetivo pode encorajar os prestadores não só a reduzir o valor do tratamento para o qual recebem uma unidade de pagamento como conduzir a situações em que os prestadores se recusam a receber doentes com diagnósticos muito complicados em virtude de serem pouco rentáveis.

Nesta forma de financiamento podem ser utilizadas diversas unidades de pagamento, que constituem a forma como o dinheiro é distribuído ao prestador para cobrir os custos de produção. É importante saber a forma como se paga, já que afeta o quanto se paga. Assim sendo, os pagamentos podem ser efetuados da seguinte forma:

(a) Pagamento baseado no ato - Trata-se de uma forma de pagamento em que o número de atos determina o nível de recursos disponibilizados ao hospital sendo o prestador remunerado por cada serviço. Neste método de pagamento há um incentivo para aumentar a prestação dos cuidados de saúde aos doentes através da utilização excessiva de recursos e para aumentar o número de doentes tratados.

(b) Pagamento por diária - Neste método de pagamento o prestador é remunerado com base nos dias de internamento do doente. Encerra em si uma grande desvantagem relacionada com internamentos mais prolongados, dado que a decisão sobre o tempo de internamento pertence ao hospital. Neste contexto, quando um hospital é pago por diária de internamento adota uma política de admissões, mesmo de doentes que poderiam ser tratados no ambulatório, e de aumento da duração do internamento para que desta forma se tornem mais rentáveis obtendo mais recursos financeiros;

¹¹ Os orçamentos podem ser calculados de acordo com os custos incorridos por uma unidade de cuidados de saúde, padrões de despesa históricos, número de camas, população coberta ou volume de cuidados de saúde a prestar.

(c) Pagamento por caso clínico - Com este sistema o prestador recebe um pagamento com base em todos os serviços por caso ou episódio de doença. Assim, existem mais incentivos para tratar mais doentes, maximizando os lucros de cada doente admitido de modo a reduzir os custos de produção de cada um. No entanto, dada a variabilidade de problemas médicos tratados por hospital poderá não existir qualquer relação entre o pagamento realizado e os custos efetivamente ocorridos com o tratamento realizado, levando a um aumento do número de admissões e consequentemente de eficiência hospitalar. Não obstante, se o pagamento incluir uma componente de ajustamento para o *Case-mix* dos doentes saídos, então o sistema de pagamento é mais complexo e obriga à produção e análise de informação consistente e detalhada sobre os custos de cada atividade hospitalar;

(d) Pagamento por orçamento global - Trata-se de uma forma de pagamento em que o prestador recebe uma quantia global (valor agregado) por determinado período de tempo (limitado) destinado a cobrir despesas hospitalares. O pagamento pode ser determinado através de duas formas: (i) baseado na despesa histórica ou (ii) através de um modelo de capitação. Encerra em si dois importantes desafios, o primeiro associado à capacidade do prestador em cumprir com o orçamento global e o segundo relacionado com os fortes incentivos à eficiência hospitalar. Em Portugal, a sucessiva criação de dívidas hospitalares que acabam por ser mais tarde ou mais cedo pagas por verbas públicas “destrói a noção de orçamento global”, neste contexto é necessário algum cuidado e sofisticação técnica na determinação do valor do orçamento global, tendo em consideração que é essencial que os valores atribuídos sejam realistas e que a manutenção dos custos e despesas dentro do orçamento atribuído não se faça com recursos a cortes de qualidade dos cuidados de saúde ou outros mecanismos, nomeadamente a seleção adversa (em termos de contenção de custos é muito eficiente porém pode levar a um decréscimo na qualidade de atendimento dos doentes);

(e) Capitação - Nesta unidade de pagamento é especificado um conjunto de cuidados de saúde a serem prestados à população, ou seja, é estabelecido um valor fixo por pessoa coberta e um período de tempo válido para o pagamento realizado (normalmente um ano). A utilização deste método de pagamento obriga ao conhecimento abrangente das necessidades de saúde da população coberta. Encerra em si uma grande desvantagem pois coloca o prestador em risco relativamente ao conjunto de serviços prestados, criando, assim, fortes incentivos para racionalizar a sua utilização, e aposta na prevenção da doença em alternativa à prestação de

cuidados diferenciados que são mais dispendiosos. Neste modelo o hospital tem o incentivo de garantir a saúde da população abrangida, permitindo poupar custos, caso a mesma não recorra ao hospital, mas envolve um elevado risco operacional, dado que suporta os riscos inerentes ao desenvolvimento de condições clínicas adversas.

Já anteriormente alguns dos trabalhos como o de Newhouse (1970), Fedstein (1971), Evans (1974), Weibrod (1991), tinham demonstrado que os prestadores de cuidados de saúde não têm incentivos para reduzir, ou pelo menos controlar os seus custos, quando sabem que o financiador os vai reembolsar proporcionalmente aos seus recursos. Frank e Lave (1989) assinalaram a variedade de mecanismos introduzidos para controlar os custos hospitalares e estes passam não só por amplificar a regulação nos gastos hospitalares como “abrir” este mercado à concorrência, aumentando a participação do consumidor no pagamento dos custos e alterando a forma como os Hospitais são financiados. Deste modo, os problemas da contenção de custos associados à utilização de sistemas de pagamento retrospectivos e a baixa motivação dos profissionais no uso do modelo prospetivo têm originado uma tendência na adoção de sistemas de pagamento mistos, por parte dos países da UE, combinando o controlo adequado dos custos com o crescimento da produtividade e uma maior preocupação com a satisfação do doente.

Em síntese, os principais desafios que se colocam ao sistema de financiamento no sector da saúde consistem, basicamente, na eficiência e equidade. A eficiência no financiamento obtém-se através da introdução de mecanismos de proteção contra o risco, tais como, a forma de pagamento aos Hospitais, mormente no que concerne à componente prospetiva (quanto maior agregada a unidade, maior o risco suportado pelo prestador mas também maior o incentivo à eficiência), à definição da unidade de pagamento (se por episódio, doença, entre outros) e ao controlo da atividade (incluindo a qualidade). Por outro lado, a equidade no financiamento alcança-se cobrando as contribuições de acordo com a capacidade de pagamento e não apenas de acordo com o risco.

1.5 Os Modelos de Gestão Hospitalar em Portugal

Antes da empresarialização efetivada em 2002 já os Hospitais do SNS, sob a tutela do Ministério da Saúde (MS), adotavam modelos de gestão inovadores, por exemplo: (i) a figura

do contrato de gestão que surgiu em 1995 tendo como objeto de gestão o Hospital Fernando Fonseca (HFF) na Amadora; (ii) a adoção de um modelo jurídico inovador, em 1996, com a criação do Hospital de São Sebastião (HSS); e de (iii) um modelo de organização dos serviços de cuidados primários e hospitalares em 1999 com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). No entanto, apesar de todos os caminhos percorridos no sentido da empresarialização terem sido importantes era necessário introduzir novas experiências de cariz empresarial, nomeadamente nas entidades do Sector Empresarial do Estado (SEE). Neste sentido, a promulgação da Resolução de Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 8 de Novembro, reuniu as condições para a criação de empresas públicas no sector hospitalar.

Surge, assim, a par do modelo público tradicional, com a publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, novos modelos de gestão hospitalar, quer públicos quer privados. Este diploma veio alterar a Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto, e revogar o Decreto-lei n.º 19/1988, de 21 de Janeiro, prevendo no seu articulado quatro novos modelos jurídicos para os Hospitais integrados na rede de cuidados de saúde, nomeadamente, Hospitais constituídos sob a forma de sociedades anónimas de capitais públicos, enquanto Entidades Públicas Empresariais, com capitais exclusivamente privados, mediante Parecias Público-Pública ou Público-Privadas.

Decorrido um mês desta publicação dá-se a tradução ao estatuído no diploma e são publicados trinta e um Decretos-lei (Decretos-lei n.º 272/2002 a 302/2002) que transformaram trinta e quatro unidades hospitalares S.P.A. em trinta e uma Sociedades Anónimas S.A. de capitais exclusivamente públicos. Com esta transformação foi lançada uma reforma sem precedentes que introduziu de forma irreversível os princípios da NPM na gestão hospitalar.

A estes Hospitais aplica-se, para além da sua legislação própria, a regra jurídica do SEE¹² e do Código das Sociedades Comerciais (CSC). Esta alteração prevê no seu articulado a consagração da autonomia na gestão das unidades de saúde, e a responsabilização económico-financeira ao nível da gestão hospitalar, com a clara separação entre financiador e prestadores. Uma das razões apontadas, e posteriormente confirmadas pelo Tribunal de Contas (TC), para a decisão de transformação dos Hospitais em sociedades anónimas, prende-se com as estratégias de descongelamento do sistema, de desorçamentação e contribuição formal para a diminuição do défice das finanças públicas (Relatório Primavera, 2009).

¹² Decreto-lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

Refere, ainda, o Relatório Primavera de 2009, que no período compreendido entre 2002 e 2004 se verificou um forte desinvestimento do MS nos Hospitais S.P.A. a vários níveis, ficando-se com a noção de que o S.P.A., ainda que constituído pela maioria dos Hospitais, configurava um sector residual onde não existia disfunção de inovação, não se replicaram os ensinamentos dos Hospitais S.A. e onde não tinham sido criadas estruturas de apoio e acompanhamento do tipo Unidade de Missão dos Hospitais S.A. (UMHSA), parecendo estar-se perante dois sistemas com velocidades diferentes. No entanto, ainda assim, se comparados, por exemplo, em termos de produção não se verificaram diferenças significativas entre os Hospitais S.P.A. e S.A.

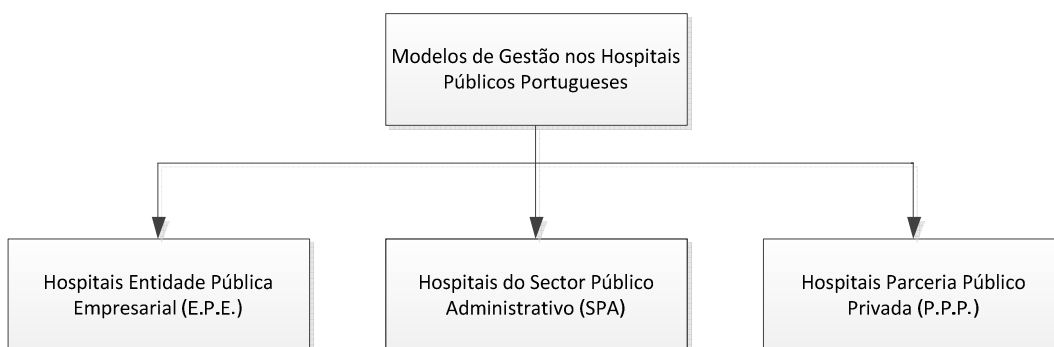
Em Portugal, a reforma do sector público hospitalar para uma gestão orientada para o lucro consistia na prática e introdução de incentivos para a eficiência da gestão hospitalar. Neste contexto, para avaliar a eficiência da gestão dos Hospitais S.A. foi criada em 2006 a Comissão de Avaliação dos Hospitais S.A. (CAHSA). Genericamente esta comissão concluiu que os Hospitais S.A. alcançavam melhorias da eficiência sem reduzir os níveis de qualidade e acesso aos cuidados. Não obstante foram, também, apontadas deficiências e limitações práticas para os incentivos hospitalares como por exemplo, em termos de gestão dos recursos humanos, de gestão de tesouraria entre outros.

Porém, começava a existir alguma evidência quanto à sustentabilidade financeira dos Hospitais S.A., já que, segundo o Relatório Primavera (2009), no exercício de 2003, existiu uma derrapagem nos prejuízos, os quais eram superiores aos de 2001. Neste contexto de forte instabilidade, com os Hospitais S.A. a apresentarem evidentes perdas de eficiência, surge com o novo ciclo político em 2005, a mudança de orientação para a empresarialização dos Hospitais – a mudança de estatuto de S.A. para E.P.E.

Esta transformação, através da promulgação do Decreto-lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, de Hospitais S.A. para E.P.E. foi claramente uma das medidas mais marcantes para o sector hospitalar na medida em que o MS dá um importante sinal na viragem da política de saúde, ainda que dentro do SEE, comparativamente ao executivo anterior (Relatório Primavera, 2009). Apesar desta mudança estatutária, verificava-se que a estrutura interna dos Hospitais pouco ou nada se tinha alterado, continuando a não existir descentralização de decisões, mantendo-se a mesma estrutura hierarquizada com dificuldade em ultrapassar um *modus operandi* burocrático, pouco transparente e fortemente refém dos grupos profissionais. Deste modo, a tónica da alteração de S.A. para E.P.E., como qualquer processo de mudança não foi

isento de sobressaltos e contestações. Mas, independentemente das escolhas políticas relativamente às modalidades operadas, nomeadamente no que se refere em concreto à opção S.A., o processo de empresarialização dos Hospitais foi um passo determinante para a flexibilização gestonária, com tudo o quanto isso acarretou de meritório. Assim, tal como ilustra a Figura 2, atualmente existem três modelos de gestão nos Hospitais públicos portugueses, os Hospitais: (i) S.P.A; (ii) E.P.E; e (iii) em P.P.P.

Figura 2: Modelos de Gestão nos Hospitais Públicos Portugueses



Fonte: Elaboração Própria.

Verifica-se, hoje, que os sistemas hospitalares apontam claramente no sentido de uma dinâmica própria, a que subjaz uma unidade muito complexa onde se produzem bens e serviços, e em que o modelo de gestão tem necessariamente de assentar numa base empresarial. Stoleroff e Correia (2008) entendem que a empresarialização, não só deriva de uma aplicação dos princípios do NPM como é um processo de autonomização das competências gestonárias das organizações hospitalares públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do sector privado.

Deste modo, empresarializar unidades prestadoras de cuidados de saúde, pressupõe identificar e descrever as tarefas, funções e as abordagens da gestão. Assim, adotar uma lógica de gestão empresarial nos Hospitais impõe uma gestão rigorosa e criteriosa assente em três abordagens: (i) do trabalho e das organizações (Abordagem Clássica); (ii) dos recursos humanos (Abordagem Comportamental); e (iii) da produção e das operações (Abordagem do Conhecimento e da Ciência de Gestão). Este processo passa necessariamente pela adoção de um novo estatuto jurídico assente não apenas num novo modelo de gestão, mas num novo modelo de financiamento e contratação. Por conseguinte, incrementar a economia, eficiência

e eficácia na gestão dos Hospitais pressupõe implementar novas estratégias, que permitam essencialmente munir os recursos humanos de ferramentas de gestão, promover os sistemas de informação, agilizar os processos dos centros e responsabilidade e de custos, incrementar a flexibilização da capacidade negocial, adaptar um sistema de incentivos por objetivos e implementar modelos de avaliação por competências.

Estas estratégias deverão ser perspectivadas não só como instrumentos de otimização dos recursos, mas, também como um meio de promoção da equidade social, estabelecendo uma das linhas de força de mais indiscutível validade nas modernas organizações e que permitirá vencer algumas dificuldades que caracterizam também o funcionamento de uma máquina organizativa e funcional extremamente complexa como é um estabelecimento hospitalar, sobretudo quando esta atinge grandes dimensões (Rêgo, 2006). Assim se permitirá, sem quebrar a unidade de conjunto, e a partir do agrupamento de unidades homogêneas, desconcentrar a tomada de decisões, com tudo o que isso significa de mais correto para o relacionamento do indissociável binómio autoridade-responsabilidade, sobretudo quando, como se pretende, a sua fixação é clara e equilibrada.

1.6 As Medidas de Austeridade Impostas ao Sector Hospitalar

Portugal atravessa momentos de extrema fragilidade económica, e as organizações públicas, em particular, grandes reformas. Bilhim (2000) defende que a turbulência que caracteriza a sociedade atual está a pôr em causa o sector público administrativo ao nível da cultura, estratégia, estrutura, poder, tecnologia e dos próprios modelos de gestão. De facto, a integração na UE e os processos acelerados de inserção internacional e de transformação interna de Portugal, obrigam a que a Administração Pública se reorganize, exigindo melhores e mais rápidas respostas das áreas da estratégia e do planeamento.

Na realidade, é cada vez mais importante que as organizações do sector público estejam preparadas para responder aos desafios da gestão atual, concebendo estratégias em função da envolvente externa e dos recursos existentes, por forma a garantirem o funcionamento e o posicionamento necessários à sua sobrevivência e crescimento. Torna-se pois necessário desenvolver processos e afetar recursos que permitam a definição de um quadro de referência futuro, relativamente ao qual se estabelecerão objetivos e delinearão diferentes vias de ação.

A palavra “crise” é entendida, de forma geral, como uma fase grave, complicada, difícil, um momento de tensão ou de impasse, na vida de um cidadão ou de uma sociedade. Ao longo dos últimos anos, verificou-se que economia portuguesa entrou numa forte recessão, fruto da grave crise financeira internacional. Os défices orçamentais excessivos e o desequilíbrio das contas públicas foram algumas das razões apontadas para justificar o atual quadro macroeconómico. Apesar de todos os esforços e medidas adotadas pelo Governo, tais como o PEC, o país continuava numa situação de elevada fragilidade económica e os mercados internacionais continuavam a dar sinais de forte instabilidade.

Em 2011 após os juros da dívida pública portuguesa terem atingido, o maior máximo de sempre, os 7%, o Governo viu-se obrigado a recorrer ao pedido de assistência financeira. A 17 de Maio de 2011 é celebrado entre o Estado português, a UE, o BCE e o FMI o Memorando de Entendimento descrevendo as condições gerais da política económica sobre a concessão da assistência financeira. O articulado deste acordo prevê para o sector da saúde, responsável por mais de metade da despesa, medidas de austeridade extremamente dolorosas. Desde 2009, tem-se assistido a um cenário de degradação grave da situação económico-financeira do SNS. Sendo certo, que os principais fatores que explicam as medidas de austeridade impostas ao sector hospitalar prendem-se na sua génese com a insustentabilidade financeira do SNS, financiado pela dotação inscrita no Orçamento de Estado (OE). Ferreira e Teixeira (2011) enfatizam a este respeito que, numa ótica restrita, uma determinada atividade para ser financeiramente sustentável não pode gerar défices sucessivos e/ou tendenciais.

A empresarialização hospitalar impôs-se, nos últimos dez anos, como o modelo a seguir pela generalidade dos Hospitais e centros hospitalares públicos portugueses. Este processo envolveu meios financeiros muito elevados, através da dotação de capital social/estatutário dos Hospitais transformados, o que demonstra bem o empenho do governo e a importância desta medida. Um dos objetivos fulcrais do processo de empresarialização hospitalar era o controlo da despesa combatendo a insustentabilidade financeira instalada no SNS através da adoção de técnicas de gestão do sector privado. No entanto, e apesar de todos os caminhos percorridos terem sido importantes tal não se verificou. O quadro 2 ilustra o comportamento do financiamento do SNS face à dotação inicial inscrita no OE para o período de 2005 a 2012.

Quadro 2: Evolução da Dotação do OE para o SNS em % do PIB

Anos	Dotação Inicial Milhões €	Dotação Final Milhões €	Var %		PIB		Peso (%) DI / PIB
			D.Inicial n / n-1	D.Inicial n / D.Final n-1	Milhões €	Var % n / n-1	
2005	5.834,00	7.634,00	3,1%	-22,3%	153.728,40	...	3,8%
2006	7.636,70	7.631,90	30,9%	0,0%	160.273,50	4,3%	4,8%
2007	7.674,80	7.673,40	0,5%	0,6%	169.319,20	5,6%	4,5%
2008	7.900,00	7.900,00	2,9%	3,0%	171.983,10	1,6%	4,6%
2009	8.100,00	8.200,00	2,5%	2,5%	168.586,60	-2,0%	4,8%
2010	8.698,70	8.698,70	7,4%	6,0%	172.798,60	2,5%	5,0%
2011	8.100,00	...	-6,9%	...	168.900,00	-2,2%	4,8%
2012	7.525,10	...	-7,1%	...	165.859,80	-1,8%	4,5%

Fonte: Ferreira e Teixeira (2011)

Segundo os dados recolhidos por Ferreira e Teixeira (2011) junto da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), verifica-se que a dotação inicial afeta, em sede de OE, ao financiamento do SNS apresenta uma evolução crescente para o período compreendido entre 2005 e 2010. Porém, o mesmo cenário não se verifica para os anos subsequentes, constatando-se um decréscimo bastante acentuado para 2011 que se prolongará este ano.

Os autores enfatizam a este respeito que, os dados evidenciam a existência de sub-orçamentação no ano 2005 que deixa de ser evidente no ano 2006 e um ligeiro aumento da dotação inicial entre 2007 e 2009. Em 2010 constata-se a existência de um forte aumento de 6% da dotação inicial face aos valores inscritos em 2009 os quais não são comparáveis dado que, este montante incorpora a tranche recebida para compensar a cessação de faturação. No entanto, e apesar de todos estes encargos, em 2011 a dotação inicial voltou aos níveis inscritos em 2009, reduzindo substancialmente em termos reais e comparáveis.

Para os autores, e pela interpretação dos dados recolhidos verificamos que, em termos gerais, a verba de dotação inicial do SNS diminuiu no período compreendido entre 2010 e 2012, cerca de 13,5%. Nesta análise, segundo a fonte, deveremos ter em consideração que a partir de 2012 deixará de estar previsto o financiamento autónomo de Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central (PIDDAC) para as entidades do SNS. Os autores referenciam que no Relatório da OCDE de 2010, Portugal apresenta um nível baixo de despesa pública em saúde *per capita* comparativamente a países que aferem de um sistema de saúde com características similares.

Tal como foi referido anteriormente, o Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado português e a “Troika” prevê medidas extremamente rigorosas para reformar o sistema de saúde. Desde a austera e substancial revisão das taxas moderadoras do SNS através da redução das isenções, passando pela aplicação mais rígida da condição de recursos ao aumento das taxas moderadoras em determinados serviços até à indexação automática das referidas taxas à inflação. Mas, na esfera do SNS o sector hospitalar foi um dos mais afetados. De facto, para as unidades hospitalares o documento exige que se estabeleça um calendário ambicioso e vinculativo e padronizado para liquidar os pagamentos em atraso superiores a 90 dias, introduzindo procedimentos de controlo interno, para evitar o aparecimento de pagamentos em atraso.

Esta medida suscitou polémica entre os administradores hospitalares, que admitem abandonar o cargo por entenderem que a nova lei que entrou em vigor é impossível de cumprir, pois impede que os serviços do Estado contratualizem serviços sem cobertura orçamental. Para cumprir o diploma legal muitos Hospitais terão que deixar de comprar medicamentos indispensáveis para a sobrevivência dos doentes. Para colmatar esta situação os administradores hospitalares defendem que deve ser criado um regime de exceção para a saúde. Não obstante, é importante salientar que nas crises aparecem sempre um conjunto elevado de intervenientes com sugestões e opiniões, algumas delas sem utilidade e desprovidas de fundamentação e que servem apenas para aumentar os níveis de ansiedade, incrementando por vezes a desconfiança e desviando, por vezes, as atenções, conduzindo os esforços operacionais para direções, que têm como único objetivo responder a solicitações mediáticas.

Na lei de execução orçamental exigida pela “Troika” está ainda previsto apresentar uma descrição detalhada das medidas para alcançar uma redução de 200 milhões de euros nos custos operacionais dos Hospitais, nomeadamente através da redução de cargos de dirigentes, bem como prosseguir com a publicação de normas de orientação clínica (*guidelines*). O documento obriga, ainda, a melhorar os critérios de seleção e adotar medidas para assegurar uma seleção mais transparente dos membros dos Conselhos de Administração e a criar um sistema que permita a comparação do desempenho hospitalar (*Benchmarking*) com base num conjunto abrangente de indicadores procedendo à elaboração de relatórios anuais. Assegurar a plena interoperabilidade dos sistemas de tecnologias de informação nos Hospitais, de modo a que a ACSS recolha informação em tempo real sobre as atividades hospitalares elaborando

relatórios mensais para o MS e das Finanças é também umas das medidas preconizadas pelo acordo.

O sector hospitalar deverá, ainda, em conformidade com o disposto no Decreto-lei n.º 30/2011, de 2 de Março, prosseguir com a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos Hospitais. Prevê-se com esta medida que estas melhorias deverão permitir reduções adicionais nos custos operacionais, em 2013, de pelo menos 5%. De acordo com o documento deverão ser transferidos serviços hospitalares em ambulatório para as USF. Para os recursos humanos, o acordo prevê regras para aumentar a mobilidade de profissionais de saúde dentro e entre as várias ARS' s, bem como adotar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, de modo a reduzir em pelo menos 10% as despesas com trabalho extraordinário, implementando assim um controlo mais rigoroso das horas de trabalho e das atividades dos profissionais (Memorando de Entendimento, 2011).

1.7 O Conceito de Hospital Entidade Pública Empresarial

Os Hospitais E.P.E. são empresas públicas dotadas de personalidade jurídica com autonomia administrativa e financeira, financiados principalmente pelo Estado e por ele controlados, orgânica e funcionalmente. Reguladas pelo capítulo III do Decreto-lei n.º 558/1999 e, subsidiariamente a tudo o que não estiver neste capítulo, pelas restantes normas do mesmo decreto. Neste modelo de gestão hospitalar, o Estado, representado pelo Ministro das Finanças e da Saúde, é o único acionista. O Conselho de Administração de cada unidade E.P.E. é responsável pelo ativo, passivo e capital próprio, como uma empresa com características de sociedade anónima. Em conformidade com o Anexo II do Estatuto dos Hospitais E.P.E. o Conselho de Administração (CA) é composto por um presidente e um máximo de seis vogais, cujo mandato tem a duração de três anos, sendo se for caso disso renovável por igual período. Ao nível do financiamento, nesta tipologia hospitalar os pagamentos a efetuar pelo Estado são estabelecidos com base em níveis de produção atingidos, havendo compensação caso os mesmos sejam ultrapassados.

Os preços de referência resultam de estimativas do volume de serviços prestados (doentes equivalentes, urgências, consultas e sessões do hospital de dia), ponderados pela complexidade das situações tratadas e ajustados pelo Índice de *Case-mix* (ICM). O ICM

define-se como o rácio entre o número de Doentes Equivalentes¹³ de cada GDH, ponderados pelos respetivos pesos relativos, e o número total de doentes equivalentes do hospital.

$$ICM = \frac{\sum (\text{doentes equivalentes GDH } i + \text{peso relativo GDH } i)}{\sum \text{Doentes equivalentes GDH } i} \quad 14$$

Os pagamentos baseados na produção efetiva são uma resposta apropriada para a baixa eficiência no contexto das listas de espera e nas reservas de produtividade não utilizadas, sendo a produção superior ao contratado paga a custos marginais. A empresarialização obrigou à contratualização da relação entre os Hospitais E.P.E. e o SNS, criando uma separação funcional entre a entidade financiadora enquanto adquirente dos serviços prestados e com o Estado enquanto acionista, definindo objetivos plurianuais de natureza qualitativa e quantitativa, e necessidades de investimento através de contratos-programa e de planos estratégicos designados de planos de atividades.

Os contratos-programa referem-se apenas à produção para cuidados prestados a doentes do SNS, excluindo os serviços prestados a outros subsistemas de saúde, os quais são faturados em separado. Permitindo ao hospital não somente programar a sua atividade com base num quadro plurianual, tão estável quanto possível, tendo em consideração os previsíveis meios financeiros de que disporá, como aferir de uma boa gestão orçamental do SNS, determinando a quantidade de serviços clínicos que disponibilizará aos utentes e programando antecipadamente a despesa a efetuar.

Adicionalmente, os planos estratégicos explicitam os princípios orientadores das atuações das respetivas administrações, constituindo o compromisso de cada hospital na convergência para melhores padrões de eficiência na prestação de cuidados clínicos, de qualidade de atendimento e de equilíbrio financeiro. O Plano de atividades traduz-se em contratos-programa a celebrar com o MS em que o modelo de financiamento passou a basear-se, fundamentalmente, nos serviços prestados, com apresentação da faturação que suporta os

¹³ Doentes equivalentes correspondem ao número total de episódios de internamento que se obtém após a transformação dos dias de internamento dos episódios excecionais e dos doentes transferidos de cada GDH, em conjuntos equivalentes ao tempo médio de internamento dos episódios normais do respetivo GDH.

¹⁴ O peso relativo de um GDH é o coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional, o qual representa, por definição, um peso relativo de 1,0 (o ICM nacional é por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada hospital afastar-se-á desse valor de referência consoante o hospital trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados por GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional).

mesmos, relativos aos utentes do SNS e que não devam ser suportados por terceiros legal ou contratualmente responsáveis. Passamos, desta forma de um sistema baseado no subsídio à exploração, em termos de financiamento, para um sistema baseado na contraprestação dos cuidados de saúde efetivamente realizados. No entanto, estes Hospitais recebem mensalmente um adiantamento por conta de futuros pagamentos a efetuar, isto é, após boa receção da fatura por parte do Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF). Contudo, o acerto de contas ficará dependente da disponibilidade financeira do SNS.

A contratualização das relações entre os Hospitais e o SNS através de um contrato-programa permite substituir a lógica da cobertura dos custos, independentemente da quantidade e qualidade dos serviços, pelo pagamento dos serviços efetivamente prestados, tendo em conta a complexidade técnica da prestação. Esta contratualização tomou como referência um conjunto de preços e atos médicos que foram considerados como medida da prestação de serviços pelos Hospitais e, para cada vertente, os custos das melhores unidades de rede.

Atualmente, a situação económico-financeira dos Hospitais E.P.E. é crítica e extremamente grave. O quadro 3 sintetiza a evolução dos Resultados líquidos (RL) dos Hospitais E.P.E. desde a sua criação em 2005. No entanto é importante salientar que estes dados impedem a comparabilidade dos RL ao longo do tempo uma vez que têm sido criadas unidades hospitalares E.P.E. em diferentes anos, muitas vezes, com inícios de vigência a meio dos anos civis (Ferreira e Teixeira (2011)).

Quadro 3: Resultados Líquidos dos Hospitais E.P.E. (universo real) 2005-2010

Total	Resultados Líquidos					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Proveitos	2.321.496.519	2.867.679.107	3.715.212.383	4.136.049.426	4.968.122.712	5.205.363.993
Custos	2.411.463.277	3.054.492.253	3.804.840.543	4.343.178.864	5.235.599.462	5.517.142.351
Resultado Líquido	-91.530.701	-189.260.123	-98.764.928	-217.906.131	-277.684.531	-322.137.672
Uníverson Contabilístico	29	31	34	37	39	42

(1) Distingue-se da diferença entre Custos e Proveitos Totais, na medida do Imposto aplicável.

(2) Em termos jurídicos, a criação das duas EPE, Hospital Santa Maria e Hospital de São João, ocorre de facto em 31 de Dezembro de 2005, no entanto, em termos contabilísticos, consideram-se estas entidades com efeito em 1 de Janeiro de 2006.

Fonte: Ferreira e Teixeira (2011)

Apesar da impossibilidade de comparabilidade linear entre exercícios, o facto é que, em todos os anos sem exceção, os RL globais do sector E.P.E. são negativos, o que ilustra o carácter permanente dos problemas de equilíbrio operacional e económico das E.P.E.

Capítulo II – O Planeamento Estratégico no Sector Hospitalar

Este capítulo tem por objetivo introduzir a conceptualização de “Planeamento Estratégico no Sector Hospitalar” utilizada ao longo deste trabalho.

2.1 A Definição de Estratégia e Planeamento Estratégico

O termo estratégia é entendido, de um modo geral, como a determinação e avaliação dos caminhos alternativos e a consequente escolha do mais apropriado para atingir a missão, visão e os objetivos previamente definidos por determinada organização. Este conceito é frequentemente conotado com a formulação de um plano ou padrão que reúne, de uma forma integrada, os objetivos fundamentais, as políticas e ações de uma organização num conjunto coeso com vista a alcançar o sucesso. Deste modo, a análise estratégica traduz-se na abordagem analítica ao processo de gestão dependendo a sua eficácia de um conjunto de componentes e variáveis, mutuamente interdependentes e em interação com o meio ambiente.

O sector hospitalar tem sido o objeto de estudo para diversos autores na tentativa de identificar as tipologias estratégicas desenvolvidas e determinar o impacto que essas práticas possam ter sobre o desempenho dos Hospitais (Topping e Hernández, 1991). Alguns trabalhos como o de Bigelow *et al.*, (1997) descrevem de que forma as estratégias empresariais têm evoluído, enquanto outros focam-se na análise do desenvolvimento das estratégias competitivas de Porter, (Cleverley e Harvey, 1992b; Lamont e Martin, 1993; Kumar *et al.*, 1997; Blair e Buessler, 1998).

Outros autores, como Zajac e Shortell (1989), basearam-se na tipologia das estratégias de Miles e Snow, para realizar estudos na área empresarial, os quais analisaram as estratégias de mudança em resposta às variações do ambiente, e a forma como estas mudanças afetam o desempenho organizacional. Para Miles e Snow (2003) as tipologias estratégicas descrevem vários tipos de formas organizacionais, em que cada uma das formas é baseada num padrão próprio de resposta adequado às condições ambientais, em termos da configuração particular da estratégia propriamente dita, tecnologia, estrutura e processos. Os autores reduzem e agrupam a maioria dos padrões de comportamentos organizacionais a quatro tipos básicos: (i)

estratégia defensiva; (ii) estratégia prospetiva, (iii) estratégia analítica e (iv) estratégia reativa, que tem a sua própria estratégia adaptativa para enfrentar as mudanças do meio ambiente.

Numa via similar, Ginn *et al.* (1995) usa uma linha semelhante de raciocínio ao testar várias hipóteses, explorando a ligação entre as estratégias de negócio e a estrutura financeira de um hospital. Contudo Cleverley e Harvey (1992a) tentam descortinar uma possível ligação entre o comportamento estratégico e o desempenho na gestão hospitalar. Estes autores tentam diferenciar as estratégias de sucesso e insucesso, avaliando os resultados financeiros em termos de um determinado indicador de rentabilidade.

Da mesma forma Cody *et al.* (1995) avaliam o impacto de diferentes estratégias funcionais da empresa em termos de resultados (medidos pela variável "margem económica"), chegando à conclusão que, a importância da mudança ambiental, a gestão da ocupação, o tempo de análise da estadia podem ter implicações na gestão. Porém, os estudos de Langland-Orban *et al.* (1993a) e Langland-Orban *et al.* (1996b) analisam os fatores determinantes da rentabilidade do hospital, demonstrando estarem mais estreitamente relacionados com as estratégias, práticas e políticas da gestão hospitalar do que com os fatores de mercado. Assim, e atendendo à constante incerteza, complexidade e imprevisibilidade que caracterizam o sector hospitalar torna-se indispensável planear.

Na sua génese, o verbo “planear” traduz-se no estabelecimento de objetivos conjugados com um articulado de ações concomitantes que servirão para os alcançar. Para identificar esses objetivos, os gestores têm de conhecer a atual posição da organização e de formular hipóteses sobre o que poderá vir a acontecer no futuro. Assim, o planeamento estratégico, regra geral, consiste na determinação antecipada daquilo que deve e como deve ser feito. Por outras palavras, o planeamento estratégico define-se como um conjunto de decisões e ações que levam ao desenvolvimento de uma estratégia eficaz. É, portanto, um processo de gestão contínuo e uma das funções instrumentais da gestão que compreende a formulação e definição de objetivos, bem como as vias de atuação para os atingir (seleção de programas de ação para a sua execução), tendo em conta as variáveis internas e externas e a sua evolução esperada.

A introdução do conceito de planeamento estratégico deve-se a Ansoff (1965) e, mais tarde, a Mintzberg (1994), que descreveram este processo como o desenvolvimento das regras da tomada de decisões que guiam as ações futuras da organização. A partir dos estudos destes

autores, muitos outros se têm debruçado sobre o tema, referindo-se ao planeamento estratégico de diversas formas.

Numa via similar, Teixeira (2005) defende que o planeamento estratégico é o processo através do qual a gestão de topo, em colaboração com os gestores de nível intermédio, define os propósitos globais da organização bem como os objetivos genéricos e a forma de os alcançar. Assim, o processo de planeamento estratégico começa com a definição da filosofia básica de atuação da organização - a missão - a qual vai determinar os parâmetros de orientação dos esforços a despende para atingir os objetivos preconizados. Da mesma forma, Zallocco *et al.* (1994) enfatiza a este respeito que o planeamento estratégico se traduz numa filosofia de gestão concebida para proporcionar um sentido coletivo de propósito e direção para uma organização, fornecendo um quadro de decisões do dia-a-dia de operações que podem ser feitas de forma inteligente. Outros autores, tais como Ginter et al (2002) citado por Varkey e Bennet (2010), definem “planeamento estratégico” como um conjunto de processos organizacionais que visam identificar o futuro desejado da organização, através do desenvolvimento de um conjunto de orientações para a tomada de decisão, e do fornecimento de um mapa onde se demonstre a forma como a organização pode atingir os seus objetivos. Langley (1988) salienta que o planeamento estratégico serve de instrumento de apoio à tomada de decisões pelas pessoas e pelas organizações. Este autor considera que, mais do que um processo racional analítico, este é um processo social, pese embora também varie de organização para organização.

Por sua vez, Naranjo-Gil e Hartmann (2007) não obstante defenderem que os Hospitais são capazes de implementar estratégias de forma eficaz, exploram a possibilidade de estes diferentes níveis de eficácia dependerem de como os gestores de topo dirigem os Hospitais e os sistemas de informação e gestão (SIG) que têm ao seu dispor. Os resultados apontados pelos autores indicam que os diretores executivos com um foco predominante na esfera clínica, ou seja, vocacionados para as informações não financeiras, na altura da tomada de decisões, preferem um estilo interativo de usar os SIG. Por outro lado, constatam que os diretores executivos com um fundo predominante administrativo parecem ser mais eficazes no estabelecimento de estratégias de redução de custos.

Finalmente, Heracleous (1998) tenta destrinçar a relação entre os termos de “pensamento estratégico” e “planeamento estratégico”, concluindo que ambos os conceitos estão

interrelacionados num processo dialético em que ambos são necessários para uma eficaz gestão estratégica, sendo cada um necessário, mas não suficiente. Para este autor o processo de planeamento é analítico, convergente, e convencional sendo o seu propósito operacionalizar as estratégias desenvolvidas através do pensamento estratégico, e apoiar o processo de pensamento estratégico. Por outro lado, o mesmo autor define o pensamento estratégico como sendo um processo sintético, divergente, e criativo, cujo desígnio é descobrir novas e imaginativas estratégias que possam reescrever as regras do jogo competitivas e projetar futuros e potenciais significativamente diferentes do presente. Da mesma forma, Teixeira (2011) defende que o “planeamento estratégico” não deve (não pode) ser visto como substituto do “pensamento estratégico”, mas antes como uma via de formalização do processo estratégico.

Para Varkey e Bennet (2010) o desenvolvimento de uma estratégia organizacional fornece um roteiro a longo prazo para uma organização de cuidados de saúde, e é de vital importância à luz das atuais circunstâncias económicas incertas. Este desenvolvimento fornece a base para criar e executar táticas para futuros negócios viáveis, priorizar metas e alocar recursos a coordenar para toda a organização. No entanto, segundo os autores o planeamento estratégico parece ser grosseiramente subutilizado, especialmente no sector da saúde. Zuckerman (2005) citado por Varkey e Bennet (2010) defende que o planeamento estratégico muitas vezes é visto como uma tarefa ritualística que precisa ser feita.

O ambiente em rápida mutação em que o sector da saúde opera, sugere a necessidade de desenvolver um plano que permitirá ao hospital antecipar as mudanças e delinear as suas estratégias, tirando o maior partido das emergentes oportunidades. Este plano será executado através do processo de planeamento estratégico.

2.2 O Processo de Planeamento Estratégico

O processo de planeamento estratégico nas organizações de saúde, especialmente nos Hospitais e centros hospitalares tem evoluído, significativamente, ao longo das últimas décadas. Estimulados por mudanças nos modelos de financiamento, o planeamento estratégico passou de uma orientação de instalações em 1970 para uma orientação de mercado na década de 1980. Atualmente, esta tendência mantém-se, constatando-se que, na perspetiva

de mercado, as organizações de saúde estão a desenvolver, cada vez mais, planos estratégicos abrangentes. São evidentes as fortes preocupações com o mercado, no entanto, a deterioração do desempenho financeiro dos Hospitais também tem exigido uma atenção especial. Este processo requer um investimento considerável de tempo e de outros recursos organizacionais. No entanto, torna-se pela sua especificidade extremamente importante para o funcionamento eficaz das organizações de saúde. Nos Hospitais E.P.E. este planeamento é realizado através do plano de negócios acordado com a Administração Regional de Saúde (ARS), válido por um período de três anos.

Ao longo do tempo, estudos como os de Porter (1999), Rumelt *et al* (1994), e Teece *et al* (1997) preocuparam-se, essencialmente, com o alcance por parte das organizações de vantagens competitivas sustentáveis. Porém, com o ritmo de mudanças nos mercados a aumentar, este foco de vantagem competitiva traduziu-se cada vez mais num processo de tomada de decisão fundamentalmente preocupado em equipar as organizações com a capacidade de lidar com o sucesso em ambientes de mudança. Investigadores influentes como Henry Mintzberg (1994) têm travado o debate sobre o valor específico do processo de planeamento estratégico, argumentando que este é incapaz de lidar inteligentemente com ambientes incertos. Alguns dos trabalhos como os de Hart e Banbury (1994), Miller e Cardinal (1994) afirmam que os processos de planeamento estratégico são mais eficazes em ambientes turbulentos. Porém, Lorange (1980) e Steiner (1979) defendem que o propósito do planeamento estratégico é concretizar um processo de inovação e mudança na matriz organizacional. Deste modo, se um processo de planeamento estratégico não apoiar a inovação e mudança, então será um fracasso.

Para Anthony e Govindarajan (2003) o processo de planeamento estratégico corresponde à decisão sobre os programas que a organização irá procurar concretizar no decurso dos próximos anos, para implementar as suas estratégias, e os recursos associadas àqueles programas. Para Anthony (1965) este é um processo criativo e analítico, orientado e principalmente preocupado com dados externos geralmente de natureza não financeira. O autor argumenta que, sistematizar uma abordagem para o planeamento estratégico é desaconselhável, na medida em que é suscetível de diminuir a criatividade essencial para o processo. Mintzberg (1994) argumenta que as abordagens tradicionais de planeamento são mais suscetíveis de impedir, ao invés de facilitar, a mudança bem-sucedida em condições de incerteza. As preocupações do autor versam sobre as deficiências de planeamento formal,

com as suas fortes raízes assentes na premissa da racionalidade e suportada por teorias emergentes. As quais ganharam especial destaque no contexto mais amplo da literatura sobre estratégia e mudança. Numa via similar, às ideias de Mintzberg (1994), Anthony (1965) adverte que o planeamento estratégico confuso e de longo prazo, em algumas organizações não é mais do que uma extrapolação mecânica de dados, sem reflexos nas decisões de gestão, logo tal exercício torna-se totalmente inútil.

Porém, Milch (1980) citado por Zallocco *et al.* (1994) refere que a adoção do conceito de planeamento estratégico no sector hospitalar não está apenas preocupado com fazer as coisas direito mas em fazer as coisas certas. Este autor enfatiza ainda que a adequação de uma orientação para o planeamento estratégico nos Hospitais tem sido o foco de vários artigos recentes na literatura de gestão hospitalar tais como Rynne (1980), Ready e Ranelli (1982), Bruton (1982) e Domanicao (1981). Para Zallocco *et al.* (1994), as fases que compõe o processo de planeamento estratégico no sector hospitalar são as explanadas no quadro 4.

Quadro 4: Fases do Planeamento Estratégico no Sector Hospitalar

Fase	Tarefas
<p>1. Análise da situação atual</p>	<p>Analisar o ambiente interno e externo em que o hospital opera, nomeadamente as tendências competitivas, mudanças tecnológicas, as ameaças governamentais de regulamentação e as oportunidades. Esta análise tem, também, como objetivo avaliar os recursos disponíveis internamente no hospital, sendo eles financeiros, humanos e materiais. No entanto, deverá ser incluída nesta análise a avaliação de como estas tendências terão um impacto sobre as áreas do hospital críticas de desempenho;</p> <p>Analisar e avaliar a posição do hospital, esta análise inclui a avaliação da <i>performance</i> dos níveis de desempenho atuais, as forças e fraquezas, a atratividade dos programas existentes, os fundos disponíveis, as instalações físicas, a qualidade das competências de gestão e sistemas de informação, base de doadores, e reputação do hospital em geral;</p>

<p>2. Formulação da Missão e dos Objetivos</p>	<p>Demarcar o mercado e os limites tecnológicos dentro do qual o hospital opera.</p> <p>Determinar a direção geral do hospital em áreas como o crescimento no mercado ou consolidação, fusões e aquisições, a diversificação, a base de utentes, e a flexibilidade operacional;</p> <p>Traduzir a missão geral de longo prazo em objetivos específicos para o próximo período. Os objetivos devem ser específicos o suficiente para serem comparáveis com os resultados de desempenho; Os objetivos traduzem-se nos resultados que a organização pretende atingir. É nesta etapa que se define aonde a organização quer chegar. A definição de objetivos é consequência da etapa anterior, já que, de acordo com as condições internas e externas, pode-se definir o caminho que a organização irá seguir; A estratégia será delineada a partir da definição destes objetivos;</p>
<p>3. Estabelecimento de Estratégias</p>	<p>Determinar as estratégias necessárias para atingir os objetivos. Áreas que deveriam ser incluídas são: produto / mercado para competir em segmentos, o posicionamento relativo do Hospital contra outros Hospitais e organizações concorrentes, alocação geral de recursos, novos produtos para desenvolver e introduzir, níveis de serviço desejados, e a agregação / desagregação de programas e serviços;</p> <p>Uma vez traçados os objetivos e as estratégias tenham sido selecionados, chega o momento da implementação da estratégia. Por melhor que sejam os planos, se não forem implementados adequadamente, todo o trabalho até aqui será em vão.</p>
<p>4. Desenvolvimento de táticas específicas para o período de tempo próximo</p>	<p>Traduzir as estratégias gerais em detalhes. Este deve incluir detalhes de alocação de recursos para cada programa, os novos recursos que precisam ser adquiridas, estratégias de</p>

	<p>promoção, detalhes de preços, etc... O objetivo desta fase é desenvolver um documento de trabalho com detalhes suficientes para orientar no dia-a-dia as operações; Esta fase é extremamente importante e essencial. A monitorização e o controlo consistem, essencialmente, em acompanhar e avaliar a execução da estratégia. Esta monitorização deverá ser realizada com base em indicadores.</p>
<p>5.Orçamento e controlo</p>	<p>Transforme as estratégias desenvolvidas nos orçamentos específicos. Os orçamentos devem ser desenvolvidos para ambos os programas e funções. Mecanismos de controlo devem ser desenvolvidos para que as atividades possam ser monitoradas para determinar se os objetivos vão ser alcançados.</p>

Fonte: Adaptado de Zallocco *et al.* (1994)

Segundo Zallocco *et al.* (1994) as principais características do Planeamento Estratégico são:

- (1) A orientação de longo prazo - o desenvolvimento do plano estratégico deverá usar um horizonte temporal de dois a cinco anos para orientar os objetivos preconizados. Ou seja, o planeamento estratégico organizacional deverá centrar-se sempre em táticas de longo prazo.
- (2) Uma abordagem integrada - Ao desenvolver um plano estratégico, todos os aspetos da organização devem ser considerados e tratados simultaneamente. Isto permite uma avaliação global dos efeitos de determinado aspeto da operação em todos os outros aspetos, e resulta de um plano abrangente para toda a organização.
- (3) Centralizar a sua estratégia na eficácia - o objetivo primário é determinar a forma mais eficaz de operar, isto é fazendo-se direito as coisas. Felizmente, detalhes suficientes podem ser incluídos no plano para melhoria da eficiência, isto é, fazendo certo as coisas, este deverá ser o objetivo primário do processo.
- (4) Revisão organizacional abrangente – O processo de planeamento estratégico exige uma revisão completa da organização, nomeadamente da sua missão, objetivos e estratégias. Assim, evita-se a tendência de considerar programas/medidas já existentes sem considerar cuidadosamente todas as ações.
- (5) Ampla participação de todos os indivíduos em posições que exigem para a implementação do plano estratégico.

- (6) Comunicação intra organizacional, ou seja, a comunicação organizacional deve ser adequada o suficiente para, permitir a conclusão das tarefas de planeamento necessário.
- (7) O resultado do processo de planeamento estratégico é um documento escrito, um plano que fornece um guia para curto prazo para a tomada de decisão.

Teixeira (2011) defende que um bom processo de planeamento estratégico deve ser único, feito à medida de cada organização, tendo em conta o tipo de atividade (ou atividades), bem como as capacidades, visões e experiências dos gestores seniores. Donaldson (2001) defende que teoricamente o planeamento estratégico recebe algum apoio a partir da perspectiva da contingência estrutural. O autor argumenta que as estruturas organizacionais precisam mudar em conjunto com a mudança ambiental. Assim, a mudança ambiental, presumivelmente, é reforçada pelo planeamento estratégico. Baseado na prática comum e na contingência estrutural, Scott (2000) defende que a teoria institucional acrescenta outro argumento para ter um plano estratégico. É necessário, ter um plano organizacional certificado aos olhos dos *Stakeholders*.

O acordo assinado entre o Estado português e a “Troika” prevê a elaboração de um plano estratégico para o sector da saúde consistente com o enquadramento orçamental para o médio prazo (Governo de Portugal, 2011). Porém, para Lorange (1980), e Steiner (1979) o planeamento estratégico não é uma simples agregação de planos funcionais ou uma extrapolação de orçamentos, é sim, uma abordagem instrumental que permite, ao longo do tempo, monitorizar as operações da empresa em contextos de incerteza por forma a alcançar os objetivos fixados.

Zuckerman (2006) relata as várias práticas de planeamento estratégico no sector da saúde, no entanto, não apresenta qualquer homogeneidade entre o processo de planeamento e as características do Hospital. Contudo, uma das práticas apresentadas pelo autor diz respeito à decisão organizacional para produzir um plano estratégico. O processo de planeamento estratégico é, nas organizações, normalmente realizado pelos gestores de topo, embora em algumas empresas nomeadamente nas grandes empresas exista uma equipa destinada a recolher e analisar detalhadamente todas as componentes de formulação estratégica reportando os vários cenários à direção. No entanto, é importante salientar que mesmo nestes casos os objetivos são definidos e interpretados pelos gestores de topo e baseiam-se nas suas decisões.

Regra geral, os estudos de associação entre o planeamento estratégico e o desempenho hospitalar são altamente limitados e raramente incluem resultados que ligam o planeamento às características organizacionais (Dubbs, 2002; Lemak e Coodrick, 2003; Sollenberger, 2006; Wells *et al.*, 2004). Porém, o sector hospitalar público pelas suas características organizacionais e estruturais difere das restantes organizações. Isto porque, nestas instituições os gestores de topo, são formados pelo designado Conselho de Administração, liderado por médicos. Assim, é difícil encontrar administradores hospitalares, cuja formação de base não seja na área da saúde, com alguma formação em gestão. Para autores como Naranjo-Gil e Hartmann (2007) e Varkey e Bennet (2010) o processo de planeamento estratégico é da principal responsabilidade da equipa de gestão liderada pelo mais alto-executivo responsável pela organização ou unidade de trabalho, que no caso concreto do sector hospitalar, se traduz no Conselho de Administração. Tal como foi referido anteriormente, outros autores como Ferlie *et al.* (1996) citado por Gonçalves (2008) defendem que este processo poderá ser realizado através de duas perspetivas, isto é, poderá iniciar-se no gestor de topo, e nesse caso estaríamos na presença de uma abordagem de cima para baixo (Abordagem *Top-down*) ou então, partir da estrutura hierárquica desde a base até ao topo, designando-se por abordagem de baixo para cima (Abordagem *Bottom-up*).

Assim, constata-se que a responsabilidade pelo desenvolvimento do plano estratégico varia de organização para organização. Em algumas, apenas o Presidente tem essa responsabilidade, enquanto em outras, a responsabilidade é delegada a um Vice-presidente (ou Diretor) ou, ainda, é compartilhada por todos os membros da equipa executiva. No entanto, a teoria clássica da organização hierárquica veio argumentar que a atribuição de qualquer atividade ao administrador eleva a sua importância na organização.

Contudo, a importância do papel dos Conselhos de Administração no planeamento estratégico encontram-se bem explanadas por Orlikoff e Totten (2006), que defendem o envolvimento do Conselho de Administração, pois garante que a gestão é incorporada num processo de planeamento estratégico e as metas organizacionais são alcançadas. No sector da saúde Rice (2006) enfatiza que a participação dos órgãos do Conselho de Administração, normalmente composto por médicos, não interfere na qualidade das decisões tomadas e que é independente da formação dos envolvidos.

Por isso, desenvolver um programa formal de planeamento estratégico no sector hospitalar é um passo que pode exigir mudanças significativas na filosofia de gestão Zallocco *et al.* (1994). Para este autor, bem como para Naranjo-Gil e Hartmann (2007) o sucesso de tais programas dependerá do empenho dos órgãos de direção e da sua perceção para o conceito de planeamento estratégico, bem como da participação das pessoas alocadas ao processo. Este compromisso de mudança exige que os administradores hospitalares se tornem mais participativos no processo de tomada de decisão, e que possuam uma orientação para o planeamento de longo prazo.

Apesar disso, alguns autores como Luke, Walston, e Plummer (2004), Swayne, Duncan, e Ginter (2006), e Zuckerman (2005), defendem que o planeamento estratégico é uma componente chave para o papel dos gestores hospitalares. Isto é, sustentado na crença de que as organizações orientadas por estratégias corretas têm melhor desempenho, e que os gestores hospitalares farão escolhas melhores se forem capazes de analisar, através desta ferramenta de monitorização, com mais precisão o ambiente externo e interno.

Para os defensores de planeamento, os planos mais úteis são aqueles que estão totalmente desenvolvidos, ou seja, incluem análises ao ambiente externo e interno da organização, bem como às metas e objetivos estratégicos que orientam a organização para a implementação do plano. Rovinsky (2002) defende que, tradicionalmente, o envolvimento dos médicos no planeamento estratégico do Hospital limitou-se a entrevistas formais ou informais realizadas pelos, denominados nos Hospitais portugueses, diretores clínicos. No entanto, estas abordagens podem ser insuficientes para melhorar os planos e recomendações médicas de apoio. Assim, investigadores como Rovinsky (2002) e Van Kooy e Ettinger (2002) sugerem que, quando os médicos têm um papel significativo e quando as suas necessidades e expectativas estão bem incorporadas no processo de planeamento estratégico, a organização é mais suscetível de melhorar o seu desempenho financeiro e a sua posição no mercado. Por outro lado, Alexander (2006) afirma que o planeamento estratégico não pode direccionar uma organização para o sucesso sem parceria real com os médicos sobre o processo, as questões críticas, a missão e a visão da estratégia em desenvolvimento.

Goldsmith (1981), citado por Zallocco *et al.* (1994), refere que todas as instituições podem desenvolver estruturas de gestão flexíveis e os sistemas de controlo necessários para tornar o seu preço competitivo nos serviços, consolidando o seu controlo sobre o mercado hospitalar.

Para isso, e para responder às ameaças governamentais os administradores hospitalares deverão procurar inovadoras e ousadas soluções de gestão. Assim, ao planejar os administradores hospitalares preparam-se, essencialmente, para agir em conformidade com o atual cenário e conforme perspetivam que ele venha a ser no futuro. Para isso, este processo pressupõe um conhecimento global do atual estado das coisas, uma previsão sobre os acontecimentos futuros e, ainda, uma opção no sentido de atingir um estado futuro mais desejável. Aos administradores hospitalares é exigido uma atitude mais proactiva na esfera da gestão, isto é, o administrador não se remete a reagir ao que possa vir a acontecer mas prefere antes o risco de antecipar e tomar as medidas adequadas, traduzindo-se a questão do planeamento numa questão cultural.

De um modo geral, podemos afirmar que uma das maiores preocupações na gestão das unidades hospitalares é a redução de custos e o cumprimento das normas regulamentares relativas aos direitos legais e legítimos interesses dos pacientes, especialmente quando os Hospitais portugueses passam por reformas gestionárias importantes nos sistemas de financiamento. Ao longo do tempo, verificamos que vários países têm vindo a introduzir incentivos financeiros e objetivos de gestão do desempenho no relacionamento entre financiadores e prestadores de cuidados de saúde (públicos e privados). Estes mecanismos foram pensados para induzir comportamentos de gestão eficiente, com vista a alcançar uma alocação dos recursos, e conter a subida da despesa com saúde. Para que a monitorização deste processo de planeamento estratégico seja mais eficaz e eficiente poderão ser adotados indicadores e instrumentos de gestão, os quais possam ajudar não só a controlar as despesas, como gerar receitas e racionalizar a utilização dos serviços.

2.3 Monitorização do Planeamento Estratégico

O planeamento estratégico traduz-se numa importante ferramenta de gestão estratégica quando devidamente utilizada, no entanto para que a sua monitorização seja eficiente e eficaz deverá ser suportada por instrumentos e indicadores de gestão. As organizações tornaram-se cada vez mais diversificadas, multiplicando o seu grau de complexidade e forçando o desenvolvimento de novos conceitos e ferramentas que funcionem como auxiliares à compreensão e resolução dos problemas de gestão, atingindo novas dimensões. Por forma a

melhorar o entendimento das tendências, ameaças e oportunidades colocadas às organizações, emergiram os instrumentos e indicadores de gestão.

Para Guzmán (2002) aproximar a gestão das entidades públicas à gestão das entidades privadas consiste na aplicação de instrumentos de gestão, próprios do âmbito privado, nas entidades públicas, adaptando-os aos condicionamentos específicos das próprias entidades. Deste modo, a utilização destas ferramentas permite uma visão mais ampla do processo de planeamento estratégico, afirmando-se, nas organizações de saúde como uma ferramenta muito poderosa.

Existem várias ferramentas de planeamento que se adaptam às diferentes atividades da organização como um todo, de forma mais ou menos genérica. Porém, a seleção da ferramenta ou técnica para executar um processo de planeamento estratégico depende do âmbito e do horizonte temporal do objeto de planeamento, revelando-se fundamental para assegurar a sua gestão eficaz. Todavia, para além destes fatores deverá ser ainda considerado o conhecimento que as pessoas têm dessas ferramentas. Esta questão, no sector hospitalar, assume-se de extrema importância, uma vez que os diretores das unidades hospitalares das organizações públicas são compostos por profissionais clínicos, com conhecimento na área da saúde e sem sensibilidade para técnicas de gestão.

Regra geral, as ferramentas e técnicas de planeamento abarcam uma sequência de tarefas, tais como: (i) a definição da visão (que posição se pretende atingir no futuro); (ii) a definição de objetivos (quantificados e calendarizados); (iii) inventário das tarefas (habitualmente este processo tem início com tarefas com reduzido grau de detalhe, que vão sendo detalhadas com maior pormenor com a evolução da tarefa); (iv) definição clara dos pontos de controlo (ou seja, para cada tarefa é definida uma data de encerramento, sendo por vezes necessário definir formalmente momentos de síntese global); e (v) a definição de responsáveis e recursos (a equipa e outros meios a afetar a cada um). Na maioria das situações e ao contrário do que possa parecer, o detalhe do planeamento deve ser tanto maior quanto menor for o tempo disponível.

Os diversos instrumentos de gestão que são potencialmente utilizados no âmbito da gestão hospitalar são, mais recentemente, o *Tableau de Bord*, o *Benchmarking*, a metodologia do *Activity Based Costing* (ABC), o *Balancead Scorecard* (BSC), e ainda, os clássicos Análise Custo-benefício, Análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) e a Matriz

BCC (Análise da Cadeia de Valor). Explorando cada uma destas ferramentas, constatamos que as mesmas se complementam no momento de tomada de decisão.

Quanto ao *Tableau de Bord* é uma ferramenta de controlo de gestão estruturada a partir de um painel de indicadores-chave, que permite ao gestor acompanhar o desempenho organizacional dentro de parâmetros previamente definidos, contribuindo para a redução da incerteza e facilitando a previsão de risco inerente a todas as decisões. Este instrumento permite, ainda, ao gestor monitorizar o comportamento de indicadores-chave e corrigir eventuais desvios face aos objetivos traçados. Ainda que orientado para a quantificação dos objetivos, em relação aos quais o desempenho organizacional é avaliado, o *Tableau de Bord* contempla igualmente indicadores qualitativos nas diversas dimensões do planeamento estratégico. Esta ferramenta encerra em si uma vantagem bastante importante uma vez que reforça a comunicação entre os diversos níveis hierárquicos. Contudo, é importante salientar que o processo de definição desta medida é essencialmente unilateral, refletindo uma abordagem hierárquica do tipo *Top-down*. Assim, verifica-se que a utilização desta ferramenta implica o necessário ajustamento à realidade de cada organização.

Para o sector hospitalar esta ferramenta apresenta um conjunto de indicadores de atividade hospitalar, indicadores de eficiência operacional, indicadores de índole económico-financeira e indicadores de qualidade e serviço. Com base nos valores obtidos, é efetuada uma comparação entre Hospitais numa perspetiva dos recursos despendidos na atividade tendo em conta o grau de complexidade clínica, bem como fatores estruturais inerentes a cada Hospital. Segundo o Ministério da Saúde (2003) o *Tableau de Bord* é um instrumento essencial à gestão dos Hospitais, uma vez que a comparação entre Hospitais permite identificar áreas de atuação prioritárias.

Por outro lado, o conceito de *Benchmarking* é definido como um processo contínuo de comparação do desempenho organizacional entre dois ou mais sistemas. É, portanto, um método sistemático de procurar os melhores processos, as ideias mais inovadoras e os procedimentos de operação mais eficazes que conduzam a um desempenho superior. Tal como foi referido anteriormente, o Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado português e a “Troika”, prevê no seu articulado a adoção desta prática ao considerar que se devem criar medidas que permitam a comparação do desempenho hospitalar com base num conjunto abrangente de indicadores. Este método encerra em si, inúmeras vantagens tais

como, melhorar o conhecimento da própria organização, a introdução de novos conceitos de avaliação, bem como a identificação das áreas que devem ser objeto de melhorias.

Outro instrumento que poderá ser utilizado é o **ABC**. Este é um método de custeio que identifica as atividades numa organização atribuindo-lhe um custo a cada atividade com recurso a todos os produtos e serviços de acordo com o consumo real de cada um. Esta metodologia parte de três premissas: (i) os produtos requerem atividades; (ii) as atividades consomem recursos e (iii) os recursos necessitam de valores monetários. Neste sentido, na operacionalização do ABC procuramos estabelecer uma relação entre as atividades e os produtos dos seus consumidores. Para se afetar o custo das atividades aos produtos utilizam-se os indutores de custeio (*cost drivers*), que representam o motivo pelo qual ocorre o custo. O ABC permite às organizações fazer uma análise à rentabilidade dos clientes, possibilitando uma análise mais precisa de cada um deles.

O **BSC** foi apresentado por Kaplan e Norton (1992) como um instrumento integrado que encoraja e facilita o uso de informação não-financeira pelos gestores seniores, sendo a escolha dos indicadores não-financeiros conduzida a partir das opções estratégicas da organização. Assim, os autores argumentam que os gestores, ao disporem desta informação estarão em condições de obter melhores desempenhos. Este instrumento operacionaliza a visão e a estratégia de uma organização a longo prazo segundo quatro perspetivas, nomeadamente a perspetiva financeira, dos clientes, dos processos internos e da aprendizagem. É importante salientar que o sucesso deste processo segundo Kaplan e Norton (1996) depende do comprometimento de todos os envolvidos em relação à definição da estratégia, dos objetivos e das políticas seguidas. Com este modelo procura-se medir o desempenho em vetores críticos que possuem uma relação causa/efeito com os objetivos estratégicos da organização e, consequentemente com o desempenho financeiro futuro da organização.

O recurso ao modelo BSC pelas organizações hospitalares surge associado a um contexto marcado por fortes restrições económicas, as quais enfatizam a necessidade de se adotar modelos de gestão que visem o desempenho sustentável através de uma gestão eficiente de recursos. Porém, existem autores como Gao e Gurd (2006) com opiniões contrárias em relação à viabilidade de utilização desta ferramenta nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Estes autores argumentam que a saúde dos pacientes não é tão central como deveria

ser no desenvolvimento do BSC, pois o equilíbrio é orientado pelos resultados financeiros e não pelos resultados clínicos.

A **Análise Custo-benefício** consiste genericamente na valorização de todos os efeitos positivos e negativos previsíveis decorrentes de uma determinada decisão (como por exemplo a aquisição de um equipamento, o desinvestimento, a contratação de um novo colaborador, etc.). Os efeitos a avaliar devem ser ponderados numa perspetiva de longo prazo, devem ser perspetivados de forma global, ou seja, tendo em conta as potenciais interações relacionadas com a decisão em causa, devendo ser considerados e valorizados quer os efeitos tangíveis, quer os efeitos intangíveis. Todavia, a precisão desta quantificação vai depender do tipo de decisão e dos riscos associados. A sua aplicação é extensível e transversal às diversas áreas de decisão de projetos públicos tais como a área da saúde.

Por outro lado a **Análise SWOT** (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) constitui uma ferramenta do planeamento estratégico utilizada para fazer a análise da empresa e do meio envolvente, sendo utilizada como base para a gestão e para o planeamento estratégico de uma organização. Este modelo pressupõe a realização de um diagnóstico estratégico que permita identificar as forças (*Strength*) e fraquezas (*Weakness*) internas da organização, bem como as oportunidades (*Opportunities*) de negócio e as Ameaças (*Threats*) externas.

No sector da saúde a análise SWOT é útil segundo Hirsch e Gandolf (2010) para indivíduos, grupos de médicos e hospitais privados pois ajuda a concentrar os esforços em áreas que trazem maiores benefícios. Os autores apresentam um conjunto de sete regras para orientar a aplicação da análise SWOT na área da saúde:

- (1) Ser específico: evitar áreas cinzentas, descrições vagas ou definições de confusas.
- (2) Ser objetivo: Perguntar a uma terceira parte bem informada, mas objetiva e comparar com as suas próprias ideias.
- (3) Ser realista: seguir uma perspetiva realista, especialmente à medida que se avaliam os pontos fortes e fracos. Ser prático em ambas as áreas de julgamento.
- (4) Analisar o contexto: Distinga entre o que a organização é realmente hoje e onde poderia chegar no futuro.
- (5) Comparar e contrastar: comparar-se (realisticamente) em relação à concorrência.
- (6) Ser Curto e simples: evitar a complexidade desnecessária e excesso de análises.

- (7) Atualizar as metas e o plano de marketing: uma vez que as questões - chave foram identificadas, definindo etapas de ação para as atingir.

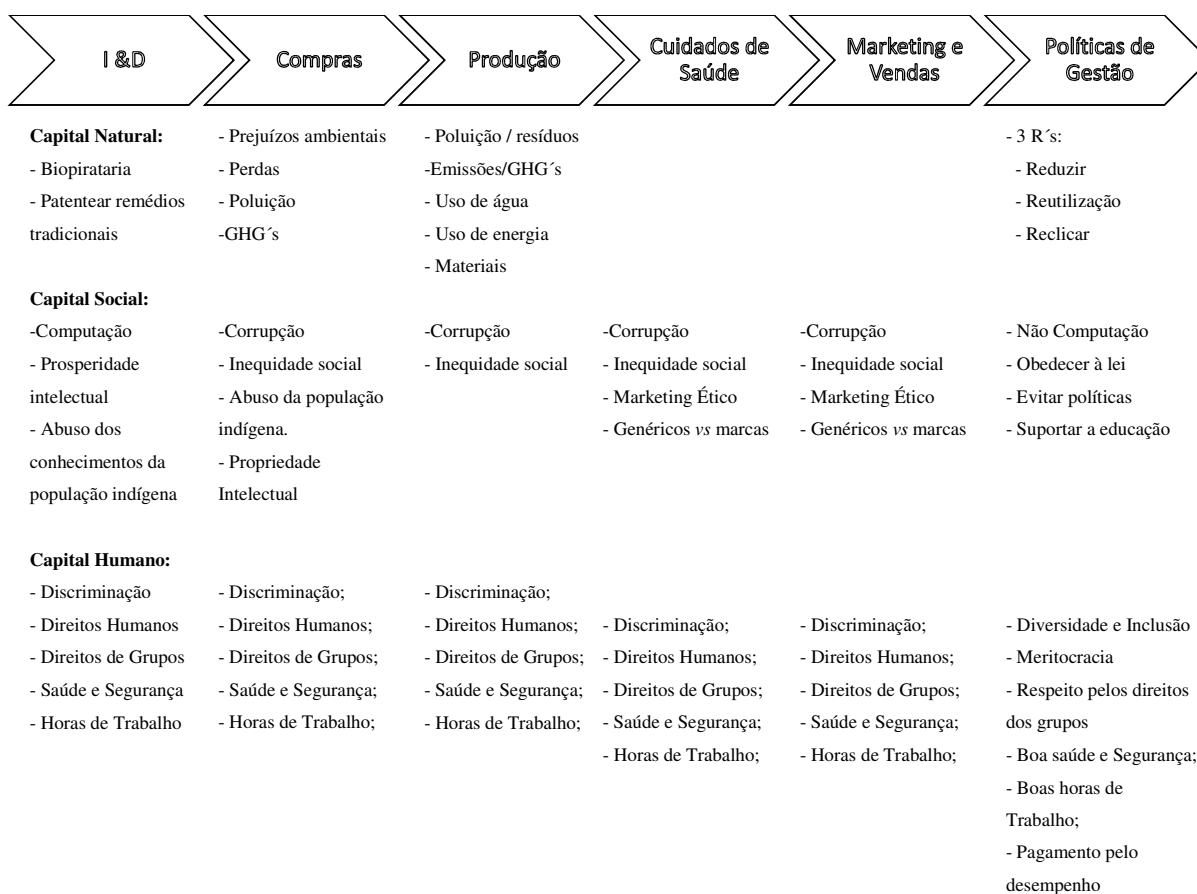
Porém, um dos elementos – chave neste modelo é o conceito de cadeia de valor pois representa o montante que os clientes estão dispostos a pagar para terem acesso a um produto ou serviço com as características que melhor satisfaçam as suas necessidades. A **análise da Cadeia de Valor** foi uma conceção lançada por Michael Porter que consiste na identificação de um conjunto de atividades criadoras de valor, que se encontram interligadas e que vão desde a compra de matérias-primas até à entrega do produto ou serviço ao cliente final. Segundo o autor, a cadeia de valor é composta por nove categorias genéricas de atividades, classificadas quanto à capacidade de criação de valor em atividades primárias, que contribuem diretamente para a criação de valor, e em atividades de apoio, que contribuem indiretamente para a criação de valor.

A ideia subjacente a este conceito, segundo Teixeira (2005) é a de gerir a organização através de todas as suas atividades como forma de criar vantagens competitivas, acrescentar valor para o cliente, e encontrar fontes de diferenciação e gerir os custos numa perspetiva estratégica. O valor que potencialmente cada atividade pode criar para a organização vai depender da realidade interna e competitiva específica em que esta se insere. Para isso, a análise das atividades associadas às fontes de valor que o comprador percebe, possibilita a identificação das atividades com maior potencial para a criação e sustentação das vantagens competitivas. Deste modo, a sustentabilidade de uma vantagem competitiva vai depender fundamentalmente do modo como a organização gere as suas atividades, ou seja, da forma como gere a sua cadeia de valor comparativamente aos seus concorrentes. No entanto, criar ou manter uma vantagem competitiva exige que a organização entenda toda a cadeia de valor e não apenas parte dela, daí a importância de se analisar igualmente a cadeia de valor externa. O real entendimento da posição estratégica de uma organização passa pelo conhecimento dos respetivos fornecedores e clientes já que o valor que é percebido pelo consumidor final e o preço pago pelo cliente final começa a ser definido muito antes de as matérias chegarem à empresa. Deste modo, a análise da cadeia de valor externa pode constituir uma oportunidade de criar elos com fornecedores e com clientes no sentido de reduzir os custos ou criar fatores de diferenciação.

Na perspetiva de Alsup e Steinhart (2001), a cadeia de valor dos Hospitais envolve a integração de numerosos departamentos e pessoas a trabalhar construtivamente para

acrescentar valor aos serviços prestados. Quando os Hospitais colocam os pacientes no centro das suas atividades, usam a medida completa da cadeia de valor para beneficiar o paciente. De igual modo, os médicos usam numerosos mecanismos para fornecer valor aos seus pacientes, incluindo serviços administrativos, *staff* administrativo, pessoal de enfermagem, e, em alguns casos, outros profissionais de saúde. Stark e Mangione (2004) argumentam que a cadeia de fornecimento dos Hospitais, enquanto veículo principal para todas as relações com terceiros, está insuficientemente ligada ao sistema clínico, ao ciclo de receitas, ao sistema de informação e tecnologia e às operações clínicas. Não obstante os autores defendem que para ser totalmente eficaz, deve estar integralmente ligada com a cadeia de operações clínicas e não clínicas. Zinkin (2009) enfatiza a este respeito que ser responsável significa encontrar o equilíbrio entre o que os pacientes desejam e o que o governo pode suportar e que isto afeta toda a cadeia de valor do hospital (Figura 3).

Figura 3: A Cadeia de Valor do Hospital



Fonte: Adaptado de Zinkin (2009).

2.4 Benefícios do Planeamento Estratégico para o Desempenho Hospitalar

O processo de planeamento estratégico através do auxílio de instrumentos e indicadores de gestão traz para o sector hospitalar, bastantes benefícios ao seu desempenho. Estes benefícios incluem para além do desenvolvimento de uma melhor estratégia, a criação de um foco organizacional. Teixeira (2011) defende duas categorias de vantagens, conforme sejam referidas ao processo ou reportadas ao pessoal envolvido (Quadro 5).

Quadro 5: Vantagens do Planeamento Estratégico

Vantagens	
Relacionadas com o Processo	Relacionadas com as Pessoas
- Identificação e exploração de oportunidades.	- Integração de comportamentos individuais num esforço global.
- Visão objetiva dos problemas de gestão.	- Base de clarificação das responsabilidades individuais e contribuição para a motivação.
- Existência de uma matriz de revisão da execução do plano e controlo das atividades.	- Encorajamento para pensamento proactivo do pessoal.
- Relação mais eficaz entre as decisões mais importantes e os objetivos estabelecidos.	- Estimulo para uma abordagem cooperativa, integrada e entusiástica na análise dos problemas e das oportunidades.
- Afetação mais eficaz do tempo e recursos às oportunidades identificadas.	- Encorajamento de uma atitude favorável às mudanças.
- Possibilidade de coordenação da execução das táticas do plano.	- Desenvolvimento de elevado grau de disciplina e formalização.
- Possibilidade de combinação das diversas funções num esforço conjunto.	
- Redução das necessidades em tempo e recursos para corrigir decisões <i>ad hoc</i> incorretas.	
- Desenvolvimento de uma estrutura de comunicação interna entre as pessoas.	

Fonte: Teixeira (2011)

Numa via similar autores como Varkey e Bennet (2010) enfatizam a este respeito que, além do benefício de criar um plano estratégico para a organização, o processo de planeamento quando bem feito encerra em si, uma vantagem poderosa não só na melhoria de processos operacionais como na formação de equipas motivadas para enfrentar as tempestivas mudanças. Estes benefícios para o caso concreto do sector hospitalar traduzem-se em melhorias significativas de desempenho organizacional.

Capítulo III – Metodologia do estudo

Após a contextualização do quadro teórico de referência desta dissertação, apresenta-se neste capítulo a metodologia a ser utilizada ao longo do processo de investigação. A metodologia escolhida desempenha um papel fulcral ao longo do processo de investigação, sendo que a adequação ao estudo de caso implica necessariamente ter presente as questões de partida que orientam a investigação e os seus objetivos. Assim, é fundamental para a definição de um plano de pesquisa, a sua explicitação clara e concisa. Este plano implica a estruturação de um conjunto de aspetos que, articulados entre si, permitem a obtenção de respostas para o fenómeno a estudar.

3.1 Abordagem Metodológica

As técnicas de investigação qualitativa têm vindo a merecer uma maior atenção da comunidade científica e, nos últimos anos, muitas das mais prestigiadas revistas internacionais da área das ciências empresariais publicaram artigos que aplicam métodos qualitativos. Autores como Eisenhardt (1989) ou Yin (2003) defenderam ao longo dos últimos anos o uso da metodologia qualitativa e, em particular o estudo de caso, na investigação empresarial. No entanto, os métodos qualitativos não se esgotam no estudo de caso, podendo incluir a análise histórica, as discussões de grupo, as entrevistas (livres ou semi-estruturadas), a observação (participante ou não), entre outras (Ghauri, Gronhaug e Kristianslund, 1995).

De acordo com Yin (2003) o uso do estudo de caso como técnica de investigação depende do tipo de questões de investigação, do controlo que o investigador possa ter sobre os acontecimentos e do enfoque do estudo. Neste contexto, o estudo de caso afigura-se particularmente adequado para quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Acresce que os Hospitais são instituições sociais muito complexas, que enfrentam circunstâncias particulares, como sejam a sua história, localização, a dimensão, os recursos físicos e humanos ou até mesmo as especialidades médicas. Deste modo, todos estes fatores podem interferir sobre a sua gestão e condicionar fortemente o processo de planeamento

estratégico, principalmente quando se vive um clima de instabilidade com a imposição de medidas de austeridade extremamente duras.

Por outro lado, este método permite um maior nível de profundidade e de detalhe da análise o que é importante para a problemática em estudo. Para Yin (2003) o “estudo de caso” é a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “porquê” da problemática que se está a investigar. Deste modo, sempre que o investigador detém escasso ou nenhum controlo sobre os acontecimentos reais ou quando o campo de investigação se concentra num fenómeno natural dentro de um contexto da vida real a opção pelo método do estudo de caso pode ser pertinente. Numa via similar, Bell (1999) contextualiza o “estudo de caso” numa expressão que me parece particularmente ajustada, quando sublinha que um estudo de caso bem-sucedido pode fornecer um “retrato tridimensional” das relações, políticas locais e influências que ocorrem num contexto particular. Também, Eisenhardt (1989) descreveu as teorias de construção dos estudos de caso apontando os pontos fortes e fracos da adoção desta metodologia. A autora acrescenta que os vários aspetos do estudo de caso são discutidos na literatura por outros autores (Glaser e Strauss, 1967; Yin, 1981,2003; Miles e Hiberman, 1984), definindo o “estudo de caso” como uma estratégia de investigação qualitativa que incide sobre a compreensão, dentro de uma determinada configuração, da dinâmica presente. Os Hospitais onde vai decorrer o trabalho de campo não fogem à regra, sendo que a adoção desta metodologia permite conhecer globalmente a realidade de cada Hospital, detendo-se mais demoradamente nos aspetos relevantes para responder às questões de investigação.

Quanto à escolha das instituições, foram selecionadas quatro instituições na região Norte do país. Tendo em conta o trabalho de campo a desenvolver e as entrevistas a realizar, afigurou-se ser suficientemente representativa da realidade a estudar. Por outro lado, não se pode esquecer que a complexidade do tema aconselha uma aproximação mais qualitativa do objeto de estudo, de modo a conhecer a diversidade das suas dimensões, para além das suas especificidades em detalhe. Como defende Mintzberg (1979), citado por Eisenhardt (1989), na metodologia qualitativa do tipo “estudo de caso”, o tamanho da amostra não é relevante, o importante é entrar nas organizações com um foco bem definido, para assim recolher de forma sistemática dados bem específicos.

Para além do fator referido decidiu-se selecionar os Hospitais tendo em conta a complexidade organizacional, a gestão, a lotação e as especialidades médicas. Para a lotação a variável tamanho selecionada foi maior ou igual a 100 camas, considerando-se grande o suficiente para assumir a necessidade de um gestor hospitalar que trate de questões relativas à gestão estratégica dos recursos.

A amostra selecionada inclui três Hospitais classificados como gerais, e um hospital especializado numa determinada área da medicina (Oncologia). Os três Hospitais gerais, na sua aceção não são especializados exclusivamente numa determinada área da medicina ou da cirurgia ou até mesmo numa combinação particular dos dois, mas ao mesmo tempo oferecem atendimento a pacientes com necessidades diferentes.

Os Hospitais escolhidos foram: o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., composto pelo Hospital de Santo António, Hospital Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis, o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E; a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., composta pelo Hospital de Pedro Hispano, Centro de Saúde de Matosinhos, Centro de Saúde de S. Mamede Infesta, Centro de Saúde Senhora da Hora e pela Unidade de Convalescença; e o Hospital de São João.

3.2 Os Propósitos da Investigação

A investigação consiste num processo sistemático, organizado e objetivo de procura de conhecimento. Para Quivy e Campenholdt (2008) o investigador deverá procurar enunciar os propósitos da investigação na forma de uma “pergunta de partida”. É, portanto, através desta “pergunta de partida” que o investigador tenta exprimir rigorosamente o que procura compreender e saber. Para os autores, esta formulação obriga não só a uma clarificação frequentemente muito útil das suas intenções e perspetivas espontâneas, como põe em prática uma das dimensões essenciais do processo científico, a rutura com os preconceitos e as noções prévias.

Os propósitos desta investigação centram-se, essencialmente, no processo decisório do planeamento estratégico nos Hospitais E.P.E., conjugado com os instrumentos de monitorização utilizados e com o concomitante desempenho alcançado. Neste contexto, o objetivo fulcral desta investigação é triplo: em primeiro lugar pretende-se caracterizar o processo de planeamento estratégico nos quatro Hospitais E.P.E., comparando esses processos

entre si, por exemplo em termos de abordagem (*Top-down versus Bottom-up*); em segundo lugar procura-se identificar os instrumentos e indicadores de gestão que são usados na monitorização do plano estratégico dos quatro Hospitais E.P.E.; e, finalmente, pretende-se analisar o desempenho nas suas múltiplas vertentes dos quatro Hospitais E.P.E.

Na prossecução dos objetivos definidos foram estabelecidas três hipóteses de partida: i) Que processos de planeamento estratégico existem nos Hospitais E.P.E?; ii) Que instrumentos e indicadores de gestão são usados na monitorização do plano estratégico?; e, iii) Como é que os Hospitais avaliam o seu desempenho em geral e, em particular, num contexto de austeridade como o que vivemos?.

Para se atingir o primeiro objetivo foi realizada uma entrevista pessoal ao responsável de cada uma das unidades hospitalares para compreender e caracterizar o seu processo de planeamento estratégico. Optei pela entrevista, pois apresenta algumas vantagens em relação aos outros métodos de investigação qualitativa como os grupos de foco, a observação, entre outros. De facto, este método para além de permitir ao investigador ver como reagem os entrevistados enquanto respondem (por exemplo: se o fazem com entusiasmo ou com hesitação) o que pode valorizar muito as respostas, permite também que o investigador “aprenda” uma ideia que não lhe tenha ocorrido quando realizou o guião de entrevista e clarifique o sentido dessa afirmação, investigando assim o que está por detrás dessas respostas. Para isso, construiu-se um guião de entrevista direccionado ao presidente do Conselho de Administração, que em princípio será o interveniente com maior influência no processo de planeamento estratégico do Hospital em causa.

A entrevista realizada encontra-se dividida em três partes. A primeira parte inclui questões acerca do processo de planeamento estratégico, procurando-se responder a uma das dimensões do estudo, tais como: (i) O hospital tem ou não um plano estratégico; (ii) Em que medida e de que modo esse plano estratégico está a ser desenvolvido; (iii) Qual o grau de execução real do plano estratégico; (iv) A quem é atribuída a responsabilidade do planeamento estratégico; (v) Se atribuível, qual a extensão de envolvimento do Conselho de Administração na última grande revisão do plano estratégico; (vi) Qual o grau de envolvimento dos médicos na última grande revisão do plano estratégico;

A segunda parte inclui questões relativas ao monitorização do plano estratégico, como por exemplo, Quais os instrumentos de monitorização utilizados para acompanhar o processo de

implementação do plano estratégico. A terceira parte procura evidenciar o desempenho hospitalar em contexto de austeridade, respondendo a questões como por exemplo, face ao atual cenário de austeridade, quais as políticas de orientação interna adotadas pelo hospital.

A entrevista foi acompanhada de um guião bastante completo das questões a formular, pelo que assumiu a forma de semiestruturada. Deste modo, o guião incluiu algumas vezes perguntas de resposta múltipla ou perguntas abertas, como elementos facilitadores para o entrevistado e na justa medida em que revelasse dificuldades de entendimento sobre o sentido da questão. Pretendeu-se, assim, evitar embaraços para os entrevistados, ao mesmo tempo que se orientava a conversa para os pontos objeto da investigação.

Para facilidade de análise, optou-se por transcrever na íntegra todas as entrevistas, procurando-se realizar sempre que possível a triangulação das respostas e utilizando com segurança as transcrições das frases e expressões que se afigurassem mais importantes e significativas.

Outra das componentes complementares do estudo qualitativo foi a realização de um estudo documental aos planos estratégicos dos quatro Hospitais E.P.E. no sentido de se perceber quais os instrumentos e indicadores de gestão que estão previstos para monitorizar o plano estratégico em cada uma das instituições. Esta informação foi também validada na entrevista pessoal realizada aos responsáveis de cada uma das unidades hospitalares - presidente do Conselho de Administração.

Tal como foi referido anteriormente, no trabalho de campo para conhecer os traços gerais do processo de planeamento estratégico foram consultados alguns documentos de gestão, tais como o relatório e contas, entre outros. No entanto, outros documentos consultados, como os relatórios de avaliação do Tribunal de Contas, forneceram algumas indicações relevantes sobre os indicadores e instrumentos de gestão de cada unidade hospitalar.

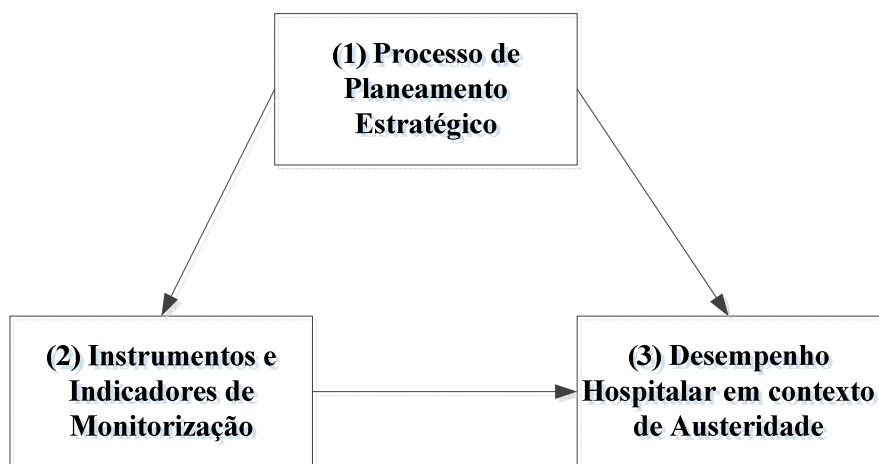
Capítulo IV – Planeamento, Monitorização e Desempenho Hospitalar em Portugal: Análise e Discussão dos Resultados

A análise dos dados recolhidos permite-nos não só responder às questões centrais de investigação como testar as hipóteses de investigação anteriormente enunciadas, sendo de algum modo a descodificação de todo o processo de investigação científica. Para Eisenhardt (1989) na abordagem qualitativa a análise de dados é o “coração” da construção da teoria de estudos de caso. Neste capítulo serão analisados e discutidos os resultados desta investigação.

4.1 Modelo Conceptual Proposto

O objetivo deste capítulo é analisar as relações constantes do modelo proposto, com base nas questões de partida que orientam esta investigação (Figura 4).

Figura 4: Modelo Conceptual Proposto



Fonte: Elaboração Própria

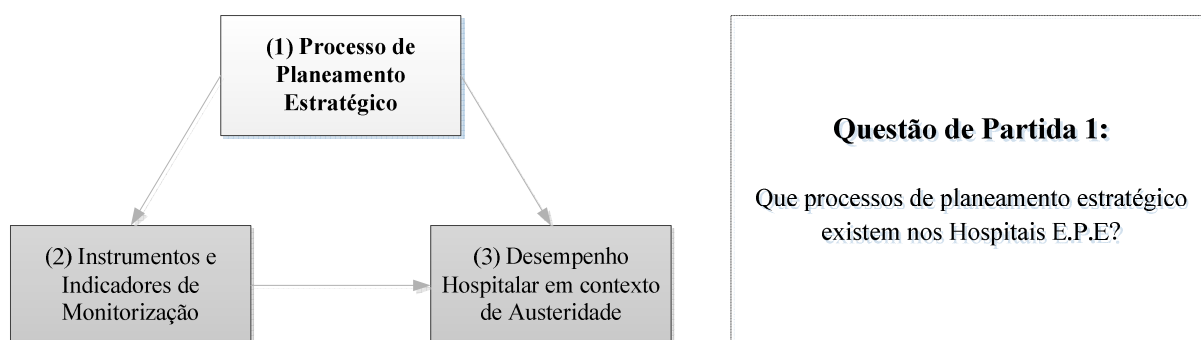
Na procura de respostas para as questões de partida, apresentaremos em cada um dos pontos seguintes a informação que consideramos importante, ora para contextualizar as questões em análise, ora para proporcionar dados relevantes resultantes da obtenção da resposta propriamente dita.

O processo de planeamento estratégico nos Hospitais E.P.E. face ao atual contexto de austeridade sofreu mudanças e alterações decorrentes de motivações políticas, económicas e sociais e teve repercussões no país e na gestão dos Hospitais onde desenvolvi o meu estudo de caso. Por essa razão, e para facilitar a exposição, dividi o estudo de caso em três partes. A primeira parte tem como objetivo fundamental caracterizar e comparar o processo de planeamento estratégico nos Hospitais E.P.E. A segunda parte está diretamente ligada à primeira e aborda os instrumentos e indicadores de gestão que são usados na monitorização do plano estratégico. A terceira resulta da análise à forma como os Hospitais avaliam o seu desempenho em geral e as medidas que os responsáveis máximos pela direção do hospital adotaram face ao atual contexto de austeridade.

4.2 Estudo dos Processos de Planeamento Estratégico existentes nos Hospitais E.P.E.

O estudo da relação entre os processos de planeamento estratégico existentes nos Hospitais E.P.E. selecionados é uma das mais importantes premissas para responder aos propósitos desta investigação. Por isso, com o tratamento e análise dos dados procuramos encontrar evidência empírica que possibilite responder à questão de partida 1.

Figura 5: Modelo Conceptual Proposto: Questão de Partida 1



Fonte: Elaboração Própria

Para monitorizar o processo de planeamento estratégico, os Hospitais entrevistados dispõem de um Serviço/Departamento/Divisão/Direção/Gabinete próprio para tratar destas questões.

No entanto, o presidente do CA da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) enfatiza a este respeito que *“o Departamento de Planeamento é um serviço de apoio mas o planeamento estratégico propriamente dito é de quem o operacionaliza, o Conselho de Administração”*. Por outro lado, verifica-se que em todos os Hospitais entrevistados as decisões de índole estratégica dependem diretamente do aval e/ou aprovação do órgão máximo da organização, o Conselho de Administração. Não obstante, no Centro Hospitalar do Porto (CHP) esta decisão é também acompanhada pelo Vogal Financeiro. É, portanto, o CA que aprova e estabelece as linhas de orientação sob as quais o serviço de planeamento se deve regular. Contudo, apesar das decisões de formalização serem do CA, na elaboração do plano estratégico participam e contribuem todos os departamentos/serviços do hospital. O presidente do CA do Hospital de São João (HSJ) corrobora esta posição, quando afirma que *“um plano estratégico para uma instituição a longo prazo, não se faz na nossa perspetiva com a existência de um departamento específico, esse plano estratégico faz-se com o envolvimento de toda a gente que pode dar contributos e toda a gente que pode dar contributos, pode ser o diretor de serviços mas também pode ser o porteiro, porque ninguém conhece melhor o que se passa no hospital aos mais vários níveis como as pessoas que estão de facto a trabalhar. O que significa que este planeamento se faz através de uma espécie de convenção estratégica, que reúne alguns dos tipos de lideranças do hospital aos mais variados níveis e não são só lideranças formais são também informais que pensam e repensam o hospital e dão os seus contributos para a definição do planeamento estratégico.”*

É importante salientar que no HSJ existe um conceito diferente das funções tradicionais do CA. Esta unidade hospitalar considera que nenhum dos membros do CA representa uma classe profissional ou competência técnica, o que quer dizer que, por exemplo, a direção clínica e de enfermagem são vistas como direções de produção. Apesar de existir uma obrigatoriedade legal que impõe um presidente do CA, dois vogais executivos e dois vogais mais técnicos, no HSJ esta orientação não é seguida, existindo sim uma direção de produção e uma direção comercial no CA, sendo que a visão se cascadeia na organização do hospital para que cada um possa ter os *inputs* e apoios necessários, bem como todos os dados e informações para a tomada de decisão.

As funções do serviço de planeamento estratégico apesar de muito semelhantes são executadas de forma diferente pelos vários Hospitais, isto porque, existem estruturas gestionárias muito próprias e diversificadas em cada unidade hospitalar. Com o processo de

empresarialização a gestão hospitalar deixou de ser estanque e passou a ser diferenciada. As ações que consubstanciam as funções deste departamento são homogéneas em todos os Hospitais entrevistados, e passam pela gestão e acompanhamento do planeamento; pelo apoio na elaboração dos planos estratégicos, mormente os planos de negócio solicitados pela Administração Regional de Saúde (ARS); pela elaboração de orçamentos; e ainda pela definição de objetivos. A este propósito, o presidente do CA do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO Porto) acrescenta que naquele “*departamento gere-se todo o ciclo anual de planeamento e acompanhamento da atividade do instituto, sendo também onde se desenham, controlam e executam os planos de atividade e se elaboram documentos como o Relatório e Contas. É neste acompanhamento periódico da atividade de cada serviço (normalmente mensal), que se confronta o que aconteceu com aquilo que se esperava que acontecesse*”.

Para o presidente do CA da ULSM o plano estratégico é uma ferramenta essencial de apoio à gestão, e é no serviço de planeamento e controlo que se fazem todos os reportes não só para a ARS, como já foi referido anteriormente, como para os vários ministérios. Este departamento da ULSM é responsável pelo *Business Intelligence* (BI) do hospital e pela publicação mensal do boletim estatístico. Do ponto de vista estratégico este serviço intervém fundamentalmente no quadro do plano estratégico e de atividades realizando estudos de viabilidade económica. O presidente do CA desta unidade hospitalar faz uma pertinente ressalva de diferenciação relativamente a este departamento dividindo-o em planeamento e controlo e contratualização, salvaguardando que na ULSM existem responsáveis diferentes. Para aquele presidente a “*contratualização é responsável pela implementação em toda a Unidade de Saúde Local de Matosinhos sendo usada uma metodologia conhecida - o Balancead Scorecard por serviço -, onde é realizada a contratualização interna com todos os serviços. No início do ano para além do contrato assinado com a tutela faz-se internamente a contratualização com os diversos departamentos. Na maioria dos Hospitais estes dois gabinetes (a contratualização e o planeamento) estão juntos, embora aqui se tenha optado por não os fundir. O da contratualização trabalha muito de perto comigo (presidente do Conselho de Administração), as suas funções são para além de contratualizar internamente, avaliar mensalmente os desvios pela informação que vem do departamento de Planeamento e Controlo. O Planeamento e Controlo, por sua vez, é o garante do rigor na nossa informação, da fiabilidade da informação e transmite essa informação a todo o hospital através do nosso BI (Business Intelligence). Por outro lado, o gabinete de contratualização analisa os desvios,*

nomeadamente, o que está a vermelho e a amarelo. No caso de estar vermelho chamamos cá, com urgência, os diretores dos serviços para saber o que se passa e como podemos ajudar. Este gabinete apoia também o presidente do Conselho de Administração na sua negociação com a tutela. São coisas muito distintas apesar de poderem estar juntas, eu preferia que não estivessem e aqui, no Hospital de Pedro Hispano, não estão”.

Porém, no HSJ este serviço denominado de “Unidade de Controlo de Negócio” centraliza e interage com todo o hospital planeando anualmente os orçamentos e as atividades a desenvolver, as áreas para as quais devem ser afetados recursos nesse ano em função das necessidades, nomeadamente, dos recursos de investimento. O presidente do CA do HSJ defende que a abordagem estratégica realizada neste departamento tem um horizonte temporal de médio prazo. No que concerne, às ações em que se consubstanciam concretamente as funções deste departamento, o presidente do CA enfatiza que *“todas as ações são para o plano estratégico plurianual de visão macro, ou seja, o que é esta entidade de saúde e como é que ela se deve posicionar, quer em termos de reorganização interna e organização interna, quer em termos do seu posicionamento na rede das novas tendências de mercado, como por exemplo a abertura ao mercado de saúde internacional. E esta visão estratégica é muito importante porque nos permite pensar o que é que vai ser o mercado da saúde daqui a cinco anos ou seis anos.”*

No CHP o serviço de planeamento acompanha a produção em parceria com os serviços financeiros, mormente com o gabinete de contabilidade analítica. Segundo o presidente do CA é neste gabinete onde se *“repartem todos os custos por setores tentando imputar esses custos a cada um dos respetivos setores do hospital e juntamente com os diretores financeiros e com os serviços vai-se fazendo reports quinzenais daquilo que se passa.”*

No processo de planeamento estratégico adotado pelas instituições hospitalares entrevistadas estabelecem-se objetivos de curto prazo, normalmente um ano, com base em dados históricos. O presidente do CA do IPO Porto enfatiza a este respeito a importância dos *“dados históricos, pois, o fluxo de doentes, ainda para mais num hospital como o nosso, é relativamente previsível, com base sobretudo no ano anterior mas também na tendência que o ano anterior mostra. Olhar para um ano é pouco, mas olhando para dois ou três anos atrás, percebe-se que esta tendência aumenta.”*

Em termos globais as unidades hospitalares procedem ao desenvolvimento de um diagnóstico estratégico, envolvendo vários níveis hierárquicos da organização. As decisões são registadas em documentos escritos e as decisões são tomadas oportunamente por vários colaboradores, consoante o tipo de situação que ocorre, sendo as ações calendarizadas com antecedência e distribuídas ao longo do ano. Quando questionados acerca dos fatores que contribuíram para a introdução do planeamento estratégico na unidade hospitalar, os entrevistados responderam que este processo contribuiu não só para cumprir com a obrigatoriedade de apresentação do plano estratégico por parte da ACSS, como para os Hospitais aferirem de mais e melhor informação, definindo objetivos e orientando a sua gestão financeira.

Para o presidente do CA da ULSM um fator muito importante que também contribuiu para a introdução de um departamento de planeamento estratégico foi a capacidade de negociação. Por outro lado, o presidente do CHP refere que quanto aos aspetos financeiros, contribuiu pouco a introdução do planeamento estratégico, pois segundo o presidente *“nós precisamos de ter essa informação e portanto contribuiu pouco, nós temos que ter permanentemente o acompanhamento financeiro da instituição para analisarmos os desvios”*.

Em relação ao grau de envolvimento dos médicos na última grande revisão do plano estratégico, constata-se que em todos os Hospitais entrevistados o envolvimento é total. Isto porque, o plano estratégico é discutido com os dirigentes, médicos e não médicos, ou seja, todos são chamados a opinar. O presidente do CA da ULSM sugere que *“uma das formas de trabalhar bem os planos estratégicos é realizar com as equipas médicas reuniões de brainstorming e interdisciplinares. Os médicos são muito importantes neste processo, apesar de nestas questões não serem a classe mais consciente, porque enfim não é a sua especialidade por uma questão técnica. Por exemplo, o médico que é ortopedista quer é garantir que continua a ter doentes para exercer a sua especialidade e crescer no seu serviço. Porém, ele revela alguma dificuldade em entender as questões relativas à gestão e ao planeamento estratégico, pois está muito centrado na qualidade do trabalho que faz. Acrescentaria, apenas que é importante realizar brainstormings interdisciplinares.”*

Quando enunciadas as etapas/fases do processo de planeamento estratégico prosseguidas pelos Hospitais entrevistados constata-se que regra geral elas são análogas. Estas etapas são compostas fundamentalmente pela análise dos pontos fortes e fracos e das ameaças e oportunidades; ao estabelecimento de premissas; à realização de um planeamento de

contingência e risco, nomeadamente através de estudos epidemiológicos; na definição de objetivos e metas; na identificação, avaliação e seleção de estratégias; na planificação funcional; e na orçamentação operacional e estratégica. Quem participa na execução deste processo é o departamento de planeamento apresentando a sua melhor proposta ao CA. Cabe, por sua vez, aos membros do CA analisar, alterar, redefinir os pressupostos do que foi proposto e dar o seu aval final.

Na ULSM o planeamento estratégico é realizado de três em três anos, o que corresponde à periodicidade dos mandatos do CA. Por sua vez, no CHP e no IPO Porto o planeamento estratégico é anual bem como o plano de atividades e o relatório. No entanto, é realizado um acompanhamento mensal da atividade. Analogamente em nenhum dos Hospitais entrevistados existe um manual de planeamento, no entanto, no IPO Porto existe um documento equivalente a que chamam “Regulamento”.

Quanto ao grau de execução do plano estratégico nos Hospitais entrevistados verifica-se que todos tendem a executar totalmente o plano estratégico. O presidente do IPO Porto salienta que quanto ao grau de execução este *“depende do indicador que utilizarmos, mas se forem os indicadores de produção, nós produzimos a mais do que aquilo a que nos comprometemos, e é sempre superior aos 90%. Portanto, eu acho que a média dos indicadores daria 100%, quer dizer com variações de 5 pontos percentuais para cima ou para baixo”*.

Porém, o presidente do HSJ esclarece que *“uma das formas pelas quais o Estado subfinancia os Hospitais E.P.E. é através do estabelecimento de contratos-programa que fixa tetos à produção, isto é, o Estado diz, para 2012 e para o Hospital de São João, o Estado financiará 289.000 milhões de euros. Com este financiamento vocês têm que pagar um determinado número de cirurgias a um preço que entretanto foi diminuindo, um certo número de consultas, entre outras atividades, ao mesmo tempo que vocês têm que reduzir a lista de espera para cirurgia, para consultas, etc... Isto quer dizer que se o Hospital cumprisse o que está estabelecido no contrato-programa, fechava as suas portas em Setembro ou Outubro e parava, porque tinha cumprido tudo aquilo que estava no âmbito do contrato que o Estado assumiu comprar ao Hospital. Ora como o Serviço Nacional de Saúde não pode parar isto significa que o hospital cumpre esse contrato no que diz respeito à produção, ultrapassa-o largamente e não é remunerado pela produção que faz acima do contrato.”*

No decorrer da entrevista foi referida uma mensagem que é transmitida aos CA pela ACSS e que aponta o “planeamento e controlo de gestão” como meios fundamentais para “ajudar a cumprir os objetivos do SNS”. À exceção do presidente do CA do CHP, todos os entrevistados consideraram que aquela mensagem tem sido transmitida pela ACSS. A este propósito o presidente do IPO Porto acrescenta que *“sendo muito difícil, tem conseguido transmitir a necessidade de se planear e de se controlar aquilo que se faz e usa, essencialmente através do contrato-programa, mas também através de outras auditorias de boas práticas aos mais diversos níveis, desde as compras às contratações ou ao acesso. Quando me pergunta se a ACSS está a conseguir transmitir a sua mensagem, eu diria que sim, mas, antes da ACSS, a própria instituição através de medidas até mais rigorosas, tem de convencer toda a gente nesta indústria que os objetivos têm que ser atingidos primeiro e atingidos com grande eficácia, senão as consequências são para os seres humanos e para os doentes. Eu diria que há duas forças a atuar, de cima os contratos, as auditorias e os regulamentos a que estamos obrigados, mas depois não há uma entidade que consiga fazer um controlo eficaz, isso não acontece com nenhuma empresa seja ela pública ou privada. As empresas privadas controlam lojas, controlam supermercados à distância, não controlam empresas com a complexidade destas. Vá ver o Grupo Mello as outras instituições da área, também têm estruturas descentralizadas, exatamente porque é vivendo o dia-a-dia da instituição que se consegue aperceber dos problemas antes que eles se tornem muito grandes e atuar também de maneira rápida”*.

Tal como foi referido anteriormente, uma opinião contrária tem o presidente do CA do CHP quanto à mensagem da ACSS, defendendo que *“infelizmente não transmite porque fala muito em dinheiro e fala pouco em planeamento e nós estamos aqui para tratar doentes e não para poupar dinheiro. Podemos poupar ou não mas estamos aqui para tratar doentes”*.

Seguidamente, quando questionados acerca do contributo dos contratos-programa para o financiamento para da atividade dos Hospitais E.P.E. e para o desenvolvimento de meios internos de controlo e acompanhamento, os entrevistados têm uma opinião unânime, concordando que foi um grande contributo. O presidente do CHP acrescenta ainda que *“tendo sido presidente de um hospital do SPA e presidente de um Hospital E.P.E., penso que a existência do planeamento e controlo obriga-nos a um esforço de cumprimento, e nós não gostamos de ver que estamos a incumprir e portanto procuramos ao máximo que se cumpra aquilo que são as determinações da tutela.”*

O presidente da ULSM corrobora esta posição afirmando que *“neste momento temos que controlar tudo com muito rigor sob pena de perdermos financiamento”*. O presidente do IPO Porto acrescenta que com este tipo de financiamento o instituto desdobra o contrato-programa em objetivos e em *targets* sectoriais dentro do hospital.

Paralelamente a perceber a importância e contributo do tipo de financiamento com base em contratos-programa é essencial também perceber se a informação gerada pelo plano estratégico é adequada ao contexto da gestão hospitalar. Quando questionados acerca deste assunto os presidentes do CA da ULSM do IPO Porto e do HSJ respondem afirmativamente. Porém, o presidente do CA do CHP defende que a informação *“ainda é muito rudimentar e tardia. Ainda no outro dia foram discutidos os valores de Maio e eu já tenho os valores de 15 Julho, portanto a mim custa-me muito discutir valores de Maio quando já tenho os de 15 Julho, porque eu tenho informação quinzenal quer dos departamentos financeiros quer dos departamentos de produção. Acho que precisava de uma maior dinâmica, mas não sei se centralmente eles têm a possibilidade de obter informação mais cedo, pois nós aqui temos isso on-line, nós temos um programa de acesso a informação diariamente, o Business Intelligence e lá temos todos os dados”*.

É transversal a opinião de todos os entrevistados em relação ao benefício da adoção de planos estratégicos para a prossecução da missão institucional. No entanto, o presidente do CA do IPO Porto acrescenta que este não será o único complemento da gestão mas que ajuda claramente. Não obstante, o presidente do CA do HSJ defende que *“nos planos estratégicos que o hospital elabora não tenho dúvida nenhuma, do contrato-programa que é imposto ao hospital obviamente que não beneficia”*.

Em termos globais, os entrevistados consideram que o processo de planeamento contribui para a redução de custos, para o aumento da eficiência, economia e eficácia na prestação de cuidados de saúde. O presidente do CA da ULSM defende que este processo é importantíssimo, no entanto salienta que o que mais contribui para isso é o orçamento que o hospital tem disponível. *“Se eu sei que vou ter menos 5% do orçamento que o ano passado eu vou ter que adaptar as coisas em função disso. Vou ver aquilo que afeta menos no fundo a minha produção, no entanto não me posso esquecer que estou cá para tratar doentes e para lhes dar acesso rápido aos cuidados de saúde, mas o planeamento aí entra. Por exemplo*

vamos diminuir horas extraordinárias aonde? Em princípio naquilo que afeta menos a minha prestação de cuidados de saúde”.

Numa via similar, o presidente do CA do CHP defende que numa instituição de saúde mais importante que reduzir custos é não descurar a prestação de cuidados de saúde, dando um exemplo recente. *“A leitura da instituição e a escolha dos caminhos é que leva a instituição à redução dos custos da nossa atividade. Por exemplo há um médico que quer adquirir uma máquina nova para introduzir uma técnica inovadora e veio-me perguntar o que eu achava, pois sabia que a aquisição tem custos elevados, e veio saber a minha opinião se valia a pena ou não investir e se devia ou não empenhar-se nisso. Nestes casos nós temos que avaliar se é uma técnica que contribui para o bem-estar das pessoas seja qual for o custo, depois temos que implementar porque essa é a nossa missão.”*

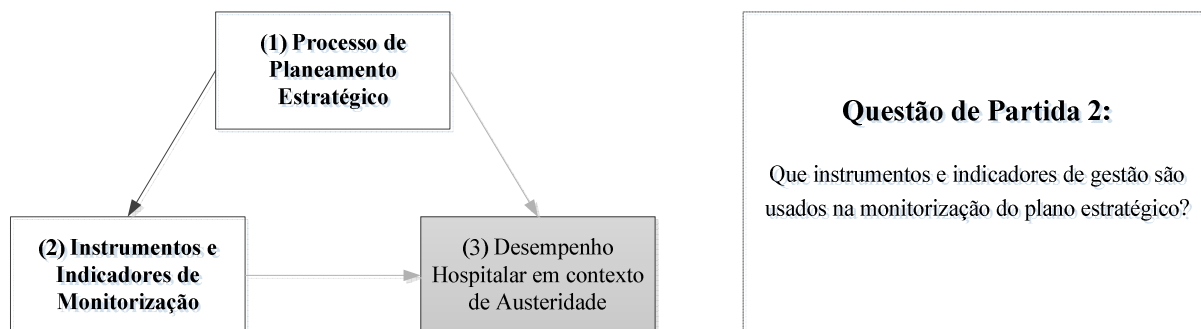
Na mesma linha de pensamento mas enfatizando mais os conceitos de economia, eficiência e eficácia o presidente do CA do IPO Porto acrescenta que *“a redução de custos é uma preocupação central, mas com o limite que lhe disse, há um limite para a contenção de custos. Economia, eficiência e eficácia tudo bem, com a existência de planos e conhecimento antecipado dos recursos para saber o que tem que fazer e quais os recursos financeiros, humanos, materiais, fornecimentos que podem dispor para atingir as metas. A liberdade para se organizarem dentro dessa restrição também ajuda. A eficácia diz respeito a tratar com qualidade todos os doentes que nos aparecem à porta e naturalmente o planeamento ajuda nisso. Só que a procura do mínimo custo pode travar a qualidade nos serviços prestados e eu não quero isso. A minimização do custo é uma coisa mas a quantidade tratada é um acumulado, e mesmo que se tenha atingido ou ultrapassado o ponto de minimização de custos não vai parar por aí pois não se podem deixar doentes à porta”.*

Em todos os Hospitais entrevistados existem objetivos definidos para os diferentes níveis hierárquicos. De uma forma geral, a contratualização é realizada em cascata, ou seja, a tutela contrata com o CA e o CA com os departamentos e serviços. Em síntese, constata-se que o planeamento estratégico se evidencia nos Hospitais como um procedimento essencial e de apoio à tomada de decisão, não só porque o estatuto jurídico o exige mas porque se revela de extrema importância. No entanto, para auxiliar esse planeamento os Hospitais recorrem a indicadores e ferramentas de monitorização estratégica.

4.3 Estudo sobre o Uso dos Indicadores de Gestão na Monitorização do Plano Estratégico

Uma das questões a que se procura responder nesta secção é que instrumentos e indicadores de gestão são usados na monitorização do plano estratégico?. A figura 6 ilustra este objetivo.

Figura 6: Modelo Conceptual Proposto: Questão de Partida 2



Fonte: Elaboração Própria

Na monitorização do processo de planeamento estratégico todos os Hospitais entrevistados indicam que recorrem a instrumentos e indicadores de gestão. É importante salientar que as instituições de uma forma geral utilizam estes instrumentos não por imposição do modelo de empresarialização hospitalar, mas porque os consideram de extrema utilidade e importância no auxílio da gestão e na tomada de decisão. Quanto aos indicadores utilizados os presidentes dos CA referem o número de doentes a tratar em cada linha de produção, seja internamento, cirurgia programada de internamento, hospital de dia, primeiras consultas, etc., a demora média para cada um dos setores, a taxa de acessibilidade, ou seja, a relação entre a relação entre as primeiras consultas e as consultas globais, indicadores de custos, de produção, de rentabilidade, indicadores de qualidade clínica e de gestão. Todos estes indicadores, como refere o presidente do CA do HSJ, são valores fixados no contrato anual.

Relativamente aos instrumentos de monitorização dos indicadores os entrevistados foram unânimes, tendo sido enunciadas algumas ferramentas. O método de custeio ABC é usado na monitorização do desempenho organizacional no HSJ, como se pode observar pela seguinte afirmação. “O único hospital que tem de facto um modelo de custeio é o Hospital de São João. Nós sabemos quanto custa o senhor x e quanto custou em trabalho médico, em trabalho

de enfermeiro, em material de consumo clínico em tudo, e por via disso sabemos quanto custa por exemplo uma cirurgia de varizes, uma cirurgia de substituição de uma prótese, ou uma consulta de hospital de dia, ou seja, temos o custo ao doente e por consequência, temos o custo médio de toda a atividade". Os restantes Hospitais entrevistados apenas têm contabilidade analítica, não obstante, o presidente do CA da ULSM considera que *"neste momento não utilizamos o método de custeio ABC, pois temos apenas contabilidade analítica, mas caminhamos para isso"*.

Quanto a realizar uma análise custo-benefício, de uma forma geral constata-se que os Hospitais entrevistados, exceto o HSJ, procedem a análises custo-benefício. No CHP esta análise é realizada pontualmente, ou seja sempre que se introduz um fármaco novo ou se adquire um novo equipamento. Uma opinião contrária tem o presidente do CA do HSJ pois defende, como se depreende da afirmação seguinte, que esta prática na realidade não existe na esfera dos Hospitais portugueses. *"Em termos formais e claramente instituídos não, nem no hospital nem creio que a nível nacional. A nível nacional e não sei se a nível internacional. As análises custo-benefício que são fundamentais na área do medicamento simplesmente não existem em Portugal"*. Por sua vez, o presidente do CA do IPO Porto considera a análise custo-benefício como um bom procedimento. Relativamente à análise da organização e do seu meio envolvente a denominada análise SWOT, constata-se que todos os Hospitais entrevistados utilizam este instrumento e que de uma forma geral é para a gestão hospitalar de extrema relevância.

O BSC é utilizado apenas pelo HSJ e pela ULSM, enquanto no IPO Porto e no CHP estão a ser desenvolvidos mecanismos para a introdução deste instrumento de gestão. Apesar de não utilizarem o BSC o IPO Porto considera que esta é uma ferramenta de gestão extremamente interessante.

Quanto ao *Tableau de Bord* é utilizado por todos os Hospitais entrevistados, não só por imposição legal da ACSS mas porque é uma ferramenta de controlo de gestão estruturada a partir de indicadores chave que permite ao gestor acompanhar o desempenho organizacional dentro de parâmetros previamente definidos, contribuindo para a redução da incerteza e facilitando a previsão de risco inerente a todas as suas decisões. Na ULSM esta ferramenta está integrada no BSC, tal como explica o presidente do CA que *"diariamente consegue ver como está o tempo de espera média do hospital através do Tableau de Bord, que tem uma*

forte componente visual, porque utilizamos o Balancead Scorecard. Era muito difícil para mim não ter este instrumento de gestão, pois consegue-se saber o que se está a passar em cada momento, por exemplo, perceber porque é que as consultas estão a baixar, as cirurgias estão a baixar, o tempo de espera está a aumentar. Isto porque, na Unidade Saúde Local de Matosinhos, 10% do nosso orçamento é composto por incentivos. Existem cerca de 40 indicadores, atingir ou não atingir um indicador vale muito dinheiro. Assim 10% daquilo que é faturado são penalidades (incentivos). Grosso modo, o orçamento deste hospital são 100.000 milhões de euros e desses 100.000 milhões de euros, eu tenho penalidades que vão até 10.000 milhões de euros, portanto o meu orçamento pode passar de 100.000 milhões para 90.000 milhões. Basta não cumprir as metas, ora os objetivos são muito exigentes e portanto têm que ter um acompanhamento diário. É evidente que os que estão a verde não me preocupam muito, preocupam-me os que estão a amarelo mas temos aqui no meio disto tudo os indicadores que estão a vermelho, o que significa que num momento como este não me posso dar ao luxo de perder um tostão nestas penalidades, são 10.000 milhões”.

No CHP com base neste instrumento (*Tableau de Bord*) e nos resultados obtidos é realizado, mensalmente, um mapa de controlo de produção para que os órgãos de gestão possam fazer uma análise aos desvios. De uma forma geral, todos os Hospitais consideram esta ferramenta essencial na esfera da gestão hospitalar, pois permite controlar e acompanhar a atividade da instituição e cumprir com os objetivos preconizados pela tutela.

Quando questionados acerca da utilização da técnica de *Benchmarking*, exigida pela “Troika” no memorando de entendimento assinado com o Estado português, os Hospitais, de uma forma geral, respondem positivamente à adoção deste processo de comparação do desempenho organizacional procurando sempre comparar-se com as melhores práticas, os melhores processos e as ideias mais inovadoras. No caso particular do IPO Porto o presidente do CA refere que “*comparamos com todos os Hospitais que tratam cancro e que são comparáveis. Todos os Hospitais do país têm as suas estatísticas, mas porque o IPO do Porto é o sexto maior hospital europeu de cancro, comparamos com os outros Hospitais europeus. Tirando o IPO Lisboa, que é mais pequeno que o nosso, cerca de 2/3, e o de Coimbra que é metade, não tínhamos em Portugal grandes termos de comparação. Portanto, comparamo-nos com Hospitais franceses, ingleses, espanhóis que são esses sim bons Benchmarkings para nós. É o único do país que ganhou uma designação de Centro de Cancro Compreensivo, porque junta três valências que é o tratamento de doentes, a formação de médicos (temos*

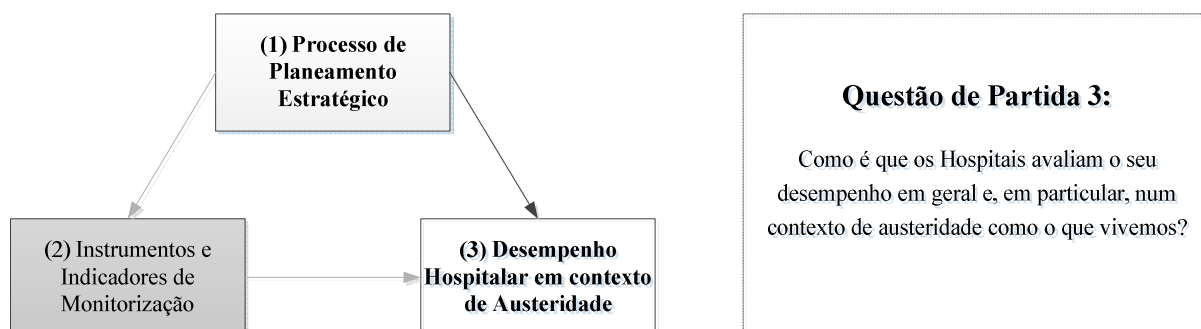
uma escola de oncologia temos um mestrado para médicos, e outras formações) e a componente da investigação científica. Temos consórcios com vários centros, nomeadamente o IPATIMUP para fazer I&D, e aí somos o único no país, e há poucos na Europa a juntar estas três valências”. De modo semelhante, o presidente do CA do HSJ realça que usa as “técnicas de Benchmarking, quer do ponto de vista formal quer do ponto de vista informal. Temos uma parceria com uma empresa que analisa 24 Hospitais de dimensão idêntica ao São João, selecionados com base na existência de especialidades comuns na atividade, tecnologias comuns, etc.. Estes 24 hospitais permitem que o Hospital de São João tenha selecionado como grupo de Benchmarking a média para cada indicador dos 6 melhores destes 24 para cada indicador, sendo efetuado para o hospital inteiro e para cada serviço em particular. Por isso, todos os anos, ao longo do ano porque isto já está disponível também para acesso direto e em tempo real ao computador por via informática, se faça Benchmarking com este grupo de Benchmarking”. Segundo o presidente do CA, o CHP está inclusivamente “integrado num programa europeu que nos compara com os Hospitais espanhóis e com os portugueses da mesma dimensão que o nosso no sentido de saber sempre, em termos de demora média de complicações de infeções, se nós estamos dentro dos parâmetros estabelecidos”. Por seu turno, o presidente do CA da ULSM acrescenta ainda que para além dos instrumentos de monitorização identificados “utilizamos muito um que é mais operacional do que estratégico que é o Lean Kaisen”.

De uma maneira geral, todos os Hospitais consideram que a gestão hospitalar encerra em si uma grande necessidade de adoção de técnicas, mecanismos e ferramentas de monitorização estratégica. De facto, é através da informação gerada por estes instrumentos que o gestor no processo de tomada de decisão consegue aferir dos melhores resultados. Estes instrumentos são fundamentais para o desempenho hospitalar principalmente face ao atual contexto de austeridade.

4.4 Desempenho Hospitalar e as Medidas de Austeridade

A questão que se procura responder a seguir é de que modo os responsáveis dos Hospitais avaliam o seu desempenho em geral e, em particular, num contexto de austeridade como o que vivemos.

Figura 7: Modelo Conceptual Proposto: Questão de Partida 3



Fonte: Elaboração Própria

De uma forma geral as administrações das instituições recorrem à utilização de indicadores de gestão para medir o desempenho organizacional. Por isso, interessa compreender qual a importância atribuída pelos entrevistados aos indicadores e quais os indicadores que foram escolhidos para caracterizar e determinar o nível de desempenho. Caso os dados revelem um nível de importância significativa, este conjunto de indicadores será usado para determinar e caracterizar o nível de desempenho da gestão. Contudo, caso os dados deste conjunto de indicadores revelem um baixo nível de importância, poderemos recorrer a um outro conjunto de itens, colocados na entrevista, como a perceção dos gestores sobre nível do desempenho hospitalar em relação aos últimos 3 anos e em relação ao nível das expectativas associadas ao desempenho da atual administração. Por último, procurar-se-á avaliar o desempenho da gestão por recurso a outros indicadores. Após esta breve contextualização passaremos a analisar o nível de importância dos atributos que devem existir num indicador, para posteriormente analisarmos os itens que estão relacionados com o desempenho da gestão.

No que se refere à composição dos balanços funcionais dos hospitais em análise (Anexo II), constata-se que a posição financeira dos hospitais entrevistados sofreu alterações ao longo do triénio 2009-2011. Quanto ao CHP apesar de em 2009 funcionar com Fundo de Maneio (FM) positivo este não era suficiente para financiar as Necessidades de Fundo de Maneio (NFM), sendo parte destas financiadas por recursos alheios de curto prazo. Nos anos subsequentes esta situação agravou-se fortemente passando o FM a ser negativo, o que se traduz numa perda substancial da margem de segurança fruto dos Recursos Cíclicos (RC) serem superiores às Necessidades Cíclicas (NC). Porém, constata-se que o HSJ funcionou com uma certa margem de segurança. Não obstante, este cenário apesar de confortável não significa ausência

de dificuldades financeiras, para esta situação acontecer basta que os créditos a curto prazo (de fornecedores) tenham que sido liquidados mais rapidamente que o recebimento dos clientes/utentes. O IPO Porto funcionou deliberadamente ao longo do triénio com uma Tesouraria Líquida (TL) positiva, isto significa que estas disponibilidades geram, proveitos financeiros, através das consequentes aplicações financeiras. Não obstante, é importante reforçar a ideia que se estas disponibilidades não forem corretamente aplicadas, podem revelar deficiente gestão financeira dos recursos obtidos. Por último, constatamos que a ULSM durante o triénio 2009-2011 manteve-se numa posição financeira bastante delicada.

Relativamente aos indicadores de equilíbrio financeiro o rácio de liquidez geral assenta na hipótese, segundo a qual as existências podem ser liquidadas a tempo de satisfazer as dívidas a curto prazo. O seu valor será calculado em função do processo produtivo desenvolvido com a atividade do hospital a qual determina a estrutura do circulante. Não se pode fixar um valor de referência válido para todos os Hospitais, embora haja quem convencie que o valor apurado deva ser superior a 1. Tal como se pode constatar no quadro 6, apenas o HSJ apresentou um rácio de liquidez capaz de satisfazer as suas dívidas de curto prazo no triénio 2009-2011. O CHP apresentava em 2009 um rácio de liquidez superior a 1, porém nos anos subsequentes essa tendência inverteu-se com valores inferiores a 1. Quanto ao IPO Porto constata-se que no período analisado o seu rácio de liquidez foi sempre inferior a 1 e que a tendência é para a sua diminuição. Por último, a ULSM apesar de não apresentar um rácio de liquidez superior a 1 no período em análise, revelou uma tendência de aumento ao nível da liquidez geral (Quadro 6).

Quadro 6: Liquidez Geral no triénio 2009-2011

Ano / Instituição	CHP	HSJ	IPO Porto	ULSM
2009	1,30	1,39	0,64	0,74
2010	0,84	1,40	0,45	0,81
2011	0,57	1,10	0,18	0,80

Fonte: Elaboração Própria com base nos Relatórios e Contas de 2009, 2010 e 2011.

De uma forma geral, verifica-se que o grau de endividamento dos Hospitais entrevistados tende a aumentar, com a exceção da ULSM que apresenta uma diminuição dos indicadores de

endividamento financeiro (Quadro 7). Este indicador apura a extensão com que o hospital utiliza o seu capital alheio no financiamento das suas atividades.

Quadro 7: Endividamento no triénio 2009-2011

Ano / Instituição	CHP	HSJ	IPO Porto	ULSM
2009	57%	49%	51%	70%
2010	74%	48%	54%	65%
2011	89%	74%	64%	68%

Fonte: Elaboração Própria com base Relatórios e Contas de 2009, 2010 e 2011.

Um Hospital está solvente do ponto de vista económico quando apresenta uma situação patrimonial que garanta o seu passivo e quando apresenta expectativas de resultados que garantam a sua sobrevivência futura. Como se ilustra no quadro 8, apenas a ULSM tende a aumentar o seu grau de solvabilidade, apesar das fortes medidas restritivas impostas ao setor. O CHP e o IPO Porto apresentam, no triénio 2009-2011, uma tendência de diminuição no indicador de solvabilidade (Quadro 8). Quando ao HSJ verifica-se que em 2009 e 2010 a tendência foi de um aumento que se reverteu em 2011 (Quadro 8).

Quadro 8: Solvabilidade no triénio 2009-2011

Ano / Instituição	CHP	HSJ	IPO Porto	ULSM
2009	74%	104%	96%	42%
2010	34%	108%	84%	53%
2011	13%	35%	56%	113%

Fonte: Elaboração Própria com base nos Relatórios e Contas de 2009, 2010 e 2011.

A autonomia financeira é um indicador de estrutura financeira complementar ao rácio de endividamento, isto porque, informa sobre a parcela dos ativos que é financiada pelos capitais próprios. Assim, quanto maior for o rácio, maior é a capacidade do hospital em recorrer a capital alheio. O quadro 9 apresenta os indícios de solidez ou instabilidade financeira apresentados pelas unidades hospitalares estudadas. Neste quadro podemos constatar que o CHP e o IPO Porto apresentam uma tendência de diminuição no triénio 2009-2011, isto significa que a instabilidade financeira foi-se circunscrevendo ao longo dos anos. Quanto ao

HSJ, apresenta no período entre 2009 e 2010 um aumento da instabilidade, embora esta tendência tenha sido revertida em 2011 (Quadro 9). A ULSM apresenta uma crescente solidez financeira ao longo do triénio 2009-2011 (Quadro 9).

Quadro 9: Autonomia Financeira no triénio 2009-2011

Ano / Instituição	CHP	HSJ	IPO Porto	ULSM
2009	43%	51%	49%	30%
2010	26%	52%	46%	35%
2011	11%	26%	36%	77%

Fonte: Elaboração Própria com base nos Relatórios e Contas de 2009, 2010 e 2011.

Quanto ao indicador de eficiência operacional relativo à demora média no atendimento aos utentes verifica-se pelos dados evidenciados no quadro 10 que apenas existiu um aumento no CHP e na ULSM, nas restantes unidades hospitalares a tendência foi para uma diminuição (Quadro 10).

Quadro 10: Demora Média no triénio 2009-2011

Ano / Instituição	CHP	HSJ	IPO Porto	USLM
2009	6,55	8,19	7,50	7,60
2010	6,60	8,06	7,77	7,40
2011	6,61	7,96	8,80	6,97

Fonte: Elaboração Própria com base dos Relatórios e Contas 2009, 2010 e 2011.

Depois desta abordagem quantitativa acerca do desempenho dos hospitais face ao atual cenário de austeridade vivido em Portugal, é importante, também, perceber quais as mudanças no planeamento estratégico sentidas nestas unidades hospitalares vistas pelos seus protagonistas. As medidas de austeridade encerram em si um conjunto de medidas restritivas com vista à redução de custos. Em termos globais, a maioria dos entrevistados considera que existe uma política de redução de custos adicional à exigida pelo governo. No CHP foi implementada uma plataforma de negociação com outros hospitais para aquisição de medicamentos e material de consumo clínico. A aquisição integrada destes produtos faz com que o preço de custo seja mais baixo e que o hospital poupe uma quantia significativa. No

CHP realizam ainda estudos de viabilidade económica, departamento a departamento, tentando deste modo adaptar a oferta às necessidades. Também o HSJ reduziu custos com a mudança no processo de negociação e aquisição de medicamentos, definindo políticas de consumo. Para o presidente do CA do HSJ *“não é possível comprar um bem sem primeiro definir uma política de consumo, é fundamental que primeiro se defina o que é que queremos gastar, o que é que queremos utilizar para depois saber o que é que devemos comprar a todos os níveis, em termos de medicamentos, material de consumo clínico, reagentes, etc...”*.

No HSJ foram implementadas medidas de redução de custos na gestão dos recursos humanos nos mais variados tipos de profissionais, existindo paralelamente a este processo uma redefinição da política de contratação de serviços externos. Foi implementada, ainda, uma política de combate ao desperdício na área das energias, criando-se uma central de cogeração de eletricidade, climatização, água e tratamento de resíduos. O presidente do CA do HSJ acrescenta que conseguiu reduzir *“em 60 toneladas a produção de resíduos em relação ao ano anterior, o que tem um impacto muito grande porque o processamento dos resíduos é pago à tonelada ou pago ao quilo.”* Também na ULSM foram implementadas medidas de combate ao desperdício. No caso concreto do IPO Porto, o presidente do CA refere que as políticas de redução de custos neste instituto estão intimamente relacionadas com o sistema de financiamento e com a gestão dos dinheiros públicos, isto porque, tratar um doente com cancro é muito caro. Deste modo, todas as políticas de redução de custos passam pela gestão do orçamento inscrito para o instituto, dada a sua complexidade e as necessidades de cada doente, nunca esquecendo que o propósito e a missão do instituto é tratar o cancro.

Nenhum dos hospitais entrevistados face ao atual cenário de austeridade redefiniu a sua missão. O presidente do CA do IPO Porto argumenta que a *“missão vai ser continuar a tratar doentes e procurar prevenir a doença na comunidade em que o hospital está inserido. Agora, redefinir um conjunto de objetivos sim, porque o número de doentes com a crise não diminui o que diminuí são os orçamentos e o dinheiro que tínhamos para os tratar. Nestas coisas há um limite a partir do qual nós não podemos poupar mais e ainda assim temos que continuar a tratar”*. O presidente do CA do HSJ corrobora esta posição afirmando que no *“atual cenário de austeridade o hospital tem de continuar a fazer o que tem vindo a fazer desde 2008, altura em que percebeu que o Serviço Nacional de Saúde estava falido e que era importante tomar medidas que contribuíssem para reduzir os custos de operação e produção do próprio hospital. Isto faz com que, por exemplo, desde 2008, medidas que agora estão a ser tomadas*

tenham sido já implementadas no hospital. As horas extraordinárias, por exemplo, reduziram-se 30%. Isto faz com que medidas de política de consumo no que diz respeito aos medicamentos ou ao material de consumo clínico estejam a ser implementadas desde essa altura. O que acontece no momento atual é que este esforço que era muito mal-entendido, e em relação ao qual o hospital era muito atacado publicamente, está agora ancorado numa situação de emergência nacional. A presente situação contribui para que haja mais envolvimento na aceitação e no entendimento das medidas ditas de austeridade”.

Em resumo, para a maioria dos entrevistados o atual contexto de austeridade redefiniu muitas prioridades mas a missão permanece inalterada para todas as instituições. A missão dos hospitais será sempre tratar e prevenir as doenças, enquanto as medidas de austeridade apenas obrigaram a que os hospitais fizessem um enorme esforço para reduzir o desperdício e adotassem medidas de redução de custos.

4.5 Discussão dos Resultados

No início da investigação havia muitas expectativas em torno da importância do processo de planeamento estratégico, da forma como ele se processava em termos da estrutura hierárquica da organização e de como ele é realizado, bem como do desempenho hospitalar face ao atual contexto de austeridade. Estas expectativas foram claramente comprovadas.

Em todos os Hospitais entrevistados o processo de planeamento estratégico realiza-se segundo uma abordagem *Top-down* defendida por Ferlie *et al.* (1996) e citada por Gonçalves (2008). Isto significa que, em termos de estrutura hierárquica as decisões se iniciam a partir da gestão de topo (presidente do CA), e que a responsabilidade pelo desenvolvimento do plano estratégico varia de hospital para hospital.

No caso particular do CHP a decisão do CA é acompanhada pelo vogal financeiro, existindo no entanto um departamento específico de planeamento estratégico para o efeito. Na esfera deste departamento o planeamento estratégico no CHP é realizado do seguinte modo: i) são analisados os pontos fortes e fracos, as ameaças e oportunidades através da análise SWOT; ii) é realizado um plano de contingência e risco para o período projetado; iii) são definidos objetivos e metas no que concerne à produção e aos consumos tendo por base o *Tableau de*

Bord e os objetivos preconizados pela tutela. De igual modo, no CHP são estabelecidas premissas de equilíbrio orçamental tendo em conta as indicações da tutela para assim cumprir com o que foi contratualizado no contrato-programa. O serviço de planeamento estratégico no CHP acompanha o que se está a passar nos diferentes setores do hospital, através de um sistema de BI, quer do ponto de vista da produção quer do ponto de vista dos consumos. Após esta análise, os serviços financeiros fazem um relatório quinzenal complementar daquilo que se passa. Cada departamento do CHP tem o seu plano de ação e contratualiza internamente com a administração, sendo realizadas reuniões de trabalho trimestralmente para fazer a leitura dos resultados alcançados em termos de produção e consumos e tomar medidas corretivas no caso de os indicadores não estarem a ser cumpridos. No entanto, mais do que cumprir com os objetivos, o grande foco de ação do CHP é cumprir integral e incondicionalmente com a sua missão, tratar doentes. Não descurar da prestação de cuidados de saúde é a palavra de ordem deste e dos restantes hospitais entrevistados. O contributo do presidente do CHP quando questionado acerca da atividade dos Hospitais E.P.E. torna-se crucial nesta análise, uma vez que ele exerceu funções como presidente do SPA e consegue ter uma perceção acerca das mudanças gestionárias ocorridas. Neste contexto, o presidente defende que o planeamento e controlo central exercido pela tutela através dos contratos-programa obrigaram os hospitais a cumprir com objetivos extremamente rigorosos, que resultaram num grande contributo para a gestão hospitalar. Não obstante, o presidente do CA do CHP considera a informação gerada muito rudimentar partindo do pressuposto que é muito tardia, defendendo até que deveria existir uma maior dinâmica por parte de ACSS nesse sentido. Quanto aos instrumentos utilizados na monitorização do plano estratégico apenas utilizam técnicas de *Benchmarking*, pontualmente a análise custo-benefício, o *Tableau de Bord* e como já foi referido anteriormente a análise SWOT. Basicamente utilizam as ferramentas exigidas pela tutela.

No que concerne aos indicadores de equilíbrio financeiro, tal como foi referido anteriormente, verifica-se que o CHP passou em 2010 a uma situação de desequilíbrio financeiro, apresentando dificuldades de tesouraria. Este cenário é desfavorável na medida em que revela falta de capacidade do Hospital em solver as suas responsabilidades a curto prazo com ativos relativamente líquidos. O CHP apresenta cada vez mais falta de solvabilidade, indiciando que o Hospital está impossibilitado de satisfazer todos os seus compromissos com meios próprios. De igual modo, prevalece uma falta de autonomia financeira, a qual expressa a insuficiência do capital próprio no financiamento do Hospital. Este é um indício de falta de solidez

financeira que se reflete reciprocamente no endividamento. Por conseguinte, o grau de endividamento do CHP é cada vez mais expressivo colocando o CHP numa situação de risco associada a uma forte dependência bancária. A demora média no internamento também não ajuda a reverter o atual cenário, pois tem vindo a aumentar ao longo do tempo, o que significa que o número médio de dias de internamento por doente saído tem sido cada vez mais longo o que prejudica a capacidade produtiva do Hospital.

No HSJ a dinâmica do planeamento estratégico consubstancia algumas características peculiares, ou seja, apesar de existir um presidente do CA a sua visão cascadeia-se na organização do Hospital através da direção de produção e comercial. Deste modo, o Hospital tem organizado a sua área de suporte em unidades autónomas de gestão. O processo de planeamento no HSJ parte de um contrato-programa, tal como sucede com todos os Hospitais E.P.E., que inclui um orçamento geral e indicadores e metas que deverão ser cumpridos pela unidade hospitalar, sob pena de no ano seguinte ser reduzido o valor do financiamento. Face ao exposto, a direção do HSJ segue um processo de negociação interno entre a *holding* que é representada pelo CA e as unidades autónomas de gestão. Ao longo deste processo de negociação não só são avaliados os pontos fortes e fracos, as ameaças e oportunidades, através da análise SWOT, como é delineada uma estratégia, objetivos e metas específicas para cada unidade de acordo com as suas necessidades, sem nunca descurar a missão do hospital - prevenir e cuidar da doença. Depois deste debate e análise que ocorre de igual forma em todas as unidades hospitalares entrevistadas, porém com estruturas gestionárias diferentes, é realizada a contratualização interna. Esta contratualização interna obriga a que cada unidade autónoma de gestão esteja atenta e controle a execução dos seus indicadores e metas com o auxílio do sistema de BI. Este sistema é também utilizado no CHP e na ULSM traduzindo-se numa ferramenta de apoio à gestão de extrema relevância. Tal como foi referido anteriormente, é através deste sistema que os responsáveis de cada unidade autónoma de gestão e departamento conseguem manter, avaliar e controlar, em tempo real, a execução e cumprimento dos indicadores preconizados no contrato programa, permitindo a implementação de medidas corretivas caso cada indicador entre em incumprimento. O HSJ tem ainda a vantagem de ser o único hospital com um método de custeio implementado o ABC. Esta ferramenta permite ao hospital realizar um controlo pormenorizado dos custos por atividade e por doente, o que se traduz num alicerce importante da gestão. Ao contrário do CHP e à semelhança da ULSM na base de suporte do BI está uma ferramenta extremamente importante o BSC o qual dá as diretrizes necessárias à monitorização da atividade. Também,

as técnicas de *Benchmarking* são uma das fortes apostas do HSJ. Por isso, o hospital estabeleceu uma convenção estratégica com uma empresa de consultoria que analisa, em tempo real, os 24 melhores hospitais de dimensão idêntica ao HSJ. Este modelo de gestão e planeamento estratégico centrado no acompanhamento e controlo da atividade com detalhe e rigor faz com que o HSJ se diferencie dos restantes hospitais entrevistados e que obtenha melhores resultados e um posicionamento mais confortável sob o ponto de vista financeiro. O HSJ foi o único hospital que mesmo inserido num cenário de forte instabilidade fruto da crise financeira e das consequentes medidas impostas ao setor hospitalar não perdeu, apesar da diminuição, a sua liquidez geral e a por conseguinte a capacidade de satisfazer as suas obrigações a curto prazo com o seu ativo circulante. No entanto, a diminuição na liquidez geral tem um impacto direto na autonomia financeira e na capacidade do HSJ solver os seus compromissos. O HSJ apresenta um cenário menos promissor sob o ponto de vista da autonomia e solvabilidade, verificando-se dificuldades quer na participação do capital próprio no financiamento da atividade do HSJ, quer na sua capacidade de solver os seus compromissos com terceiros à medida que se vão vencendo. Por conseguinte, o grau de endividamento aumentou, existindo a necessidade do HSJ recorrer à utilização de capital alheio no financiamento da sua atividade. Outro indicador favorável na gestão do HSJ é a diminuição do número de dias de internamento por doente saído, que pode ser revelador da eficácia na prestação de cuidados de saúde. Este é o resultado de um esforço que tem subjacente uma estratégia de gestão que se pretende centrada no utente, no envolvimento dos profissionais e na eficiência. Apesar das dificuldades financeiras o cenário do HSJ em 2011 é confortável, diferenciando-se, novamente, dos restantes hospitais entrevistados. Esta situação deve-se em boa parte às políticas de sustentabilidade adotadas pelo HSJ para colmatar os efeitos das medidas de austeridade e tornar a gestão mais eficiente.

O IPO Porto tem características gestionárias diferentes das restantes unidades hospitalares. Neste hospital o processo de planeamento estratégico apesar de seguir os mesmos princípios dos restantes hospitais, isto é, realização de análise SWOT, determinação de metas e objetivos e realização de planos de contingência e risco, não tem como suporte um sistema de BI de apoio à monitorização dos indicadores preconizados pela tutela no *Tableau de Bord*. O controlo e execução do plano estratégico é realizado de forma muito rudimentar, ou seja, em tempo real não é possível saber se determinado indicador está a entrar em incumprimento, o que dificulta a gestão do que foi contratualizado. Apesar do departamento de planeamento realizar, gerir e acompanhar a atividade do hospital, esta gestão não é realizada em tempo

real, o que torna a tomada de decisão menos eficaz, eficiente e economicamente menos rentável. Este cenário reflete-se de certo modo nos resultados obtidos ao longo do triênio 2009-2011, pois ao longo deste período o IPO Porto nunca conseguiu aferir de liquidez na capacidade de solver as suas responsabilidades de curto prazo, fruto do aumento das dívidas com fornecedores e com a redução do ativo circulante. Tal como foi referido anteriormente, a falta de liquidez tem um impacto direto sobre a autonomia financeira e da solvabilidade do hospital. No IPO Porto a autonomia financeira a par da solvabilidade revela uma tendência de diminuição. Esta tendência faz com que o Hospital tenha e uma excessiva dependência de capitais alheios, e que esteja impossibilitado de satisfazer todos os seus compromissos com meios próprios. Para isso, tem de recorrer ao financiamento aumentando o seu grau de endividamento. Outro indicador de desequilíbrio é o aumento da demora média de internamento, fruto da complexidade dos doentes tratados e do aumento de casos de doença. O IPO Porto é um Hospital que apresenta um grande desequilíbrio financeiro, decorrente de orçamentos cada vez mais reduzidos, o que poderá levar o IPO Porto a repensar a sua estratégia de gestão, implementando mais medidas para reverter o atual cenário. Estas medidas poderão passar por alterar o paradigma gestor implementando um sistema de BI. Este sistema tal como se pode constatar nos restantes hospitais, permite que se analise em tempo real a execução dos indicadores de eficiência operacional e financeira, preconizados pela tutela, conseguindo deste modo implementar medidas corretivas em casos de incumprimento.

À semelhança do HSJ, também na ULSM o processo de planeamento estratégico faz-se através da contratualização interna e utilizando como suporte de monitorização o sistema de BI. A única diferença substancial para o HSJ é que na ULSM são realizadas com regularidade reuniões de *brainstorming* e interdisciplinares. Estas reuniões de *brainstorming* e interdisciplinares são extremamente interessantes sob o ponto de vista estratégico por permitem ao gestor, com regularidade, repensar as linhas estratégicas e redefinir caminhos alternativos nos casos em que é necessário implementar medidas corretivas. A utilização do BSC conjugado com o *Tableau de Bord* traz grandes benefícios para a gestão destes indicadores e para o seu cumprimento. Basicamente, o HSJ diferencia-se da ULSM porque implementou um modelo gestor diferente do habitual nos Hospitais E.P.E. criando as unidades autónomas de gestão e porque utiliza o método de custeio ABC no controlo dos custos da sua atividade. Não obstante, a ULSM caminha no mesmo sentido e o seu objetivo é também conseguir num futuro próximo implementar essas ferramentas de monitorização.

Apesar do HSJ manter uma situação de equilíbrio financeiro mais favorável a ULSM tem conseguido, apesar das dificuldades, aumentar o seu grau de liquidez geral, que em 2011 se aproximou claramente da unidade. Tem sido, portanto, realizado um grande esforço no sentido de se alcançar uma situação financeira sustentável. Este esforço é claramente percebido quando analisamos o grau de endividamento que tem vindo a diminuir e o consequente aumento da solvabilidade e autonomia financeira do hospital. Pese embora, a ULSM não ter conseguido, ainda, estar numa situação de liquidez favorável, nomeadamente em solver as responsabilidades de curto prazo, os seus ativos conseguem ser financiados pelos seus capitais próprios, existindo portanto equilíbrio financeiro. Neste hospital também a diminuição do número de dias de internamento por doente saído é um indício de boa gestão. Assim, e apesar das medidas de austeridade terem afetado o seu percurso, o seu comportamento face à adversidade foi de otimismo e revelou uma gestão eficiente dos recursos (humanos, financeiros, materiais).

Ao analisar caso a caso todas as unidades hospitalares e a sua forma de gestão e planeamento estratégico face ao atual contexto de austeridade, percebemos que a instituição que apresenta uma estrutura mais sólida é o HSJ seguido da ULSM. Estas duas instituições demonstram claramente resultados satisfatórios face às contrariedades que lhes foram impostas. Este facto deve-se, fundamentalmente, à utilização de instrumentos de monitorização estratégica inovadores e complexos na gestão da sua atividade. Depreende-se que a utilização destas ferramentas no seio da gestão hospitalar não só melhora os processos de planeamento estratégico como ajuda os hospitais na prossecução da sua missão. A adoção destes mecanismos revela-se de extrema importância em contextos como o que se vivemos atualmente em Portugal de profunda depressão económica.

Conclusões

Este estudo teve como principal objetivo apreender de que forma os Hospitais E.P.E. usam o planeamento estratégico e os seus instrumentos e indicadores para a monitorização do seu desempenho. Neste capítulo são apresentadas as principais conclusões deste estudo e as suas principais limitações. Por fim, deixarei algumas reflexões sobre as causas que guiam e condicionam o processo de planeamento estratégico, baseada em algumas pistas avançadas pelos próprios entrevistados.

Portugal atravessa momentos de extrema fragilidade económica, enquanto as organizações públicas se defrontam com grandes reformas para conseguirem continuar a prestar a sua missão. Na realidade, é cada vez mais importante que as organizações do setor público estejam preparadas para responder aos desafios da gestão atual, concebendo estratégias em função da envolvente externa e dos recursos existentes, por forma a garantirem o funcionamento e o posicionamento necessários à sua sobrevivência e crescimento.

O processo de empresariação dos hospitais portugueses foi um passo determinante para a flexibilização gestonária e para a introdução do conceito do *New Public Management* com tudo o que isso trouxe de meritório. Os hospitais E.P.E. são empresas públicas dotadas de personalidade jurídica com autonomia administrativa e financeira, financiados principalmente pelo Estado e por ele controlados, orgânica e funcionalmente.

O planeamento estratégico é um processo através do qual a gestão de topo em colaboração com os gestores de nível intermédio, definem os propósitos globais da organização bem como os objetivos genéricos e a forma de os alcançar. Para alcançar esses objetivos, os gestores têm de conhecer a atual posição da organização e de formular hipóteses sobre o que poderá vir a acontecer no futuro.

Em todos os hospitais entrevistados o processo de planeamento estratégico realiza-se segundo uma abordagem *Top-down*, isto significa que em termos de estrutura hierárquica as decisões se iniciam a partir da gestão de topo (presidente do CA), e que a responsabilidade pelo desenvolvimento do plano estratégico varia de hospital para hospital. No entanto, esta dinâmica gestonária não se comporta do mesmo modo em todos os hospitais. No CHP existe

a necessidade do planeamento estratégico ser acompanhado pelo vogal financeiro, e no HSJ este processo tem algumas características peculiares, pois apesar de existir por imposição legal um presidente do CA o processo de planeamento cascadeia-se na organização do hospital através da direção comercial e de produção. Neste sentido, constata-se que o hospital tem organizado toda a sua área produtiva e toda a sua área de suporte em unidades autónomas de gestão.

É comum a todas as unidades hospitalares realizar-se uma análise aos pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades através da análise SWOT, elaborar planos de contingência e risco, definir metas e objetivos no que concerne à produção e aos consumos tendo por base o *Tableau de Bord* e os objetivos preconizados pela tutela no contrato-programa. É análogo a todas as unidades hospitalares entrevistadas o estabelecimento de premissas de equilíbrio orçamental tendo em conta as indicações da tutela por forma a cumprir com o que foi contratualizado. Constata-se que o CHP o HSJ e a ULSM monitorizam o processo de planeamento estratégico utilizando o mesmo sistema de informação, o BI. Este sistema está mais desenvolvido no HSJ e na ULSM, que utilizam ferramentas cruciais para análise e monitorização do processo de planeamento estratégico tais como BSC, ou até mesmo no caso concreto do HSJ o método de custeio ABC. Para avaliar os desvios e implementar medidas corretivas se for caso disso são realizadas reuniões com uma periodicidade que varia de unidade para unidade hospitalar.

O IPO Porto não utiliza este sistema de informação, contudo o processo de planeamento é análogo às restantes entidades na medida em que é realizada contratualização interna entre departamentos. Ou seja, constata-se que em todas as unidades hospitalares é realizada uma contratualização interna entre departamentos/serviços com vista ao controlo dos objetivos preconizados pela tutela e ao acordo assinado no contrato-programa. É também análogo a todos os hospitais que o grande objetivo e foco de ação é incondicional e integralmente cumprir com a sua missão - tratar doentes e prevenir doenças. É comum a todos os entrevistados a ideia de que o planeamento e controlo central exercido pela tutela através dos contratos-programa obrigou os hospitais a cumprir com objetivos extremamente rigorosos e que este processo contribuiu para uma gestão hospitalar mais eficiente.

O processo de planeamento estratégico através do auxílio de instrumentos e indicadores de gestão traz para o setor hospitalar bastantes benefícios ao seu desempenho. Estes benefícios

incluem, para além do desenvolvimento de uma melhor estratégia, a criação de um foco organizacional. Quanto aos instrumentos de monitorização utilizados no plano estratégico constata-se que o CHP e o IPO Porto utilizam somente os instrumentos exigidos pela tutela, os outros dois hospitais utilizam mais ferramentas para além das exigidas. A ULSM para além de utilizar a análise SWOT, técnicas de *Benchmarking*, análise custo-benefício e o *Tableau de Bord*, impostos pela tutela, utiliza adicionalmente o BSC e o *Lean Kaisen*. Numa via similar o HSJ também utiliza para além das ferramentas exigidas o método de custeio ABC. O HSJ, no panorama geral, é a unidade hospitalar mais completa sob o ponto de vista da utilização de instrumentos de gestão, pois usa adicionalmente o método de custeio ABC.

Um dos objetivos desta dissertação era perceber qual o desempenho dos hospitais face ao atual cenário de austeridade, para isso recorreu-se à análise de alguns indicadores de equilíbrio e de estrutura financeira bem como de eficiência operacional. No que concerne à liquidez geral constata-se que em todas as unidades hospitalares a tendência ao longo do triénio 2009-2011 é de uma grande diminuição. No entanto, apesar desta diminuição, o HSJ foi o único hospital que conseguiu manter-se com liquidez acima da unidade. Também as alterações registadas nas estruturas financeiras dos hospitais têm reduzido significativamente a sua capacidade de solver os compromissos de curto prazo ao longo do triénio 2009-2011, com exceção da ULSM que foi aumentando o seu grau de solvabilidade. Quanto ao grau de autonomia financeira constata-se que, à exceção da ULSM, todos os hospitais diminuíram a sua autonomia e conseqüentemente aumentaram o seu grau de endividamento. Por outro lado, a ULSM não só aumentou o seu grau de autonomia financeira como reduziu o endividamento.

Relativamente aos indicadores de eficiência operacional apuramos que a demora média de internamento tem vindo a aumentar no CHP e no IPO Porto e a diminuir no HSJ e na ULSM. Este cenário deve-se, no caso do IPO Porto, a uma maior complexidade dos doentes tratados em regime de internamento, associado a uma maior ambulatorização dos procedimentos.

Percebe-se que ao longo do tempo e fruto das medidas impostas ao setor os hospitais tornaram-se mais frágeis e menos sustentáveis. Este cenário deve-se essencialmente às medidas de austeridade impostas ao setor hospitalar mas também ao modo como os hospitais estão a ser geridos. Depreende-se que os hospitais que utilizam na monitorização do planeamento estratégico mais instrumentos e ferramentas de apoio à gestão inovadoras conseguem desempenhos melhores. Quando comparados os quatro hospitais estudados

constatamos que o HSJ, seguido da ULSM, são as instituições que apresentam uma estrutura mais sólida. Estas instituições apresentam, apesar de todas as dificuldades sentidas, resultados positivos. Este facto deve-se, fundamentalmente, à utilização de instrumentos de monitorização estratégica inovadores e complexos na gestão da sua atividade corrente. Depreende-se que a utilização destas ferramentas no seio da gestão hospitalar não só melhora os processos de planeamento estratégico como ajuda os hospitais na prossecução da sua missão. A adoção destes mecanismos revela-se de extrema importância em contextos como o que vivemos atualmente em Portugal.

Não obstante, para colmatar as consequências das medidas de austeridade os hospitais desenvolveram algumas políticas internas que têm sortido efeito sobre o seu desempenho. Muitas destas políticas passam pela implementação de uma plataforma de negociação com outros hospitais, por planos de contenção de custos, e políticas de combate ao desperdício. No caso particular do HSJ, a adoção de políticas de sustentabilidade passaram, também, pela política de combate ao desperdício nomeadamente nas áreas das energias, climatização e água criando uma central de cogeração.

Como se referiu, as medidas de austeridade tiveram um impacto forte no desequilíbrio financeiro dos hospitais estudados, e a sua posição financeira espelha claramente o clima de instabilidade vivido em Portugal e em particular no setor. Todas as vantagens enunciadas na revisão de literatura acerca do processo de planeamento estratégico foram devidamente testadas e revelam-se existentes na esfera da gestão dos hospitais estudados. Assim, conclui-se que o processo de planeamento estratégico contribuiu, para manter a eficiência, eficácia e economia na prestação de cuidados de saúde beneficiando os hospitais na prossecução da sua missão.

O rigor científico e os procedimentos metodológicos adotados e explanados no capítulo 3, imprescindíveis num estudo desta natureza, não excluem, no entanto, a existência de limitações que devem ser claramente explicitadas e contextualizadas nas conclusões do presente estudo. Uma das limitações com que me deparei no decurso desta investigação relaciona-se com a reduzida amostra. Embora considere adequado o número de entrevistas que realizei, poderia ser interessante colher a perspetiva do diretor financeiro e dos responsáveis pelo Departamento/Serviço/Divisão de planeamento estratégico que ocupassem nessa altura cargos de chefia.

De referir também o desconhecimento revelado por alguns respondentes quanto aos instrumentos de monitorização estratégica mencionados, o qual pode ter condicionado, de algum modo, as respostas dadas. Este aspeto assume alguma preocupação na medida em que o desconhecimento demonstrado por parte dos presidentes do CA, em relação aos instrumentos de monitorização estratégica adotados no processo de planeamento, constitui um fator limitativo à adoção dos mesmos.

Uma pista para possíveis investigações futuras resulta diretamente da primeira limitação que referi. Assim, se forem desenvolvidos estudos semelhantes noutros hospitais seria interessante ampliar a esfera de análise e entrevistar, também, os restantes dirigentes. Paralelamente aos hospitais públicos era interessante, também, estudar o setor privado. Por exemplo, que procedimentos de planeamento estratégico utilizam, que ferramentas de monitorização são usadas e qual o desempenho obtido.

Referências Bibliográficas

- Alsup, R. G. e Steinhart, C.M. (Maio 2001). Partnerships in Health Care: Creating a Strong Value Chain. *Physician Executive* from http://findarticles.com/p/articles/mi_m0843/is_3_27/ai_75451945/, acessado em 5 de Outubro de 2011.
- Alexander, K. (2006). Advancing Strategic Planning. *Frontiers of Health Services Management*. **23** (2): 39-41.
- Anthony, R.N. (1965). *Sistemas de Planeamento e Controlo: um quadro de análise*. Harvard Business School Division of Research.
- Anthony, R. e Govindarajan, V. (2003). *Management Control Systems*. MacGraw-Hill, Eleventh Edition.
- Araújo, J.F. (2002). *Gestão Pública em Portugal: Mudança e Persistência Institucional*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Ansoff, I., (1965). *Estratégia Empresaria.*, McGraw-Hill, S. Paulo.
- Barros, P.P., Simões, J.A. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 9(5): 1–140.
- Bell, J. (1999). *Doing Your Research Project: A Guide For First-Time Researchers in Education and Social Science*. Open University Press. Third Edition.
- Bentes, M., Gonçalves, M.L., Tranquada, S. e Urbano, J. (1996). *A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar*. *Gestão Hospitalar*, pág. 33-42.
- Bigelow, B., Arndt, M. e Middleton, M. (1997). Corporate political strategy: incorporating the management public policy issues into hospital strategy. *Health Care Management Review*. **37**(1): 53-63.

- Bilhim, J.A.F. (2000). Estrategas e Planeadores na Administração Pública. *Estratégia e Planeamento na Gestão e Administração Pública. Fórum 2000: Renovar a Administração Pública*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: 197-211.
- Blair, J. e Buessler, J. (1998). Competitive forces in the medical group industry: a stakeholder perspective. *Health Care Management Review*. **23**(2): 7-27.
- Bruton, P, (1982), "A Reasoned Approach to Hospital Planning in an Uncertain World," *Health Care Management Review*, (Fall), pp. 39-43.
- Cleverley, W. e Harvey, R. (1992a). Critical strategies for successful rural hospitals. *Health Care Management Review*. **17**(1):27-33.
- Cleverley, W. e Harvey, R. (1992b). Competitive strategy for successful hospital management. *Hospital and Health Services Administration*. **37**(1): 53-69.
- Cody, M., Friss, L. e Chebaro Hawkinson, Z. (1995). Predicting hospital profitability in short-term general community hospitals. *Health Care Management Review*. **20**(3):77-87.
- Domanicao, L. (1981). Long Range Hospital Development Necessitates Strategic Planning. *Hospital Financial Management*, (June), pp. 38-48.
- Donaldson, L. (2001). *The Contingency Theory of Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dubbs, N. L. (2002). Organization Design Consistency: The PennCare and Henry Ford Health System Experiences. *Journal of Healthcare Management* **47** (5): 307-18.
- Evans, R., (1974). *Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications*. in: M. Perlman, ed., *The economics of health care and medical care*, Wiley, New York.
- Eisenhard, K.M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*. 14, 4, 532.

- Feldstein, M. (1971). Hospital cost inflation: A study of non-profit price dynamics. *American Economic Review* Vol. 61, No. 5, 853-872.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. e Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford University Press. New York. USA.
- Ferreira, A.S., e Teixeira, M. (2011). *Evolução Recente da Situação Económico-Financeira do Serviço Nacional de Saúde – Enquadramento do Atual Contexto*. APES. http://www.apes.pt/user_files/Evolu%C3%A7%C3%A3o_recente_da_SEF_do_SNS_Nov_2011.pdf. acedido em 20 de Fevereiro de 2012.
- Frank, R., Lave, J., (1989). A comparison of hospital responses to reimbursement policies for Medicaid psychiatric patients. *The Rand Journal of Economics*. **24**, pp. 588- 600.
- Gao, T. e Gurd, B. (2006). Lives In The Balance: Managing Whit The Scorecard In Not-For-Profit Healthcare Settings., *Australia and New Zealand Third Sector Research*. Adelaide.
- Ghauri, P., Gronhaug, K e Kristianslund, I. (1995). *Research Methods in Business Studies: a practical guide*, Prentice Hall International.
- Ginn, G., Young, G. e Beekun, R. (1995). Business strategy and financial structure: an empirical analysis of acute care hospitals. *Hospital and Health Services Administration*. **40**(2):191-209.
- Ginter, P.M, Swayne, L.E., Duncan, W.J. (2002). *Strategic Management of Healthcare Organization*. 4th ed. Boston: Blackwell.
- Glasser, B., e Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*. London: Wiedenfeld and Nicholson.
- Goldsmith, J, C, (1981). *Can Hospitals Survive?*. New York, Dow Jones- Irwin Books.

- Governo de Portugal. (2011). *Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf. Acedido em 10 de Fevereiro de 2012.
- Gonçalves, L.F.M. (2008). *Análise da eficiência dos Hospitais SPA e SA segundo uma abordagem de fronteira de eficiência*. Tese submetida para obtenção do grau de Doutor em Gestão. ISCTE Business School. Pp. 385.
- Guzmán, C.A. (2002). *Algunas reflexiones acerca de la reforma de la contabilidad de gestión en el sector público desde la perspectiva de la teoría institucional*. Departamento de Economía Financiera y Contabilidad. Santiago de Compostela.
- Hart, S. and Banbury, C. (1994) How strategy-making processes can make a difference. *Strategic Management Journal*. **15** pp.251–269.
- Heracleous, L. (1998). Strategic Thinking or Strategic Planning. *Long Range Planning*. 31 (3): 481:487.
- Hirsch, L. e Gandolf, S. (2011). SWOT: The high-level self exam that boosts your bottom line. *Healthcare Success Strategies* from <http://www.healthcaresuccess.com/articles/swot.html>, acedido em 5 de Outubro de 2011.
- 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., (1991). A public management for all seasons. *Public Administration*. **69** (1):3-19.
- Kaplan, R.S. e Norton, D.P. (1992). The Balancead Scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*. **92105**.
- Kaplan, R.S. e Norton, D.P. (1996). The Balancead Scorecard: Translating Strategy into Action. *Harvard Business School Press*. Massachusetts.

- Kumar, K., Subramanian, R. e Yauger, C. (1997). Pure versus hybrid: performance implications of Porter's generic strategies. *Health Care Management Review*. **22**.
- Lamont, B. e Martin, D. (1993). Porter's generic strategies, discontinuous environments, and performance: a longitudinal study of changing strategies in the hospital industry. *Health Services Research*. **28**(5): 623-40.
- Langland-Orban, B., Gapenski, L. e Vogel, W.B., (1993a). The determinants of hospital profitability. *Hospital and Health Services Administration*. **38**(1):63-80.
- Langland-Orban, B., Gapenski, L. e Vogel, W.B., (1996b). Differences in characteristics of hospitals with sustained high and sustained low profitability. *Hospital and Health Services Administration*. **41**(3):385-99.
- Langley, A. (1988). The Roles of Formal Strategic Planning. *Long Range Planning*. **21** (3): 40-50.
- Lemak, C. H., and E. Goodrick. (2003). "Strategy as Simple Rules: Understanding Success in a Rural Clinic." *Health Care Management Review* **28** (2): 179-88.
- Liedtka, J. (2000). Strategic Planning as a Contributor to Strategic Change: A Generative Model. *European Management Journal* Vol. 18, No. 2, pp. 195–206.
- Lorange, P. (1980). *Corporate Planning: An Executive Viewpoint*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Luke, R. D., S. L. Walston, and P. M. Plummer. (2004). *Healthcare Strategy*. Chicago: Health Administration Press.
- Milch, R. A. (1980), "Product-Market Differentiation: A Strategic Planning Model for Community Hospitals," *Health Care Management Review*, (Spring), pp.7-11.
- Miles, M. e Hurbeman, A.M. (1984). *Qualitative data analysis*. Beverly Hills, C.A.: Sage Publications.

- Miles, R.E. e Snow, C.C. (2003). *Organizational Strategy, Structure and Process*. Stanford University Press. California. USA.
- Miller, C. and Cardinal, L. (1994) Strategic planning and firm performance: a synthesis of more than two decades of research. *Academy of Management Journal* 37(6), 1649– 1665.
- Mintzberg, H. (1979). An emerging strategy of “direct”research. *Administrative Science Quarterly*. 30, 160-197.
- Mintzberg, H. (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. Prentice-Hall, New York.
- Naranjo-Gil, D. e Hartmann, F. (2007). How CEO’s use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health Policy*. 81, pp.29-41.
- Newhouse, J.P., (1970), “Towards a theory of non-profit institutions: An economic model of a hospital”, *American Economic Review* 60, 64-74.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da Saúde*. 2ª Edição. Editora Vida Económica.
- Orlikoff, J. E, and M. K. Totten. (2006). *Strategic Planning: Maximizing the Board's Impact*. *Trustee* 59 (7): 15-20.
- Porter, M. E. (1999). *Competição – Estratégias Competitivas Essenciais*. 13ª Edição. Editora Campus. São Paulo.
- Ready, R. K. and F. E. Ranelli (1982). Strategic and Nonstrategic Planning in Hospitals. *Health Care Management Review*, (Fall), pp. 27-38.
- Rêgo, G.M. (2006). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: uma aplicação ao sector da saúde*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Porto. Vol.VIII. 750p.

- Ribeiro, J.M. (2009). *Saúde: A Liberdade de Escolher*. 1ª Edição. Coleção Trajectos Portugueses. Editora Gradiva Publicações. Lisboa.
- Rice, R. T. (2006). The Board's Role in Strategic Management. *Trustee* **59** (7): 28-29.
- Rovinsky, M. (2002). Physician Input: A Critical Strategic Planning Tool. *Healthcare Financial Management*. **56** (1): pp .36-39.
- Rumelt, R., Schendel, D. and Teece, D. (1994). *Fundamental Issues in Strategy*. Harvard Business School Press, Cambridge, MA.
- Rynne, T. J. (1980). The Third Stage of Hospital Long-Range Planning: The Marketing Approach. *Health Care Management Review*, (Summer), pp. 7-15.
- Scott, W. R. (2000). *Institutions and Organizations*, 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silva, E.S. (2010). *Gestão Financeira – Análise de Fluxos Financeiros*. 3ª Edição. Editora Vida Económica.
- Sollenberger, D. K. (2006). Strategic Planning in Healthcare: The Experience of the University of Wisconsin Hospital and Clinics. *Frontiers of Health Services Management*. **23** (2): 17-31.
- Stark, E. e Mangione, T. (Nov. 2004). Top issues facing the hospital supply chain today. *Healthcare Purchasing News*, from http://findarticles.com/p/articles/mi_m0BPC/is_11_28/ai_n6367820/?tag=content:coll, acedido em 5 de Outubro de 2011.
- Steiner, G. (1979) *Strategic Planning*. The Free Press, New York.
- Stoleroff, A., e Correia, T. (2008). A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. CIES e-Working Paper n.º 47/2008.

- Swayne, L E., J. E. Duncan, and P. M. Cinter. (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations*. 5th Ed. Maiden, MA: Blackwell Publishing.
- Teece, D., Pisano, G. and Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*. **18**(7), pp. 509–533.
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das Organizações*. 2ª Edição. Editora McGraw-Hill. Madrid.
- Teixeira, S. (2011). *Gestão Estratégica*. Escolar Editora. Lisboa
- Topping, S. e Hernández, R. (1991). Health care strategy research, 1985-1990: a critical review. *Medical Care Review*. **48**(1): 47-89.
- Van Kooy, M. A., and W. H. Ettinger. (2002). Involving Medical Staff in Strategic Decisions Is Key to Success. *Physician Executive* **28** (4): 38-42.
- Varkey, P., and Bennet, K.E., (2010). Practical Techniques for Strategic Planning in Health Care Organizations. *Strategic Planning*. http://www.himss.org/content/files/Code%2039-Practical%20Techniques%20for%20Strategic%20Planning_ACPE_2010.pdf. Pp. 46-48. Acedido em 7 de Abril de 2012.
- Weisbrod, Burton A., (1991), “The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment”, *Journal of Economic Literature* **29**(2), 523-52.
- Wells, R., S. D. Lee, J. McClure, L. Baronner, and L. Davis. (2004). "Strategy Development in Small Hospitals: Stakeholder Management in Constrained Circumstances." *Health Care Management Review*. **29** (3): 218-28.
- Zajac, E. e Shortell, S. (1989). Changing generic strategies: likelihood, direction and performance implications. *Strategic Management Journal*. **10**:413-30.
- Zalocco, R.L., Joseph, W.B., Doremus, H. (1994). Strategic Market Planning for Hospitals. *Journal of Health Care Marketing*. Vol. **4**, No. 2, pp. 19–28.

Zinkin, J. (2009). Corporate Social Responsibility in Private Hospitals. *Asian Hospital & Healthcare Management*. Magazine for hospitals from http://www.asianhbm.com/healthcare_management/corporate_privatehospitals.htm,
acedido em 5 de Outubro de 2011.

Zuckerman, A. M. (2006). "Advancing the State of the Art in Healthcare Strategic Planning." *Frontiers of Health Services Management*. **23** (2):3-15.

Zuckerman, A.M. (2005). *Healthcare Strategic Planning*. 2nd ed. Chicago: American College of Healthcare Executives, Health Administration Press.

Yin, R. (1981). The case study crisis: Some answers. *Administrative Science Quarterly*. 26, 58-65.

Yin, R. (2003). *Case study research: Design and Methods*. Third Edition. SAGE Publications. London.

Quivy, R. e Campenholdt, L.V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva Publicações.

Orçamento de Estado. (2012). Relatório do Orçamento de Estado para 2012.

Ministério da Saúde. (2003).

Relatório Primavera, (2009). 10/30 Anos: Razões para continuar. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Memorando de Entendimento. (2011). Memorando de Entendimento assinado entre o Estado português e o Governo de Portugal.

Ministério da Saúde (2010). Relatório do Ministério da Saúde.

Relatório do Ministério da Saúde, (2010)

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

Anexo I – Legislação do Setor

CRP - Constituição da República Portuguesa;

CSC - Código das Sociedades Comerciais;

Decreto-lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro (aprovação de um novo estatuto do SNS).

Decreto-lei n.º 19/1988, de 21 de Janeiro (Lei de Gestão Hospitalar).

Decretos-lei n.º 272/2002 a 302/2002 (regulamenta a transformação de Hospitais S.A. em E.P.E).

Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Lei de Bases da Saúde, este diploma veio alterar a Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto, e revogar o Decreto-lei n.º 19/1988, de 21 de Janeiro).

Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).

Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro (cria o SNS).

Resolução de Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 8 de Novembro (estabeleceu medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.)).

Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto (Regulamentação do artigo 9.º e 11.º da Lei n.º 27/2002).

Decreto-lei n.º 48357/68, de 27 de Abril (Estatuto Hospitalar).

Decreto-lei n.º 48358/68, de 27 de Abril (Regulamento Geral dos Hospitais).

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho (Transformação de Hospitais S.A. em E.P.E.).

Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do SNS).

Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Regime Jurídico de Gestão Hospitalar).

Decreto-lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro (revisão do regime das taxas de moderadoras e regula as condições gerais de acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação dos regimes especiais de benefícios).

Decreto-Lei n.º 50-A/2007 (Este Decreto-Lei determina a atribuição do estatuto de Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) a um conjunto de Unidades Hospitalares, traduzindo-se na criação de 8 novas Entidades Empresariais).

Decreto-Lei n.º 558/99 de 17 de Dezembro (Com o presente diploma procura-se estabelecer um regime quadro aplicável às entidades que, hoje em dia, mais caracteristicamente integram tal sector).

Decreto-Lei n.º 233/2005 Hospitais E.P.E. (De acordo com o Programa do XXVII Governo Constitucional, o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, determinou a transformação em

entidades públicas empresariais de 31 unidades de saúde às quais havia sido atribuído o estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos).

Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro (Aprova os valores das taxas moderadoras, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança).

Anexo II – Balanços Funcionais do CHP, HSJ, IPO e ULSM, Triénio 2009/2011

Balanço Funcional do CHP no triénio 2009-2011

Descrição	2009	2010	2011
Ativo Fixo Líquido (AF)	45.121.286	52.263.472	59.244.242
Necessidades Cíclicas (NC)	57.141.262	69.048.770	65.350.728
Tesouraria Ativa (TA)	22.887.849	29.348.004	27.807.651
Total do Ativo	125.150.397	150.660.246	152.402.621
Capitais Permanentes (CP)	53.427.281	38.555.345	17.062.999
Recursos Cíclicos (RC)	44.180.049	85.557.467	114.322.248
Tesouraria Passiva (TP)	27.543.067	26.547.434	21.017.374
Total do Capital Próprio + Passivo	125.150.397	150.660.246	152.402.621
Fundo de Maneio (FM)	8.305.995	(13.708.127)	(42.181.243)
Necessidades de Fundo de Maneio (NFM)	12.961.213	(16.508.698)	(48.971.520)
Tesouraria Líquida (TL)	(4.655.218)	2.800.570	6.790.277

Fonte: Elaboração Própria com base nos Relatórios e Contas 2009, 2010 e 2011.

Balanço Funcional do HSJ no triénio 2009-2011

Descrição	2009	2010	2011
Ativo Fixo Líquido (AF)	90.599.078	93.270.349	94.846.006
Necessidades Cíclicas (NC)	78.071.234	120.030.999	158.652.540
Tesouraria Ativa (TA)	110.079.772	60.763.342	249.108.689
	278.750.084	274.064.689	502.607.235
Capitais Permanentes (CP)	142.034.514	142.594.814	129.031.596
Recursos Cíclicos (RC)	88.792.778	89.760.168	337.663.614
Tesouraria Passiva (TP)	47.922.792	41.709.708	35.912.025
	278.750.084	274.064.689	502.607.235
Fundo de Maneio (FM)	51.435.436	49.324.465	34.185.590
Necessidades de Fundo de Maneio (NFM)	(10.721.544)	30.270.830	(179.011.074)
Tesouraria Líquida (TL)	62.156.980	19.053.635	213.196.664

Fonte: Elaboração Própria com base nos Relatórios e Contas 2009, 2010 e 2011.

Balço Funcional do IPO Porto no triénio 2009 – 2011

Descrição	2009	2010	2011
Ativo Fixo Líquido (AF)	51.782.644	69.767.043	70.606.382
Necessidades Cíclicas (NC)	37.512.890	38.307.963	33.728.633
Tesouraria Ativa (TA)	161.932.219	185.707.591	296.265.557
	251.227.753	293.784.607	400.600.572
Capitais Permanentes (CP)	122.780.166	134.229.011	143.630.785
Recursos Cíclicos (RC)	112.235.972	136.906.851 -	243.392.715
Tesouraria Passiva (TP)	16.211.615	22.646.735 -	13.577.073
	251.227.753	293.782.597	400.600.572
Fundo de Maneio (FM)	70.997.523	64.461.968	73.024.403
Necessidades de Fundo de Maneio (NFM)	(74.723.082)	(98.598.888)	(209.664.081)
Tesouraria Líquida (TL)	145.720.604	163.060.856	282.688.484

Fonte: Elaboração Própria com base nos Relatórios e Contas 2009, 2010 e 2011.

Balço Funcional da ULSM no triénio 2009 - 2011

Descrição	2009	2010	2011
Ativo Fixo Líquido (AF)	57.667.869	59.031.956	57.239.322
Necessidades Cíclicas (NC)	37.414.282	41.601.276	44.678.358
Tesouraria Ativa (TA)	23.288.898	13.030.996	16.993.151
	118.371.049	113.664.228	118.910.831
Capitais Permanentes (CP)	35.033.757	39.250.690 -	37.945.731
Recursos Cíclicos (RC)	52.064.805	42.853.801 -	54.485.143
Tesouraria Passiva (TP)	31.272.485	31.559.738 -	26.479.956
	118.371.047	113.664.229	118.910.830
Fundo de Maneio (FM)	(22.634.112)	(19.781.266)	(19.293.591)
Necessidades de Fundo de Maneio (NFM)	(14.650.523)	(1.252.525)	(9.806.785)
Tesouraria Líquida (TL)	(7.983.587)	(18.528.742)	(9.486.805)

Fonte: Elaboração Própria com base nos Relatórios e Contas 2009, 2010 e 2011.