



A CRIAÇÃO DE VALOR NO MERCADO DA SAÚDE ENQUANTO FATOR DIFERENCIADOR PARA A NEGOCIAÇÃO DE PREÇOS E COMPETITIVIDADE EM CONTEXTO DE CRISE MUNDIAL

Cláudia Patrícia de Sá Carvalho

Orientada por Professor Doutor Eduardo Manuel Lopes de Sá e Silva

Coorientada por Mestre Adalmiro Álvaro Malheiro de Castro Andrade Pereira

Porto, junho 2013

RESUMO

Numa altura em que o setor da saúde é apontado como uma área crítica de gastos, nunca foi tão pertinente, pela falta de verbas, refletir e discutir o formato de contratação e de gestão dos cuidados de saúde. A sua fundamentação em custo, volume ou diferenciação, bem como, os indicadores que refletem o investimento, a eficiência e eficácia dos cuidados.

Pretendeu-se como objetivo principal estudar a criação de valor no mercado da saúde enquanto fator diferenciador para a negociação de preços e competitividade em contexto de crise económica. Com vista a alcançar este objetivo, procedeu-se à revisão dos modelos teóricos, recorrendo a pesquisa bibliográfica. Procedeu-se também à comparação dos resultados operacionais de uma empresa enquanto prestadora de serviços de oxigenoterapia ao domicílio, tendo por base duas estratégias diferentes: redução direta de preços ou manutenção de preços com criação de valor para o cliente. Tendo em vista as duas estratégias, foram elaboradas duas propostas e posteriormente apresentadas para avaliação e votação *on-line* por um grupo oito gestores hospitalares.

O valor em cuidados de saúde é visível nos benefícios clínicos alcançados pelo dinheiro investido. A estrutura dos atuais sistemas de saúde apenas reconhece redução de gastos, fontes de receita, volume de cuidados, sem orientação para a valorização dos resultados clínicos. Os prestadores deviam competir pela focalização na obtenção de melhores resultados clínicos, pois deve ser a essa a preocupação central dos serviços médicos. Uma boa gestão pode levar a que numa negociação de contratos, uma proposta baseada em valor possa garantir a manutenção dos preços.

Palavras-chave: Saúde; Valor; Preço; Competitividade,

ABSTRACT

At a time when the health sector is identified as a critical area of costs has never been more relevant, by lack of funds, reflect and discuss the format of hiring and management of health care, its rationale in cost, volume or differentiation and discuss the indicators that reflect investment, efficiency and effectiveness of care.

It was intended to study the creation of value in the healthcare market while differentiating factor for negotiating prices and competitiveness in the context of economic crisis. To achieve the study objectives, proceeded to review the theoretical models using literature. We also did the comparison of the operating results of a company as a provider of services to the home oxygen therapy, based on two different strategies: direct reduction of prices or price maintenance by creating value for the customer. Take into account the two strategies the proposals were then submitted for review and online voting for a party of eight hospital managers.

The value in health care is reflected in the clinical benefit achieved for the money invested. The structure of the current health system only recognizes cost reduction, revenue sources, volume of care without guidance in enhancing the clinical results. Providers should compete by focusing on achieving better clinical outcomes. In contract negotiations, a proposal based on value can ensure the maintenance of price.

Keywords: Health; Value; Price; Competition

RESUMEN

En un momento que el sector de la salud se identifica como un área crítica de coste, nunca fue más pertinente reflejar y discutir el formato de contratación y gestión de los cuidados sanitarios, su fundamentación en coste, volumen o diferenciación y también discutir los indicadores que reflejan la inversión y eficiencia.

Como objetivo principal se estudió la creación del valor en el mercado de la salud como factor diferenciador para la negociación de precios y competitividad en contexto de crisis económica. Para estudiar el objetivo revisamos los modelos teóricos recorriendo a bibliografía. También comparamos los resultados operacionales de una compañía prestadora de servicios de oxigenoterapia en domicilio, teniendo por base dos estrategias diferentes: reducción directa de precio o manutención de precios con creación de valor para el cliente. Tiendo por base las dos estrategias si creó dos propuestas para posterior evaluación y votación on-line por un conjunto de ocho gestores,

El valor en atención sanitaria reflexiona-se en los beneficios clínicos alcanzados por el dinero invertido. La estructura actual del sistema de la salud solo reconoce la reducción de gastos, volumen de cuidados, sin orientación para la valorización de los resultados clínicos. Los prestadores deberían competir pela focalización en la obtención de mejores resultados clínicos que además debe ser el principal objetivo de los servicios médicos. Una buena gestión puede llevar a que en una negociación de contratos, una propuesta basada en valor puede garantizar la manutención de precios.

Palabras Clave: Salud, Valor, Precio, Competitividad

Aos meus pais, Rosa e Joaquim,

Por acreditarem sempre

Ao melhor companheiro do mundo, Ricardo

Pelo apoio, paciência e dedicação

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a concretização desta dissertação.

Aos meus orientadores, Mestre Adalmiro Álvaro Malheiro de Castro Andrade Pereira e Professor Doutor Eduardo Manuel Lopes de Sá e Silva, pela disponibilidade e incentivo dado ao longo desta jornada.

Ao painel de peritos que fez parte deste estudo dando o seu contributo e saber para a melhoria do instrumento utilizado.

A todos os participantes no processo de votação, que generosamente dispensaram um pouco do seu tempo contribuindo para que este trabalho se tornasse possível.

Aos amigos, Ricardo Quintela, Vítor Oliveira, Mário Cerejeira, Frederico Gomes, Nuno Santana e Cristiana, pelos contactos com os participantes do processo de votação e correção da versão final da dissertação.

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE – Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

APIFARMA – Associação de Empresas Farmacêuticas

ARS – Administração Regional Saúde

BCE – Banco Central Europeu

CRD – Cuidados Respiratórios Domiciliários

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EUA - Estados Unidos da América

EBITDA – Resultados antes de juros, impostos, depreciações e amortizações

EBIT - Resultados antes de juros e impostos

FMI – Fundo Monetário Internacional

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

ROE - Rendibilidade dos capitais próprios

ROA - Rendibilidade operacional ou do ativo

SAMS – Serviço de Assistência Médica Social

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – União Europeia

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	V
LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS	VI
ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I – OS DESAFIOS NO SETOR DA SAÚDE	5
1.1 – O SETOR DA SAÚDE AO NÍVEL MUNDIAL	5
1.1.1 – MODELOS DE FINANCIAMENTO E MODELOS DE PRESTAÇÃO	6
1.1.2 – OS DESAFIOS DO SETOR	7
1.2 – O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	12
1.2.1 – CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS.....	12
1.2.1.1 – CONTEXTO POLÍTICO.....	13
1.2.1.2 – CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO	13
1.2.1.3 – FINANCIAMENTO.....	15
1.2.2 – A SUSTENTABILIDADE DO SNS	15
1.2.3 – MEMORANDO DE ENTENDIMENTO: DESAFIOS PARA O FUTURO	18
1.2.4 – OS CUIDADOS DE SAÚDE EM DOMICÍLIO	22
CAPÍTULO II – A CRIAÇÃO DE VALOR NO SECTOR DA SAÚDE	24
2.1 – A CRIAÇÃO DE VALOR ENQUANTO VANTAGEM COMPETITIVA NAS ORGANIZAÇÕES	24
2.2 – ESTRATÉGIAS DO NEGÓCIO	27
2.3 – CRIAÇÃO DE VALOR E COMPETITIVIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE	29
CAPÍTULO III – OS INDICADORES ECONÓMICOS E FINANCEIROS	33
3.1 – DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS	33
3.1.1 – DESTINATÁRIOS DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS	34
3.1.2 – PRINCIPAIS MAPAS	35
3.2 – INDICADORES ECONÓMICOS	36
3.2.1 – RENDIBILIDADE	36
3.2.1.1 – RENDIBILIDADE CAPITAL PRÓPRIO	37
3.2.1.2 – RENDIBILIDADE DO ATIVO.....	37
3.2.2 – LIQUIDEZ	37

3.2.2.1 – LIQUIDEZ GERAL.....	37
3.2.3 – ENDIVIDAMENTO	38
3.2.3.1 – ENDIVIDAMENTO GLOBAL	38
3.2.3.2 – DEBT EQUITY RATIO.....	38
3.3 – ANÁLISE DE RISCO E INCERTEZA	38
3.3.1- ANÁLISE DE SENSIBILIDADE	39
3.3.2- ANÁLISE DE CENÁRIOS	39
PARTE II – ANÁLISE EMPÍRICA.....	40
CAPÍTULO IV – ABORDAGEM PREÇO-VALOR.....	41
4.1 – TIPO DE ESTUDO	41
4.2– POPULAÇÃO E AMOSTRA	41
4.3 – INSTRUMENTOS	42
4.4 – PROCEDIMENTOS	42
4.5 - VARIÁVEIS	43
4.6- QUESTÕES ÉTICAS	45
4.7 – O CENÁRIO EM ESTUDO.....	45
4.8 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	46
4.8.1- RENDIBILIDADE FINANCEIRA DAS PROPOSTAS – DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS OPERACIONAIS.....	46
4.8.2- AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS PELOS GESTORES HOSPITALARES	51
4.9 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
CONCLUSÕES	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	65

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - DESPESA DE SAÚDE COMO PERCENTAGEM DA DESPESA GOVERNAMENTAL TOTAL, POR REGIÃO 2000-2007	8
FIGURA 2- DESPESAS DE SAÚDE % PIB (GDP)	9
FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DA VOTAÇÃO DAS PROPOSTAS	52
FIGURA 4 – FATORES DECISIVOS PARA A ESCOLHA DA PROPOSTA Nº 1	52
FIGURA 5 – FATORES DECISIVOS PARA A ESCOLHA DA PROPOSTA Nº 2	53
FIGURA 6 – CAPÍTULOS MAIS ANALISADOS	54
FIGURA 7– PROPOSTA MAIS COMPETITIVA EM CENÁRIO DE VÁRIOS FORNECEDORES	54

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – VARIÁVEIS QUANTITATIVAS COMPARATIVAS DA RENTABILIDADE – DEMONSTRAÇÃO RESULTADOS	43
TABELA 2 – VARIÁVEIS QUALITATIVAS DO QUESTIONÁRIO.....	44
TABELA 3 - COMPARAÇÃO DE GASTOS DE MATÉRIAS PARA UM ANO ENTRE SERVIÇO ATUAL, PROPOSTA Nº1 E PROPOSTA Nº2.....	46
TABELA 4 - COMPARAÇÃO DE GASTOS DE LOGÍSTICA PARA UM ANO ENTRE SERVIÇO ATUAL, PROPOSTA Nº1 E PROPOSTA Nº2.....	47
TABELA 5 - COMPARAÇÃO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS, COMERCIAIS E DE GESTÃO PARA UM ANO ENTRE SERVIÇO ATUAL, PROPOSTA Nº1 E PROPOSTA Nº2	49
TABELA 6 – COMPARAÇÃO DE VENDAS ENTRE SERVIÇO ATUAL, PROPOSTA Nº1 E PROPOSTA Nº2	50
TABELA 7 - COMPARAÇÃO DE RESULTADOS ENTRE SERVIÇO ATUAL, PROPOSTA Nº1 E PROPOSTA Nº2	51
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA AMOSTRA E POR HOSPITAIS.....	51

INTRODUÇÃO

Vivemos atualmente um período de instabilidade económico-social mundial. A economia mundial está em recessão sem grandes sinais de melhoria, com consequências diretas na produção de produtos (empresas sem viabilidade financeira para operar), no desemprego e nas exportações, traduzindo-se em menor riqueza e maior carga financeira para os países. O endividamento das empresas públicas traduz-se num enorme obstáculo à recuperação económica. A dívida pública assume o papel principal no desequilíbrio das finanças, obrigando a medidas drásticas para a sua contenção (redução dos salários da função pública, aumento de impostos, redução de gastos com medicamentos e saúde e aumento da idade de aposentação).

As despesas de saúde nos últimos anos aumentaram significativamente e atualmente representam na maioria dos países uma percentagem significativa do PIB. Segundo o relatório da OCDE, em 2010 as despesas de saúde dos países membros eram em média de 9,5% do PIB. Embora a maior parte do financiamento de saúde seja através de seguros privados, os EUA encabeçam a lista dos que gastam mais em saúde (17,6% do PIB), seguido de outros como a Holanda (12%), a França e Alemanha (11,6%) (OCDE, 2012). Portugal em 2010 apresentava um total de despesas em saúde de 10,7% do PIB (OCDE, 2012). No caso do EUA a elevada despesa em saúde deve-se ao facto do governo utilizar um sistema chamado *Medicare* que para determinado grupo populacional (acima dos 65 anos de idade ou portadores de deficiências) cobre as despesas de saúde em hospitais (Yong, *et al.* 2010; Campos e Simões, 2011).

Com o aumento da esperança de vida e maior peso das doenças crónicas, prevê-se uma contínua sobrecarga nos sistemas de saúde públicos (Barros, *et al.* 2011). Tendo em vista uma possível rutura do mesmo, os países vêem-se obrigados a desenvolver planos de reestruturação que incluem cortes diretos na prestação dos cuidados de saúde. Até 2009, verificava-se em média, um crescimento anual da despesa de saúde de 4,6% do PIB nos países membros. Em 2010, pela primeira vez verificou-se uma queda de 0,6%. (OCDE, 2012).

Para Portugal, o desafio é tornar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) eficaz e eficiente, tornando-se financeiramente sustentável e organizado (Barros, P., 2013 e Deloitte, 2011). Neste contexto de recessão económica, tornou-se tarefa ainda mais prioritária o controle das contas das instituições de saúde, a otimização da gestão hospitalar e o despertar de grupos económicos privados como parceiros (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

A necessidade urgente de reduzir a despesa propicia erros na abordagem aos fornecedores de serviços: é proposto redução de preços que em determinados casos leva à revisão dos modelos contratuais afetando os modelos de fornecimento e qualidade de serviços prestados. Por sua vez, as empresas prestadoras alteram as suas estratégias para fazer face às tendências do mercado de

forma a alcançar a vantagem competitiva, seja baseada em preço ou baseado no valor para o cliente (resposta centrada nas suas necessidades) (Araújo, 2006 e Magretta, 2012)

Há cerca de quatro anos que o percurso profissional da autora se cruza com a constante “batalha” das instituições hospitalares para responder aos objetivos instituídos pelo governo através da redução de gastos. É cada vez mais difícil o equilíbrio entre a gestão financeira e a gestão clínica uma vez que, as segundas aumentam e as primeiras diminuem. Este contexto, leva apenas à visão sobre a redução de despesa com fornecedores, não permitindo medidas corretivas de caráter mais elaborado, mais eficientes e eficazes - como por exemplo, negociar pelo mesmo preço, novos serviços e atualizações que o sistema não tem capacidade de executar e que contribuem para maior controlo e gestão. Levantam-se então algumas questões: estarão as empresas fornecedoras do setor da saúde, dispostas a reequacionar as suas estratégias de investimento e inovação, de forma a contrariarem a pressão de baixa de preços e constantes atrasos de pagamentos? Como criar valor no mercado da saúde? Como torná-lo visível aos olhos de uma administração financeira que vive pressionada pelos resultados económicos? Compensará às empresas investir em projetos inovadores, que permitam criar valor nas suas propostas evitando o decréscimo do preço (ou um menor decréscimo)?

Com o presente trabalho pretendeu-se estudar a criação de valor no mercado da saúde enquanto fator diferenciador para a negociação de preços e competitividade em contexto de crise económica.

Pretendeu-se atingir os seguintes objetivos:

1. Comparar a os resultados operacionais de uma empresa enquanto prestadora de um serviço, mas tendo por base duas estratégias diferentes: redução direta de preços (liderança em custos) ou manutenção de preços com criação de valor para o cliente (diferenciação).
2. Avaliar a opinião e aceitação das duas propostas pelo cliente – gestores de entidades hospitalares.

Com vista a alcançar os objetivos do estudo, utilizou-se a seguinte metodologia qualitativa baseada na revisão dos modelos teóricos e enquadramento temático, recorrendo a pesquisa bibliográfica sobre:

- a) Desafios mundiais no setor da saúde
- b) Sistema de saúde português e medidas impostas pelo Memorando de Entendimento (desafios)
- c) Estratégia pela criação de valor

Recorreu-se também a uma metodologia de investigação de natureza quantitativa, de carácter observacional e descritivo. A comparação da rentabilidade financeira entre duas propostas e a avaliação pelos clientes implica o cálculo e análise de variáveis objetivas e bem definidas. Segundo Edna da Silva e Estere Menezes (2005), a pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para que se possa proceder a uma análise e comparação. Consideramos o estudo observacional e descritivo, pois o investigador não interfere no objeto de estudo, descrevendo as características da população e estabelecendo as relações entre variáveis (Silva e Menezes, 2005).

O trabalho está estruturado em duas partes (Parte I e Parte II) com os respetivos capítulos. No Capítulo I é realizado o enquadramento teórico sobre os desafios do setor da saúde em contexto de recessão económica, tanto à escala mundial como no sistema de saúde português. São também apresentados os cuidados de saúde portugueses em domicílio, parte estudada na análise empírica deste trabalho. O Capítulo II explora os conceitos de criação de valor e competitividade no setor da saúde, fazendo face à pressão de redução de gastos.

A Parte II referente à Análise Empírica é constituída pelo Capítulo III: Abordagem Preço –Valor, onde descrevemos a metodologia utilizada, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados na recolha dos dados, os procedimentos, análise de resultados e discussão dos mesmos. São apresentados os resultados da análise da demonstração dos resultados de uma empresa fictícia criada para sustentar as propostas de prestação de serviços de oxigenoterapia. São também apresentados os resultados da votação das propostas pelos clientes/gestores hospitalares. No final são apresentadas as conclusões.

Esta dissertação pretende alertar as empresas fornecedoras de serviços do setor de saúde, para a necessidade de apresentarem soluções direcionadas para os problemas do setor em Portugal, criando valor para o cliente/utentes. As soluções orientadas e adaptadas para a prestação de cuidados com qualidade juntamente com a sua correta monitorização geram oportunidades e competitividade. Este trabalho realça também a importância dos gestores hospitalares terem em consideração a necessidade crescente de diálogo com os fornecedores e uma análise profunda das vantagens e desvantagens da redução dos preços dos contratos com os mesmos. Os problemas de sustentabilidade financeira do sistema de saúde português não dependem só da redução de preços. Dependem de muitos outros fatores, onde os prestadores podem desempenhar um papel de parceiros. *“Mais saúde pelo mesmo dinheiro”* (OMS, 2010, pag 65).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – OS DESAFIOS NO SETOR DA SAÚDE

O setor da saúde tem evoluído muito no último século através do desenvolvimento tecnológico na área e a investigação científica, proporcionando níveis qualitativos de cuidados muito elevados. Contudo, crescimento económico não significa propriamente uma melhoria na condição saúde e bem-estar global. Há desequilíbrios e dificuldades a ultrapassar entre a população em geral, como por exemplo, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e suas comorbilidades, as alterações genéticas provocadas pelos hábitos alimentares, poluição, e hábitos comportamentais de risco, o agravamento das condições sociais e económicas da classe média/baixa, bem como, o menor número de pessoas ativas que participam nos impostos necessários à despesa da saúde.

1.1 – O SETOR DA SAÚDE AO NÍVEL MUNDIAL

Para a Organização Mundial de Saúde, o conceito saúde é um estado de completo bem-estar que envolve todos os aspetos da vida: físico, emocional e social, e não apenas a ausência de doenças (Machado, 2007). Este conceito estende-se aos dias de hoje, tendo sido transversal aos períodos de industrialização, evolução tecnológica e globalização do mundo. Aliás, a promoção e proteção da saúde são fundamentais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento socioeconómico dos países. Daí que os países e suas populações, classifiquem a saúde como uma das grandes prioridades (Barros, P., 2013).

Se por um lado a esperança média de vida aumentou, as doenças crónicas e as suas comorbilidades aumentaram ainda mais, e de forma significativa nos últimos 20 anos. Nos EUA, 65% dos serviços de saúde são utilizados por pessoas com múltiplas doenças crónicas (OCDE, 2011). Com a recessão económica, o financiamento do setor da saúde tem-se tornado cada vez mais difícil. Numa altura em que é necessário reequacionar as despesas dos países, o setor da saúde é apontado como uma área crítica de gastos, sendo fundamental a sua redução. Margaret Chan, diretora geral da Organização Mundial de Saúde, explicou aos países: “*Num tempo de dinheiro escasso, o meu conselho aos países é este: antes de cortarmos nas despesas de saúde, procuremos primeiro as oportunidades para aumentar a eficiência. Todos os sistemas de saúde, em toda a parte, podem fazer melhor uso dos seus recursos, seja por melhores práticas de aprovisionamento, um uso mais generalizado de produtos genéricos, melhores incentivos aos prestadores, ou mecanismos financeiros e administrativos mais fluidos*”. (OMS 2010, pag vi).

1.1.1 – MODELOS DE FINANCIAMENTO E MODELOS DE PRESTAÇÃO

Nos países membros da OCDE, identificam-se três modelos de financiamento dos cuidados de saúde, assentes na necessidade de uma rede social que permita a melhoria dos níveis de saúde das populações (Campos e Simões, 2011).

Em primeiro lugar, o sistema de seguros privados, cujos prémios são fixados em função da avaliação dos riscos do indivíduo, e que cobrem os mais importantes problemas de saúde. São exemplos deste modelo de financiamento os EUA e a Suíça, embora no caso dos EUA, uma parte da população (acima dos 65 anos de idade e portadores de deficiência) esteja abrangida pelo pagamento de cuidados através do estado. Nos restantes países da OCDE, o modelo de seguros privados está desenvolvido sobretudo para complementar a resposta pública, (Yong, *et al.* 2010; Campos e Simões, 2011).

Em segundo lugar, o sistema de seguro social obrigatório, gerido pelas entidades sociais mas supervisionadas por organismos públicos – caixas mútuas. O nível de cobertura é fixado em função dos rendimentos individuais, embora possa haver alguma compensação pelo estado. Normalmente estas caixas são organizadas em torno de grupos profissionais, setor de atividade ou com base numa área geográfica, podendo chegar até a uma cobertura total da população (Campos e Simões, 2011). Este modelo de financiamento está presente numa grande parte dos países da OCDE, como por exemplo a Alemanha, onde se mantém como a principal fonte de financiamento (cobertura para cerca de 70 milhões de pessoas num total de 82 milhões) e a França, com cobertura a 95% da população.

Por último, o modelo de financiamento pela contribuição de impostos. Este modelo é possível de dois modos: o financiamento e prestação são assegurados por um único organismo público e que recebe do Estado as verbas necessárias, ou a prestação é contratualizada a entidades privadas pelos fundos públicos. No caso do financiamento através de impostos, a contribuição de cada indivíduo é proporcional aos seus rendimentos. Espanha utiliza este modelo de financiamento, sendo os fundos recolhidos centralmente pelo governo e distribuídos regionalmente através de um sistema de capitação pelas comunidades autónomas. A cobertura é quase universal, garantindo o acesso a determinados níveis de cuidados, independentemente do nível de rendimentos individuais. O mesmo acontece em Portugal e Itália.

Do ponto de vista de prestação de cuidados, ao analisarmos os países da OCDE, também identificamos três modelos de prestação: reembolsos pelos serviços prestados; contrato ou convenção e sistema integrado (em que o mesmo organismo exerce todas as competências) (Campos e Simões, 2011). No sistema de reembolso os prestadores de cuidados são pagos pelos serviços fornecidos aos utentes, sendo que esse pagamento pode ser feito diretamente pelo

doente/utente e posteriormente reembolsado (parcial ou total) pela entidade seguradora. O sistema de contrato ou convenção implica um acordo entre os prestadores e pagadores onde são fixadas as condições de pagamento. Neste caso, o pagador tem maior poder e controlo do nível da despesa (Barros, *et al.* 2011). Por último, o sistema integrado no qual o mesmo organismo exerce funções de financiamento e de prestação de cuidados.

Em países da União Europeia como a Dinamarca, Suécia, Finlândia, Reino Unido, Portugal, Espanha, Grécia e Itália, o Estado financia e presta os cuidados de saúde, nomeadamente ao nível de hospitais e cuidados primários. Na Alemanha, Bélgica, Luxemburgo e Holanda, já se assiste a uma maior diversidade de modelos de prestação. Na Alemanha metade das camas de hospitais são públicas e as restantes pertencem a entidades sem fins lucrativos. Na Bélgica, Luxemburgo e Holanda os hospitais para doentes agudos pertencem ao setor privado (Campos e Simões, 2011).

Os modelos de pagamento aos hospitais são também diferentes de país para país. Globalmente existe uma tendência para os pagamentos prospetivos (definição antecipada dos preços, tipo e volume de serviços a prestar), em detrimento dos modelos retrospectivos¹ (Campos e Simões, 2011). A Dinamarca, Grécia e França, utilizam orçamentos prospetivos, em que a determinação de volume é baseada nos anos anteriores. A Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Holanda e Portugal, baseiam os orçamentos prospetivos nas atividades ou funções dos hospitais. A Bélgica, Espanha e Áustria combinam orçamentos prospetivos com pagamentos pelas atividades. Os EUA adotam o sistema de pagamento prospetivo com base nos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)² (sistema também adotado por Portugal). Países como o Reino Unido e a Finlândia têm estabelecido pagamentos por pacotes de serviços hospitalares.

1.1.2 – OS DESAFIOS DO SETOR

A promoção e proteção da saúde são fundamentais para o bem-estar das populações e crescimento económico e social sustentado. Contudo, o acesso aos cuidados de saúde nem sempre é atempado e nem sempre está disponível para todos os indivíduos. A OMS identifica três principais obstáculos que os governos enfrentam para a aproximação à cobertura universal³ dos sistemas de saúde (OMS, 2010):

¹ O modelo de pagamento retrospectivo a hospitais assenta na análise da despesa realizada nos anos anteriores.

² Os GDHs constituem um sistema de classificação de doentes, agrupando-os clinicamente e ao nível de consumo de recursos (Campos e Simões, 2011).

³ Os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde em 2005 comprometeram-se a desenvolver sistemas de financiamento de saúde que permitissem às pessoas aceder aos serviços de saúde, sem enormes sacrifícios financeiros – embora o acesso não fosse totalmente gratuito, não poderia traduzir-se em encargos financeiros inabarcáveis pelas famílias.

- Disponibilidade de recursos – nenhum país, independentemente do grau de riqueza, conseguiu que todos os seus cidadãos tivessem acesso imediato às soluções tecnológicas e intervenções disponíveis;
- Dependência em excesso de pagamentos/taxas moderadoras – no momento de aceder aos cuidados os utentes são chamados a fazer pagamentos diretos (copagamentos, franquias, taxas), por exemplo nos medicamentos e exames de diagnóstico e terapêuticos;
- Uso ineficiente e desigual dos recursos – 20 % a 40 % dos recursos de saúde são desperdiçados devido a má prática (recursos materiais desperdiçados e mal calculados) e pouca coordenação entre instituições (consumo de recursos humanos quer nos hospitais e cuidados primários). A avaliação do desperdício e uma nova gestão dos recursos aumentariam a capacidade de resposta e a qualidade da prestação.

Dos três problemas apresentados, é na ineficiência dos recursos que residem mais oportunidades de melhoria. Os recursos desperdiçados podem ser redirecionados a partir da implementação de medidas corretivas, resultantes de uma avaliação pormenorizada do contexto de cada unidade de saúde. Por exemplo, os medicamentos são a principal causa de desperdício. Estima-se que os países poderiam reduzir em 5% os gastos supérfluos com os medicamentos, desde que usassem um sistema informático de controlo de prescrição (OMS, 2010). Outro exemplo é a contratação e o pagamento a fornecedores de serviços, onde é possível encontrar abordagens mais rentáveis para a contratação dos mesmos. Os governos devem decidir o nível de aquisição, exigindo níveis de qualidade, eficiência, e monitorização periódica sujeita a análise.

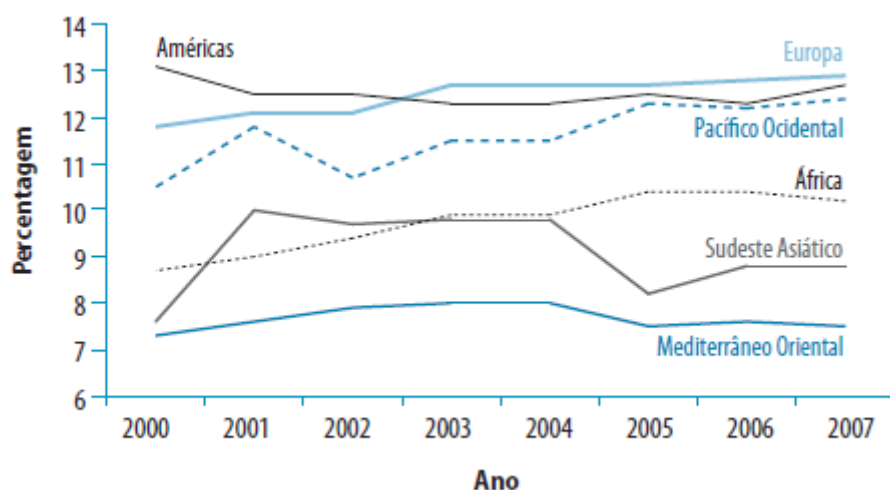


Figura 1 - Despesa de saúde como percentagem da despesa governamental total, por região 2000-2007

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2010), *Relatório Mundial de Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*, OMS

A despesa em saúde constitui um grave problema, especialmente pela duplicação do seu valor a partir do ano 2007. Os países membros da OCDE representam 18% da população mundial, porém, os gastos de saúde representam 86% nos gastos mundiais de saúde. Na figura 1 é visível o peso da despesa de saúde comparativamente ao orçamento global, por grandes regiões mundiais. Os EUA encabeçam a lista dos países que gastam mais em saúde (17,6% do PIB), seguido de outros como a Holanda (12%), a França e Alemanha (11,6%) (OCDE Health Data, 2012). A OCDE, como grupo, gasta em média 3.600 dólares *per capita*/ano, enquanto os EUA e a Noruega gastam 7.000 dólares *per capita*/ano. Num outro extremo, 31 países que gastam menos de 35 dólares *per capita*/ano e outros dez que gastam 10 dólares/*per capita* (OMS, 2010). Na figura 2 podemos identificar os países que tem despesas de saúde inferior à média da OCDE, como a Polónia, o México ou a Turquia.

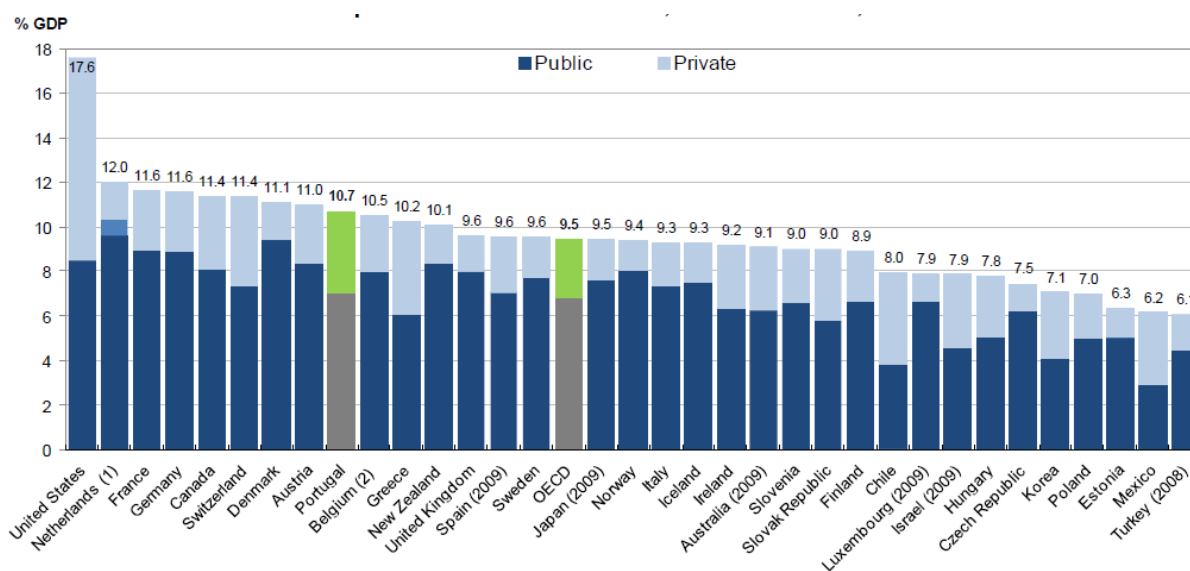


Figura 2- Despesas de saúde % PIB (GDP)

Fonte: OCDE (2012), OCDE Health Data 2012, OCDE

Antes da recessão económica de 2008, os países com rendimentos mais baixos como o Chile, a Eslováquia e a Estónia viram o financiamento externo para o suporte das despesas de saúde, aumentar. Todavia, o atual efeito da crise económica constitui o maior obstáculo para o desenvolvimento da saúde nesses países mais pobres. A OMS indica que em média, um país pobre deveria gastar um mínimo de 44 dólares *per capita*/ano para assegurar que todos os cidadãos tivessem acesso aos serviços básicos de saúde. Vinte e nove países gastam abaixo desta quantia recomendada (OMS, 2012).

Existem fatores que podem explicar este aumento de despesa com a saúde, e que se relacionam com a procura e a oferta de cuidados (Campos e Simões, 2011). Ao nível da procura, em primeiro lugar o envelhecimento da população e aumento das doenças crónicas. Ao longo dos últimos 50 anos nos países OCDE a esperança média de vida tem aumentado consideravelmente e a taxa de

natalidade tem diminuído significativamente. A população ativa é cada vez menor, contribuindo com mais esforço para os gastos com a população mais idosa. Além de viverem mais tempo (degeneração normal), os estilos de vida adotados têm vindo contribuir para o aumento de doenças crónicas, como por exemplo a obesidade e a diabetes, com impacto direto na despesa de saúde. As doenças crónicas são a principal causa de mortalidade e morbidade em toda a Europa (diabetes, doenças cardiovasculares, depressão e doenças respiratórias) necessitando de abordagens complexas e tratamentos de longa duração. A gestão da doença crónica assume assim, um papel de maior relevância na despesa pública e privada. (OMS, 2010). Nos países da OCDE, 40% a 50% das despesas de saúde devem-se à população acima dos 65 anos de idade (OCDE, 2011).

Em segundo lugar o crescimento do rendimento dos cidadãos. Há medida que se verifica aumento nos rendimentos dos países, os cidadãos acabam por consumir e exigir mais serviços de saúde. Por fim e em terceiro lugar, o alargamento do acesso aos cuidados de saúde e a maior cobertura (cobertura de tratamentos e métodos de diagnóstico). Desde os anos 80 que todos os países têm alargado o nível de cuidados cobertos pelo Estado, atingindo quase 100% de cobertura (para todas as situações. Em contrapartida a participação dos cidadãos na despesa, diminuiu (Campos e Simões, 2011).

Ao nível da oferta, a inovação ao nível das técnicas de intervenção médica, novos medicamentos e novos equipamentos são considerados os principais fatores para o aumento da despesa. Embora a inovação tecnológica possa contribuir para maior produtividade e maior economia (por exemplo, novas abordagens medicas menos invasivas), a correta avaliação da eficácia nem sempre é levada a cabo. Muitas vezes fazem-se investimentos avultados sem ainda ter terminado a avaliação em termos de efetividade, por exemplo, compra de equipamentos de radiologia ou utilização de procedimentos cirúrgicos que implicam material mais caro. Um outro fator relevante em termos de oferta é o aumento dos meios materiais e humanos para a prestação dos cuidados, ou seja, o aumento da oferta e o seu efeito indutor sobre a procura (Campos e Simões, 2011).

Tendo em conta o aumento da despesa de saúde, são vários os desafios que os países atravessam no que se refere ao financiamento do setor da saúde. O relatório mundial da saúde de 2010 da OMS- *Financiamento dos sistemas de saúde; o caminho para a cobertura universal* identifica dez áreas problemáticas comuns aos países, estabelecendo também oportunidades de melhoria nessas mesmas áreas (OMS, 2010):

- 1- Subutilização dos genéricos e preço dos medicamentos mais elevados que o necessário: os medicamentos representam 20 a 30% das despesas globais de saúde.
 - a) Utilizar a referência dos preços internacionais como ponto de partida para as negociações (o mesmo medicamento tem preços diferentes de acordo com o nível desenvolvimento do país);
 - b) Requerer e incentivar a utilização de equivalentes genéricos – redução de gastos em 60%;

- c) Assegurar maior transparência nos concursos para aquisição;
- d) Melhorar as recomendações e prescrições;
- 2- Utilização de medicamentos contrafeitos ou de qualidade menor.
 - a) Reforçar padrões de qualidade na manufatura dos medicamentos;
 - b) Realizar testes de produto;
- 3- Utilização inapropriada e ineficiente de medicamentos.
 - a) Separar as funções de prescrição e dispensa;
 - b) Regular as atividades de promoção;
 - c) Melhorar informação e formação de prescrição;
- 4- Sobre utilização ou excesso de oferta de equipamentos, meios complementares de diagnóstico e procedimentos. Retirar o máximo de benefício dos serviços e tecnologia
 - a) Novas formas de incentivo e pagamento (por diagnóstico, por capitação);
 - b) Implementação de orientações clínicas.
- 5- Estrutura de pessoal inapropriada, dispendiosa e desmotivada.
 - a) Investir em formação;
 - b) Rever políticas remuneratórias;
 - c) Pagamentos/contratos relacionados com desempenho;
 - d) Adequar competências às necessidades.
- 6- Admissões hospitalares e duração de internamentos. Melhorar a eficiência hospitalar, dimensão e duração da estadia.
 - a) Disponibilizar alternativas para tratamentos (hospital de dia, tratamentos domiciliários);
 - b) Alterar os incentivos para admissões hospitalares.
- 7- Dimensão hospitalar inapropriada (baixa utilização de infraestruturas).
 - a) Corresponder as capacidades de gestão à dimensão.
- 8- Erros médicos e qualidade de cuidados subótima. Definir o tratamento correto desde o início.
 - a) Melhorar a higiene dos hospitais;
 - b) Proporcionar mais continuidade de cuidados;
 - c) Mais auditorias clínicas;
 - d) Monitorizar o desempenho hospitalar.
- 9- Desperdício, corrupção e fraude.
 - a) Fortes mecanismos de sanção;
 - b) Verificar vulnerabilidade à corrupção;
 - c) Promover códigos de conduta.
- 10- Estratégias inapropriadas e ineficientes. Levantamento crítico dos serviços necessários.
 - a) Avaliar e justificar com evidências os gastos e impacto de intervenções.

1.2 – O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) é um conjunto de instituições e serviços oficiais, prestadores de cuidados de saúde organizados de acordo com uma hierarquia e sob tutela do Ministério da Saúde. Tal como os restantes países do mundo, Portugal enfrenta o problema da insustentabilidade financeira, ou seja, a curto prazo, não ter capacidade para suportar as despesas em saúde.

1.2.1 – CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O SNS caracteriza-se pelo “ *acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis*” e por “ *ser universal quanto à população abrangida; prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; garantir equidade nos acessos aos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras nos acessos aos cuidados; ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.*” (Lei de bases da Saúde nº 48/90 de 24 agosto, com alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, 8 novembro, Base XXIV ⁴).

O SNS é tutelado pelo Ministério da Saúde que planifica e regulamenta as estratégias de saúde para o país. A administração do sistema é levada a cabo pelas cinco Administrações Regionais (ARS), Administração Regional de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sendo responsáveis pela saúde da população na sua área geográfica de influência e, responsáveis pela supervisão dos hospitais e gestão dos cuidados primários. As ARS são também responsáveis pela contratação de serviços quer com os hospitais públicos quer com fornecedores privados, para os utentes do SNS. Têm também responsabilidades financeiras no que se refere à gestão dos cuidados primários – centros de saúde (Lei de bases da Saúde nº 48/90 de 24 agosto, com alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, 8 novembro). Os hospitais têm um orçamento definido a partir do Ministério, sendo responsáveis pela própria gestão e contratação de serviços condicionados pelo orçamento definido - autonomia de procedimentos mas sem autonomia financeira (Barros *et al.* 2011).

Em Portugal os cuidados de saúde são financiados na sua maioria através do pagamento de impostos pelos cidadãos – financiamento público, num sistema integrado de gestão. Um quarto da população portuguesa tem um segundo sistema de saúde, seja pelo usufruto dos subsistemas de

⁴ Portal da Saúde, acedido a 9 de setembro de 2012 em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>,

saúde (de acordo com a categoria profissional, como SAMS, ADSE), seja pelos seguros privados (Barros, 2013; Campos e Simões, 2011).

1.2.1.1 – CONTEXTO POLÍTICO

O governo português emana as políticas para o setor da saúde, ouvindo e envolvendo vários grupos de interesse na área: grupos de profissionais de saúde (Ordem dos Médicos; Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos), associações industriais (Associação Nacional de Farmácias, Associação de Empresas Farmacêuticas APIFARMA) e organizações não-governamentais como as Associações de Doentes (Direção Geral da Saúde, 2012a). Cada um destes grupos exerce determinado grau de influência nas políticas para os cuidados de saúde do país. O grupo dos profissionais de saúde, em especial a Ordem dos Médicos tem particular peso nas definições das *guidelines* clínicas e técnicas médicas, ao nível da evidência científica para a introdução de novos fármacos, novas abordagens terapêuticas nos estádios das doenças e utilização de novos equipamentos no diagnóstico. As associações industriais, nomeadamente, as farmacêuticas, exercem um poder económico central no setor da saúde, não só pelo peso financeiro dos produtos comercializados mas também, pelas verbas que disponibilizam para a investigação clínica (verbas que o Estado não tem capacidade de dispensar). Os grupos de doentes ou organizações não-governamentais, de certa forma têm menor grau de influência nas políticas (até porque só nos últimos dez anos começaram a ser chamados como parte das comissões para a saúde), embora sejam voz ativa do grau de satisfação da população com os cuidados de saúde no país. Enquanto membro da União Europeia, da OCDE e da OMS, Portugal alinha estratégias com as diretrizes globais, quer ao nível socioeconómico (inflação, despesas pública) quer ao nível de *guidelines* clínicas de intervenção acessibilidade aos cuidados de saúde.

1.2.1.2 – CONTEXTO SOCIAL E ECONÓMICO

Desde o início da década de 90 que se verifica um aumento de 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos e uma diminuição de 21% da população jovem e crianças (Deloitte, 2011). No Censos 2011, 15% dos residentes em Portugal tinha menos de 15 anos e 19% tinha 65 ou mais anos. O índice de envelhecimento da população é de 131, o que significa que por cada 100 jovens (classe etária entre os 12 e os 20 anos) há 131 idosos – 65 ou mais anos (Direção Geral da Saúde, 2012a). Algumas previsões apontam que a população portuguesa estabilizará ou diminuirá entre 2034 e 2060, fruto do aumento da esperança média de vida e decréscimo de nascimentos. Em 2020 a população acima dos 65 e mais anos representará 21%, incluindo 6% de indivíduos com oitenta ou mais anos, refletindo-se numa diminuição drástica da população ativa – maiores encargos para o sistema de saúde (uma vez que a população mais idosa gastará mais recursos), e menos população ativa a contribuir com impostos (Barros et al. 2011)

O envelhecimento da população portuguesa e os estilos de vida adotados acentuam o aumento da prevalência de doenças crónicas, como as cerebrovasculares, hipertensão arterial e diabetes, que além do peso enquanto doença, também são fatores de risco para outras doenças. Estima-se que por exemplo a prevalência da hipertensão arterial seja de 46% da população e a prevalência de diabetes de 12,3%. As doenças circulatórias (32%), os tumores malignos (23%) e as doenças respiratórias (11,1%) são as principais causas de mortalidade em Portugal. Entre os determinantes da saúde relacionados com o estilo de vida, destaca-se o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. Em 2006, 20,8% da população portuguesa era fumadora, contudo os indicadores relativos a doença associada ao consumo de tabaco apresentam uma evolução positiva, nomeadamente na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica com prevalência de 14,2% (Direção Geral da Saúde, 2012). As doenças crónicas respiratórias contudo ainda atingem cerca de 40% da população e os internamentos médicos aumentaram desde 2002 em 3% (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2012 e Direção Geral da Saúde, 2012b). Em 2009 o consumo de medicamentos *per capita/ano* em Portugal era de 327 euros.

Nos últimos dez anos o crescimento da economia portuguesa tem sido muito baixo e até negativo. O PIB cresceu a uma média de 1% anual, abaixo da média europeia (1,4%). Desde a entrada para a União Europeia, Portugal registou sempre défices orçamentais acima dos 3%⁵ (Ministério das Finanças, 2011). Se olharmos para os principais indicadores macroeconómicos desde 2003 até 2009 (início da recessão económica atual) verificamos que o défice governamental em 2005 representava 6% do PIB, em 2009, 9,6% do PIB (Barros, et al. 2011). Ao longo da última década, também se verificou um aumento do peso da estrutura do Estado na economia. O consumo público em 2010 representava 21% do PIB, revelando pouca disciplina nas contas públicas. Acresce ainda as empresas do Estado que tem vindo acumular fracos resultados financeiros – dívida aos bancos (19% PIB); passivo muito elevado; capital próprio negativo e as parcerias público-privadas excessivamente utilizadas (em especial para o setor da saúde e infraestruturas rodoviárias) (Ministério das Finanças, 2011b).

O agravamento das condições de financiamento da economia (ao nível de gastos e acesso a crédito), levou o governo em abril de 2011 a pedir ajuda externa internacional, num plano de resgate elaborado em conjunto com o FMI e UE. Nesta última década, Portugal acumulou endividamento externo: a dívida externa bruta aumentou de 100% PIB em 1999, para 230% PIB em 2010, deixando Portugal nos países mais endividados da zona euro (Ministério das Finanças, 2011b). O endividamento de particulares aumentou acentuadamente, sobretudo devido a aquisição de habitação própria, mas também devido a despesas de consumo.

Em 2010, os gastos com saúde chegavam aos 10,7% PIB (acima da média europeia 9,5% PIB). Apesar de um valor elevado de despesa alocado à saúde, Portugal gasta apenas 2.728 dólares *per*

⁵ Valor de referência estabelecido no Pacto de Estabilidade e crescimento, que apenas pode ser ultrapassado em situações excecionais e de forma temporária (EUROSTAT)

capita/ano (abaixo da média OCDE de 3.268 *per capita/ano*), reflexo de sermos um país menos rico. Todavia, quando analisamos a distribuição dessa despesa entre o cidadão e o Estado, verificamos que o cidadão português contribui mais que a média europeia (Sousa, 2009; OCDE, 2012). Os gastos de saúde aumentaram em média 2,3% por ano desde 2000 a 2009, verificando-se um retardamento a partir de 2010 devido à recessão económica vivida.

1.2.1.3 – FINANCIAMENTO

O financiamento do sistema de saúde português baseia-se em fundos públicos e privados. O financiamento público (principal modelo de financiamento) deve-se ao pagamento de impostos pelos cidadãos e empresas, enquanto os privados são financiados pela contribuição dos utentes por copagamentos ou pagamentos diretos. Os subsistemas são financiados por grupos de trabalhadores (Barros, P., 2013). O Ministério da Saúde recebe do Ministério das Finanças, um orçamento global que é alocado às ARS e Hospitais, tendo por base um plano estratégico e financeiro preparado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS – responsável pela gestão financeira do Ministério da Saúde). A alocação do valor é baseada em gastos anuais e capitação. Os valores atribuídos às ARS cobrem os gastos com os cuidados primários – os centros de saúde (Barros, *et al.* 2011). Em relação aos hospitais o financiamento depende de metas de produção e complexidade dos atos realizados.

O orçamento atribuído ao SNS nos últimos anos é ultrapassado, havendo a necessidade de aprovações extraordinárias de verbas. Todavia, o SNS consegue angariar/produzir receita, em especial através dos hospitais: pagamentos extraordinários de doentes por quartos privados, pagamentos de companhias de seguros (utentes que sofreram acidentes de viação) e doações. Esta receita adicional representa 13,4% do orçamento hospitalar global (Barros P., Machado S e Simões J., 2011).

1.2.2 – A SUSTENTABILIDADE DO SNS

Com a atual situação económica portuguesa, cada vez mais se discute a sustentabilidade financeira do SNS, que ao dia de hoje se caracteriza por elevado peso no défice orçamental e dependência de financiamento externo. A sustentabilidade financeira não pode ser analisada independente da situação financeira geral do país, uma vez que o modelo de financiamento da saúde depende da cobrança de impostos. Ora em tempos de menor crise económica será mais fácil assegurar fundos públicos para o financiamento, do que em tempos de maior recessão económica. Todavia, é preciso entender o nível de implicação dos fatores responsáveis pelo crescimento da despesa com saúde, para que a partir daí se planifique onde atuar. À semelhança dos países da OCDE, Portugal viu a sua despesa com a saúde aumentar devido a fatores como o envelhecimento da população (maior

esperança de vida mas mais doenças crónicas para tratar) e uso da inovação tecnológica descontrolado.

Num relatório levado a cabo pela consultora Deloitte em 2011 – *Saúde em análise: Uma visão para o futuro*, são apresentados detalhes das áreas problemáticas do setor :

- Situação demográfica: o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população ameaça a sustentabilidade do sistema de saúde. Por um lado, menos população ativa a contribuir para o financiamento do sistema através dos impostos e, por outro lado, mais gastos de saúde com a população mais idosa, que recorre mais ao sistema, por exemplo 46% dos encargos com medicamentos em 2008.

- Gastos com medicamentos: entre 2005 e 2009, o mercado ambulatorio de venda de medicamentos teve um crescimento de 3,2%, enquanto o mercado hospitalar, teve um crescimento de 9,5%. Porém, o governo tem introduzido algumas medidas capazes de reduzir os gastos através da utilização de genéricos e redução das taxas de comparticipação.

- Ausência de planeamento estratégico: o planeamento estratégico para a saúde em Portugal apresenta muitas debilidades e de difícil implementação. Não há objetivos claros e a longo prazo. São planos elaborados ao nível central, sem o envolvimento das entidades locais e outros parceiros, como a indústria (atualização de novas terapêuticas e novas abordagens menos onerosas). As políticas quando implementadas são raramente avaliadas e sujeitas a reajustes.

- Financiamento hospitalar: o atual modelo para o pagamento aos hospitais (baseado na complexidade das atividades realizadas e produção) pode levar a muitos hospitais a optar por prestar cuidados mais diferenciados, de forma a conseguir um maior valor orçamental – situações menos complexas, são menos atrativas de cuidar. O modelo atual também não incentiva à cooperação entre os cuidados primários e cuidados hospitalares devido à transferência de cidadãos e perda de produção.

- Dupla cobertura: o SNS assegura a cobertura a todos os cidadãos portugueses. Todavia, multiplicam-se as duplas coberturas através dos subsistemas e seguros de saúde privados quando a maior parte dos serviços já estão disponíveis pelo SNS.

- Modelo organizacional e de gestão inadequada: o Estado assume o papel de acionista, regulador e pagador. As entidades que participam na regulação do setor, nem sempre apresentam alinhamento de visões e prioridades. Há falta de coordenação interna, subaproveitamento de informação, dívidas a fornecedores e má gestão de recursos disponíveis. Por exemplo, dois registos informáticos do processo clínico do doente – um nos cuidados primários e outro nos hospitais.

- Planeamento e gestão de recursos humanos desadequados: Há uma distribuição inadequada dos recursos humanos tendo em conta as necessidades regionais da população, as reformas

antecipadas; o exercício de medicina privada; a falta de formação a profissionais de saúde na abordagem multidisciplinar integrada do doente; os modelos de remuneração (inadequados) tanto ao nível dos cargos de gestão, como de profissionais de saúde. Tendo em conta a complexidade na gestão em saúde, as instituições carecem de gestores com bons conhecimentos da estrutura do setor, conhecimento aprofundado dos problemas e com visão holística das soluções.

- Sistema não está centrado no cidadão: existem muitos obstáculos à utilização dos serviços, como por exemplo, tempos de espera, acesso a cuidados especializados e limitação na compreensão dos programas de gestão de doenças crónicas e da análise da situação do cidadão.

- Falta de informação com qualidade: Falta de sistemas de informação integrados referente a prestadores, pagadores e reguladores. Por exemplo, inexistência de informação clínica disponível a todos os níveis da rede de cuidados – Informação hospitalar e cuidados primários; inexistência de prescrição eletrónica; rara partilha de informação eletrónica; pouca informação sobre cumprimento terapêutico. Tais dificuldades conduzem a um maior esforço e maior gasto na organização da informação e constitui um obstáculo à análise e interpretação da mesma.

Da análise anterior, identificam-se possíveis intervenções que de certa forma traçam um caminho para a melhor sustentabilidade financeira do SNS. Pita Barros (2013) destaca algumas intervenções fundamentais nesse sentido. Em primeiro lugar, a procura pela eficiência – combater o desperdício de forma a reduzir necessidades financeiras para o mesmo volume de atividade. Combater o desperdício nos tratamentos prestados à população de forma a conseguir mais com os mesmos recursos ou melhor combinação dos mesmos. Determinar o volume de cuidados que deve ser utilizado, dando prioridade à deteção e eliminação dos consumos excessivos. Contudo, o autor também alerta, *“A redução do desperdício é um objetivo que deve estar sempre presente, e tem de forçosamente encontrar-se nas primeiras preocupações de todos os agentes do setor da saúde. Mas não será suficiente. (...) Os ganhos de eficiência operacional reduzem a despesa num ano (ou em dois anos) mas depois de alcançados esses ganhos, a dinâmica de crescimento da despesa em cuidados de saúde que tem estado presente rapidamente ultrapassa os efeitos conseguidos e volta a colocar a mesma situação de pressão sobre a despesa...”* (Barros, 2013, pag 36 e 37). Em segundo lugar, o controlo da adoção das novas tecnologias e a sua avaliação periódica e sistemática. Cabe ao SNS avaliar quais as soluções tecnológicas que têm verdadeiro valor no diagnóstico e na terapêutica e quanto se justifica pagar por essas inovações. Os benefícios adicionais pela sua utilização têm de compensar os gastos que lhe estão associados. Por último, as intervenções ao nível do comportamento da população e a adoção de estilos de vida saudáveis, gerando melhor saúde geral e a menor necessidade de recursos.

1.2.3 – MEMORANDO DE ENTENDIMENTO: DESAFIOS PARA O FUTURO

Através do Memorando de Entendimento de março de 2011 entre Portugal e a Comissão Tripartida constituída pela União Europeia (UE), Banco Central Europeu (BCE) e Fundo Monetário Internacional (FMI), estabeleceu-se um conjunto de compromissos de intervenção em algumas das áreas problemáticas do sistema de saúde. Determinou-se como objetivos “*aumentar a eficiência e eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB m 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos gastos operacionais dos hospitais*” (Ministério das Finanças, 2011a, pag 17). Das medidas estabelecidas, algumas são muito concretas, como as dirigidas aos medicamentos, enquanto outras são mais gerais e difusas, como a poupança de custos em percentagem global, permitindo alguma margem de atuação pelo Governo (Fernandes e Barros, 2012). As várias medidas foram categorizadas em: financiamento; definição de preços e comparticipação dos medicamentos; prescrição e monitorização; setor farmacêutico; compras e aprovisionamento centralizado; cuidados de saúde primários e serviços hospitalares (Ministérios das Finanças, 2011a).

Financiamento:

a) Rever e aumentar as taxas moderadoras através da revisão das categorias de isenção atual e através do aumento de taxas moderadoras em determinados serviços. Indexar automaticamente, as taxas moderadoras do SNS à inflação;

Este é um dos temas com maior visibilidade para a população. Esta medida é reconhecida pela importância que tem na regulação e controlo da utilização abusiva e excessiva dos cuidados de saúde, quando o custo do acesso é nulo ou tendencialmente nulo. As áreas mais relevantes são as idas às urgências ou consultas de atendimento permanente, quer nos hospitais, quer nos cuidados primários. O recurso a serviços de urgência hospitalares tem sido apontado como disfuncional para o melhor desempenho do SNS. Há estimativas de que 40% dos episódios de urgência são classificados de acordo com a Triagem de Manchester⁶ em cor verde e azul, correspondente a episódios sem complexidade clínica e que poderiam ser resolvidos nos cuidados primários – as taxas moderadoras nos cuidados primários são inferiores. (Fernandes e Barros, 2012). O Memorando de Entendimento prevê contudo, isenções às taxas moderadoras embora com critérios revistos. Antes do compromisso, as isenções eram atribuídas a pessoas com rendimentos baixos, doentes crónicos, mulheres grávidas, crianças e grupos que contribuíam para a sociedade como os dadores de sangue e os bombeiros. Com a revisão pelo memorando, mantém-se o essencial das

⁶ Sistema de triagem utilizado nos serviços de Urgência para identificação da prioridade clínica dos episódios, assim como o tempo aceitável para observação. A cor vermelha refere-se a situações emergentes e de atendimento imediato seguindo-se por ordem decrescente de prioridade, a cor laranja, amarela, verde, e azul (situações não urgentes).

isenções, embora com pequenos ajustes. Por exemplo, restringiu-se a isenção no grupo dos doadores de sangue e bombeiros (apenas têm isenção nos cuidados primários) e alargou-se o critério de baixo rendimento – rendimentos mensais iguais ou inferiores a 628,83€ (sujeitos a avaliação). Os doentes crónicos passaram a ter isenção apenas nos cuidados de saúde diretamente relacionados com a sua condição crónica. Em suma, estima-se que 70% da população venha a ter isenção parcial ou total das taxas moderadoras (Fernandes e Barros, 2012).

b) Reduzir as deduções fiscais relativas aos encargos de saúde, em dois terços;

O anterior sistema de benefícios fiscais contemplava a dedução em 30% nos impostos pagos, das despesas com saúde. Atualmente, rendimentos acima dos 66045 euros por ano não têm qualquer benefício fiscal e nos restantes cidadãos o valor de dedução fiscal passou para os 10% em 2012 (Ministério das Finanças, 2011b).

c) Reduzir o orçamento global dos subsistemas da função pública (ADSE; ADM e SAD) em 30% (2012) e 20% (2013);

Esta medida tem como objetivo aumentar o auto financiamento dos subsistemas, independentemente do valor atribuído pelo Orçamento de Estado, aumentado para isso, as contribuições dos beneficiários e redefinindo os tipos de cobertura disponíveis.

Definição de preços e comparticipação de medicamentos:

- a) O preço do medicamento genérico deverá ser 60% do preço do medicamento de marca com substância ativa similar;
- b) Rever os preços de referência baseados nos preços internacionais, adotando o preço mais baixo da UE ou para países comparáveis em termos de PIB per capita.

Está claro nos objetivos estabelecidos pelo Memorando de Entendimento que a área onde se pretende alcançar maior eficiência, é a do medicamento. Foram estabelecidos objetivos da despesa pública com medicamentos para 1,25% PIB até final de 2012 e 1% PIB em 2013 (Ministérios das Finanças, 2011a). Nesse sentido, o Governo assinou um acordo com a APIFARMA, com o objetivo de reduzir despesa em 2012 na ordem dos 300 milhões de euros, comparativamente com 2011⁷ (170 milhões no mercado hospitalar e 130 milhões no mercado ambulatorio). Ficou também acordado atingir em 2013, 1% do PIB. Se estes valores forem excedidos, há o pagamento desse excedente pela indústria farmacêutica. Este acordo permitiu alcançar os objetivos de 2012 (Fernandes e Barros, 2012). A indústria farmacêutica tira partido através dos prazos de pagamento das dívidas dos hospitais fixados pelo Governo, e bloqueio das reduções de preços administrativamente decretadas.

⁷ O objetivo fixado para 2012 em termos de despesa mercado hospitalar, foi de 842 milhões de euros e 1196 milhões de euros para o mercado ambulatorio.

O alargamento do consumo dos medicamentos genéricos também foi tido em conta nas medidas acordadas, assim como a referenciação internacional de preços utilizados para a introdução de novos medicamentos.

Prescrição e monitorização:

- a) Prescrição eletrónica de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêuticos, obrigatória para o setor público e privado;
- b) Melhorar o sistema de monitorização da prescrição, avaliando sistematicamente cada médico em termos de volume e valor em comparação com as *guidelines* clínicas de prescrição e outros profissionais de saúde equivalentes;
- c) Incentivar à prescrição de genéricos ou marcas menos dispendiosas;
- d) Estipular regras de prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica baseadas nas *guidelines* clínicas internacionais.

A prescrição do medicamento e a sua monitorização são medidas necessárias para a redução da despesa com a saúde. A prescrição orientada para medicamentos mais baratos ou até genéricos, mas com efeitos terapêuticos suficientes e adequados a cada doente, proporcionam racionalização. Esses resultados deverão ser disponibilizados ao médico para que tenha conhecimento do volume e despesa que lhe estão atribuídos. A prescrição eletrónica permite não só a orientação pelas normas internacionais de prescrição e boas práticas clínicas, como também um sistema de fácil recolha de informação.

Setor farmacêutico:

- a) Legislação que regule a atividade das farmácias;
- b) Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir valor comercial regressivo e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias – redução 50 milhões de euros.

Compras e aprovisionamento centralizado:

- a) Enquadramento legislativo e administrativo de um sistema de aprovisionamento centralizado para compras de dispositivos médicos – reduzir gastos através de acordo de preços/volume e combate aos desperdícios;
- b) Medidas para aumentar a concorrência entre os prestadores privados e reduzir em pelo menos a despesa global do SNS em 10% com prestadores de serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêuticos (2011) e mais 10% em 2012;
- c) Rever periodicamente os preços pagos aos prestadores privados com o objetivo de reduzir os gastos dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O Memorando de Entendimento, estabelece também medidas que aumentem a concorrência entre fornecedores privados do SNS, sendo que o objetivo é reduzir em 10% a despesa global com estes prestadores, em especial na área do diagnóstico e terapêutica. A centralização de concursos nos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SPMS permite a centralização das compras com melhores condições negociais e maior concorrência (Fernandes e Barros, 2012).

Cuidados de Saúde Primários:

- a) Aumento das Unidades de Saúde Familiares, continuando a recorrer ao pagamento de salários e pagamentos baseados em desempenho;
- b) Medidas que garantam a presença de médicos de família em regiões carenciadas.

A rede de cuidados primários em Portugal evoluiu muito nos últimos cinco anos e é sem dúvida um dos aspetos fortes do SNS. A reforma da saúde em 2008 introduziu novos modelos de gestão dos cuidados primários, introduzindo os agrupamentos de centros de saúde – ACES. Os trezentos e sessenta e três centros de saúde estão organizados em setenta e quatro ACES, que por sua vez se dividem em unidades de saúde na comunidade, unidades de cuidados continuados, e unidades de saúde familiares (Campos e Simões, 2011). As medidas acordadas no Memorando de Entendimento revelam a contínua aposta no seu desenvolvimento enquanto fator chave nos cuidados de saúde.

Serviços Hospitalares

- a) Liquidação de pagamentos em atraso a fornecedores e introduzir sistema de controlo;
- b) Medidas para garantir a redução de 200 milhões de euros nos gastos operacionais dos hospitais em 2012, incluindo a concentração e racionalização dos hospitais públicos e centros de saúde;
- c) Criar sistema que permita a comparação do desempenho hospitalar a partir de indicadores;
- d) Relatórios mensais a partir dos sistemas de informação dos hospitais para apresentar ao Ministério da Saúde, Ministérios das Finanças e Administração Pública;
- e) Transferir alguns serviços ambulatoriais para cuidados primários;
- f) Inventário anual dos médicos no ativo;
- g) Regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde dentro das ARS. Reduzir horas extraordinárias em 10% (2012) e mais 10% em 2013.

O atraso no pagamento a fornecedores é o maior desafio para a gestão hospitalar. A maior parte da dívida hospitalar diz respeito aos pagamentos em atraso à indústria farmacêutica. Neste sentido, as medidas a adotar devem contemplar por um lado, o tratamento da dívida já acumulada e por outro lado a criação de mecanismos que impeçam nova acumulação de dívidas a fornecedores.

Serviços Transversais:

- a) Registo médicos eletrónicos dos doentes;
- b) Reduzir gastos com transportes em um terço.

1.2.4 – OS CUIDADOS DE SAÚDE EM DOMICÍLIO

A evolução e melhoria das condições domiciliárias da população e a evolução tecnológica dos dispositivos médicos, permitiu introduzir uma nova abordagem nos cuidados de saúde, substituindo a hospitalização pelos cuidados domiciliários. Tal abordagem permite a continuidade dos cuidados com elevado nível de qualidade e segurança, com satisfação dos doentes e seus cuidadores e redução de gastos para o sistema de saúde. Tavares e Graça (2012), recordam que “60% dos gastos hospitalares não resulta de atos, produtos ou serviços de natureza clínica ou terapêutica mas sim de logística complementar” (Tavares e Graça, 2012, pag 1). Os cuidados domiciliários são indicados para a abordagem ao doente crónico, que normalmente precisa de tratamentos ao longo da vida, como por exemplo a diálise, oxigenoterapia e a reabilitação física. Em 2009, as principais causas de internamentos evitáveis pelos cuidados em domicílio foram a diabetes, a asma e a DPOC (Direção Geral da Saúde, 2012a).

O sucesso desta abordagem depende da capacidade dos fornecedores para a prestação dos cuidados (capacidade tecnológica e operacional), coordenação entre os cuidados hospitalares e primários e dos modelos de contratualização – adequados ao cidadão/abordagem clínica, com garantia de qualidade, disponibilidade e preço. A contratualização é de facto um fator central para estes serviços, exigindo sistemas mais complexos de gestão, decisões mais complexas (numa abordagem multidisciplinar) e monitorização periódica.

Os cuidados respiratórios domiciliários (CRD) representam um caso de sucesso neste tipo de soluções ao domicílio. Os CDRs surgiram em Portugal na década 80, pela necessidade de implementar um modelo eficiente de aplicação terapêutica de oxigénio a doentes respiratórios. Nessa altura o tratamento de Oxigenoterapia de Longa Duração⁸ (OLD) era aplicado apenas em contexto hospitalar, obrigando o utente a estar em regime de internamento. Nos anos oitenta existiam aproximadamente 700 utentes sob cuidados OLD em domicílio, verificando-se nos anos seguintes um crescimento de 20%. Apesar de algumas assimetrias regionais na implementação deste modelo, vários indicadores revelaram diminuição de mortes por patologia crónica pulmonar e duração dos internamentos (Comissão Nacional dos Cuidados Respiratórios Domiciliários, 2010).

⁸ Oxigenoterapia de Longa Duração consiste na administração de oxigénio medicinal para o tratamento de patologias do foro respiratório, através de um interface – máscara facial ou óculos nasais, superior a 15 horas diárias (DGS 08/2011).

A Direção Geral de Saúde (2011), refere que a OLD para doentes insuficientes respiratórios crónicos, “*só é eficaz se for feita durante mais de 15 horas por dia, estando associada a menor incidência de complicações e uma redução do número de hospitalizações.*” (Direção Geral da Saúde, 2011, pag 4). A administração pode ser feita através de cilindros de oxigénio, concentradores – dispositivo elétrico ou contentores de oxigénio em estado líquido – em utentes com necessidades de deambulação (trabalho, programas de reabilitação respiratória e crianças).

Os internamentos médicos por doença respiratória aumentaram desde 2002 em 3% (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2012). Além do diagnóstico precoce, há necessidade de monitorizar a aderência aos tratamentos preconizados. Muitos doentes não cumprem as indicações médicas, levando ao agravamento clínico e episódios no serviço de urgência. O número médio de dias de internamento, em caso de agudização de um doente insuficiente respiratório crónico, é de dez dias (DGS, 2004), e em situações de extrema gravidade requerendo a utilização de Ventilação Mecânica, pode chegar aos dezassete dias de internamento (incluindo internamento nas Unidades de Cuidados intensivos). Segundo a ACSS, o preço diário de internamento em enfermaria ronda os 250€, sendo que a diária em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ronda os 570€ (portal codificação dos GDHs, 2006).

CAPÍTULO II – A CRIAÇÃO DE VALOR NO SECTOR DA SAÚDE

Ao longo dos séculos, o contexto económico, tecnológico, social e cultural que sustentou as empresas sofreu grandes alterações, em particular nas últimas décadas. Atualmente, um ritmo de mudança acelerada influencia um mundo globalizado onde a informação, tecnologia, inovação e conhecimento são fundamentais para as organizações e a sua competitividade. Deixamos de mencionar as empresas como máquinas “produtoras de lucro”, para mencionarmos em organizações como parte da sociedade, criando, desenvolvendo e distribuindo riqueza. As organizações estão hoje em dia focalizadas na competitividade baseada em conhecimento para o desenvolvimento, a otimização e o investimento. O mesmo se passa ao nível do setor da saúde.

2.1 – A CRIAÇÃO DE VALOR ENQUANTO VANTAGEM COMPETITIVA NAS ORGANIZAÇÕES

À medida que evoluímos numa economia cada vez mais baseada no conhecimento, as empresas mais competitivas tem maior capacidade de atrair as melhores pessoas e gerar mais conhecimento. A chave para o sucesso competitivo encontra-se na capacidade da organização em criar um valor único e contribuir com algo original e diferente da concorrência. E embora a competitividade não se refira apenas a conhecer os concorrentes, é a forma como as organizações pensam sobre os seus concorrentes que irá definir as escolhas sobre como competir. Concorrer no âmbito de um processo de diferenciação para ser único implica formas distintas de concorrer e atender às diferentes necessidades dos clientes (Magretta, 2012).

Michael Porter, num artigo de revisão “ *Five competitors forces that shape strategy*” (2008) explica e clarifica que efetivamente a competitividade não se esgota em apenas conhecer os concorrentes, mas sim outros rivais enquanto forças competitivas: os clientes, os fornecedores, potenciais entradas no mercado e potenciais produtos/serviços substitutos (Porter, 2008). Trata-se de conhecer o ambiente competitivo e analisar as variáveis ou forças que afetam e influenciam as ações e respostas da empresa de forma mais ou menos intensa (Teixeira, 2011).

Uma das ferramentas mais utilizadas para analisar o ambiente competitivo da empresa é o modelo das Cinco Forças de Porter. Porter identificou cinco forças/variáveis que moldam a competição na indústria e cuja análise se torna fundamental para a compreensão do setor e a formulação da estratégia. Tais variáveis, determinam também a atratividade do setor apoiando diretamente as decisões sobre onde e como competir (Magretta, 2012). A força central é a rivalidade entre os concorrentes existentes, ou seja, o grau de agressividade que caracteriza a atuação das empresas concorrentes. Esta força central é influenciada por outras quatro forças: a ameaça de novos concorrentes; o poder negocial dos clientes; o poder negocial dos fornecedores e ameaça de novos

produtos ou serviços substitutos dos que se encontram atualmente no mercado (Porter, 2008; Serra, et al. 2010; Magretta, 2012 e Teixeira, 2011).

Cada uma das forças tem uma relação direta com a rentabilidade do setor. Quanto mais forte for a força, maior pressão vai colocar sobre os preços ou sobre os gastos e até sobre ambos. Contudo, ao longo do tempo as condições mudam e os aspectos dinâmicos da indústria (como a inovação, o crescimento do mercado, ofertas dos fornecedores e necessidades dos clientes) podem influenciar ou ser influenciados pela estratégia dos concorrentes.

O poder negocial dos clientes define a influência que os clientes podem ter numa determinada indústria, nomeadamente na capacidade de reduzir preços ou elevar os níveis de qualidade dos produtos ou serviços. São vários os determinantes que contribuem para um impacto significativo do poder negocial dos clientes, como por exemplo, a concentração num número reduzido (o poder será tanto maior quanto menor for o número de clientes); volume de compras (quando corresponde a uma elevada fatia das vendas da empresa) e a inexistência de diferenciação de produtos (maior é a possibilidade de os clientes de uma empresa substituírem). Adotando o mesmo raciocínio, o poder negocial dos fornecedores é um fator determinante da estrutura de uma indústria, e por sua vez, afetar a rentabilidade da mesma. De certa forma, os determinantes do poder negocial dos fornecedores assemelham-se aos determinantes do poder negocial dos clientes: a concentração de compras num número reduzido de fornecedores (maior poder negocial ao nível de preços ou condições de pagamento); inexistência de produtos substitutos e importância para o fornecedor do volume de compras da empresa (o peso que as nossas compras representam no fornecedor (Porter, 2008 e Teixeira, 2011).

A ameaça competitiva de novos produtos substitutos é tanto maior quanto mais os substitutos se aproximarem de servir as necessidades dos clientes, ou então, quanto mais avançada for a fase do ciclo de vida dos produtos existentes (maturidade ou declínio). Consideram-se os seguintes determinantes para esta força: relação preço/desempenho (desempenhos semelhantes e preços mais atrativos); custos de mudança (quanto mais fácil for abandonar os atuais produtos ou fornecedores) e propensão do comprador para aquisição de produtos substitutos (grau de lealdade à marca, grau de inovação).

A ameaça de entrada de novos concorrentes depende das barreiras a essa mesma entrada, ou seja, do nível de dificuldade que uma empresa enfrenta para poder entrar e competir. Depende, assim, de vários fatores, nomeadamente, das economias de escala (quanto maior tiver de ser a empresa, maiores serão as necessidades de capital e outros recursos); diferenciação dos serviços e produtos e imagem de marca (quanto maior for a diferenciação e imagem de marca, mais difícil será para a nova empresa apagar a imagem já conquistada) e elevados custos fixos - capital necessário para a entrada (Porter, 2008 e Serra, et al. 2010).

A rivalidade entre os concorrentes existentes traduz o grau de agressividade nos seus comportamentos e é um forte determinante de rentabilidade. Esta força é influenciada pelo comportamento das outras quatro – quanto mais intensas forem, maior rivalidade produzirá. Para além deste facto, a rivalidade entre os concorrentes depende de um conjunto de fatores como por exemplo, a taxa de crescimento da indústria (se a indústria se encontra numa fase elevada de crescimento, as empresas têm espaço para crescer sem afetar os concorrentes. Em situações inversas, o mercado tornar-se-á mais competitivo e agressivo); número de concorrentes (com maior número de concorrentes verifica-se uma maior tendência para mais rivalidade) e inexistência de diferenciação - a lealdade do cliente é basicamente nula e a concorrência vai desenvolver-se baseada sobretudo em preço (Porter, 2008 e Teixeira, 2011).

A análise do ambiente interno também assume grande importância nas decisões estratégicas das organizações, uma vez que permite avaliar os pontos fracos e pontos fortes da mesma. A análise SWOT é uma das ferramentas que visa dar a conhecer quais esses pontos fortes e fracos que a organização possui, para que, depois de conhecidas as oportunidades e ameaças do ambiente externo, se tire partido dos pontos fortes e se evite ou corrija os pontos fracos. Esta ferramenta permite também identificar os aspetos em que a organização é melhor ou pior que a concorrência, via análise das ameaças. SWOT significa pontos fortes (*strengths*), pontos fracos (*weaknesses*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*). Os pontos fortes referem-se a qualquer coisa que a empresa tem de mais positiva ou uma característica muito importante e que confere uma vantagem no mercado. Os pontos fracos referem-se a uma condição que coloca a organização numa posição de desvantagem em relação aos seus concorrentes. A empresa deve tirar o máximo partido dos seus pontos fortes, tentando aproveitar ao máximo as oportunidades do ambiente externo. Por outro lado, deve minimizar o efeito negativo dos pontos fracos e simultaneamente aproveitar as oportunidades. Também deve tirar o máximo partido dos pontos fortes para minimizar o efeito das ameaças detetadas, assim como minimizar os pontos fracos para fazer face a essas mesmas ameaças (Teixeira, 2011).

Da análise do ambiente externo e interno de uma empresa com vista à definição da estratégia, resultam um conjunto alargado de aspetos muito importantes a considerar. Contudo, a análise em detalhe de todos esses aspetos pode revelar-se tarefa difícil. Nesse sentido, atribui-se maior importância e aprofundamento aqueles fatores fulcrais para o sucesso da estratégia – fatores críticos de sucesso (raramente não mais que três ou quatro). Podem ser recursos, capacidades ou atributos que a organização deve possuir e que são necessários para alcançar ou manter a vantagem competitiva numa determinada indústria (Teixeira, 2011). Por exemplo, na indústria farmacêutica, os fatores críticos de sucesso podem ser a investigação científica e o desenvolvimento de novos fármacos. Diz-se que a organização detém vantagem competitiva quando possui capacidades de fazer algo que os concorrentes não possam fazer, ou pelo menos, não possam fazer tão bem, alcançando portanto, um desempenho superior. Criar valor para os

clientes e reter valor para si mesmo (Magretta, 2012;Teixeira, 2011). Nem todos os recursos e capacidades da empresa têm a mesma importância e a mesma criticidade, e nem todos serão a base para uma vantagem competitiva. Porém, serão esses mesmos recursos e capacidades que gerarão competências chave (difíceis de copiar ou imitar; raras e possuídas por poucos). A vantagem competitiva assente nessas competências que se ajustam as fatores críticos de sucesso dessa indústria, resulta numa estratégia com elevadas hipóteses de sucesso (Teixeira, 2011).

O objetivo de uma estratégia num determinado mercado e negócio, é gerar valor para o cliente. Nesse sentido, a empresa tenta alcançar uma vantagem competitiva sobre os seus concorrentes através das competências chaves que a organização produz. Estratégia é “*escolher atividades diferentes das da concorrência, e como tal oferecer uma proposta de valor único ao cliente.*” (Cardoso, 2006, pag 83). A estratégia assenta num conjunto de meios que a organização utiliza para alcançar os seus objetivos (Serra, et al, 2010). É definida antecipadamente em relação às ações e é desenvolvida consciente e propositadamente. A formulação da estratégia consiste na avaliação de diversas hipóteses, seleção da mais adequada e dá-la a conhecer pelos diferentes *stakeholders* (Teixeira, 2011). O planeamento estratégico determina antecipadamente essas hipóteses (do que deve ser feito e como deve ser feito). O objetivo é estabelecer uma direção para a empresa, tendo em conta as condicionantes do ambiente externo e interno, de modo a que a empresa tenha sucesso. Deve dar resposta à questão sobre quais os negócios a que a organização decide concorrer e como concorrer em cada negócio. O processo que antecede o planeamento estratégico depende da criatividade empreendedora da organização, ou seja, na formulação de ideias originais e úteis. O pensamento estratégico caracteriza-se pela intuição e criatividade, propiciando o aparecimento de novas ideias e soluções. É um processo mais informal que formal. A situação ideal para uma organização é conseguir ter o pensamento estratégico no seu processo de criação e planeamento estratégico (Teixeira, 2011; Serra, et al 2010; Araújo, 2006; Silva e Queirós, 2011).

2.2 – ESTRATÉGIAS DO NEGÓCIO

A forma como as organizações exploram as suas competências e conseguem vantagem competitiva de custo ou diferenciação, pode assumir diversas modalidades. A diferenciação significa oferecer um produto melhor, pelo qual o cliente está disposto a pagar um preço maior. Custos mais baixos significa a possibilidade de praticar preços mais baixos do que as empresas concorrentes – oferecer bons produtos a preços mais baixos (Serra, et al 2010). Qualquer uma das estratégias pode ter sucesso consoante a situação do setor e as características da empresa. Michael Porter definiu três estratégias genéricas disponíveis para as organizações: liderança pelos custos, diferenciação e foco. A empresa deve apenas escolher uma para ser bem sucedida tendo em conta o ambiente competitivo (Teixeira, 2011).

Estratégia de Liderança em Custos

Esta é a estratégia seguida por uma empresa que se propõe fornecer produtos ou serviços com características aceitáveis pelos clientes, a um menor custo relativamente à concorrência. O objetivo é criar uma estrutura de custos que permita produzir um produto ou prestar um serviço, a um custo unitário baixo. Para esta estratégia ser bem sucedida, a empresa tem de procurar constantemente executar as suas atividades com muita eficiência, reduzindo os gastos ou reinventando a forma como as atividades são realizadas (Serra, F., Ferreira, M., Torres, M. e Torres, A., 2010). Tipicamente, um produtor com estas características produz e vende produtos padronizados, sem extras e atrativos à generalidade dos consumidores (não será segmentado⁹), obtendo total aproveitamento da escala produtiva. É portanto, uma cultura organizacional voltada para os custos operativos, envolvendo todos os colaboradores nos esforços do controlo dos mesmos. Funciona melhor quando a competição é mais intensa, o produto é padronizado e disponível por vários fornecedores, a diferenciação do produto é difícil e os clientes têm elevado poder negocial (Serra F., Ferreira, M., Torres, M. e Torres, A., 2010 e Teixeira, 2011). Podemos considerar como exemplos as transportadoras aéreas Ryanair ou EasyJet. Identificam-se como benefícios desta estratégia, a obtenção de proveitos mais elevados por praticar preços iguais ou mais reduzidos que os concorrentes (gastos mais baixos), possibilidade de aumentar as vendas pela redução de preços e criar uma barreira adicional à entrada de novos concorrentes na indústria. Por seu lado, são considerados alguns problemas como por exemplo, a facilidade de imitação, partilha de matéria-prima com um concorrente e focalização excessiva nos custos de uma atividade, esquecendo outros custos (Cardoso, 2006).

Estratégia de diferenciação

O objetivo desta estratégia é dispor de produtos ou serviços com características superiores à oferta dos concorrentes e garantir que os consumidores atribuem, de facto, valor superior ao das alternativas disponíveis no mercado. Ao escolher esta estratégia a empresa centra-se no investimento contínuo, na criação e desenvolvimento de características que possam diferenciar o produto, de forma sustentável. Normalmente a diferenciação tem subjacente a segmentação do mercado. Conseguir um fator diferenciador não garante contudo o sucesso da empresa. Para manter a diferenciação, o fator ou fatores que adicionam valor não podem ser facilmente imitáveis pelos concorrentes e a empresa tem de se manter à frente pela incorporação de características inovadoras e que sejam desejadas pelos clientes (Araújo, 2006; Silva e Queirós, 2011). A estratégia de diferenciação bem sucedida, normalmente está associada à inovação, design, qualidade, confiança e superioridade técnica. Tomemos como exemplo a Nespresso ou Apple. Destacam-se

⁹ Segmento de mercado é um subconjunto de clientes agrupados de acordo com determinados critérios e que estão na disposição de pagar por um produto diferenciado e direcionado (Teixeira, 2011).

enquanto benefícios desta estratégia, a obtenção de retorno acima da média; elevado poder negocial com os clientes; elevado poder negocial com os fornecedores e menor ameaça de substitutos. Mas há que evitar alguns problemas no decorrer da implementação, como por exemplo, a diferença não representar grande valor; a diferenciação ser demasiada e os clientes não estarem dispostos a pagar um preço tão elevado ou associar a uma marca prestigiada modelos de menor custo e qualidade (Teixeira, 2011 e Cardoso, 2006).

Estratégia de foco

Uma empresa opta pela estratégia de foco, quando decide ir ao encontro das necessidades específicas dos clientes de um determinado segmento ou nicho de mercado, em alternativa a satisfazer a generalidade das necessidades. O êxito desta estratégia depende da capacidade que a empresa tem de identificar segmentos de mercado com necessidades tão particulares e específicas que os concorrentes que atuam no mercado geral ignorem. Neste sentido, a empresa após a definição do segmento pode optar pela liderança em custos ou diferenciação (Teixeira, 2011). A empresa terá que ter capacidade técnica e de produção que vá de encontro às necessidades do grupo identificado. Há também muitas organizações que utilizam esta estratégia para entrar num determinado mercado e mais tarde alargam as suas atividades a outros segmentos que estão relacionados. A indústria automóvel constitui um exemplo onde se aplica esta estratégia, através da especialização no fabrico de automóveis citadinos, muito pequenos e fáceis de estacionar, por exemplo, os Smart da Mercedes.

2.3 – CRIAÇÃO DE VALOR E COMPETITIVIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Verificamos que o contexto de recessão económica atual e as medidas governamentais corretivas obrigatórias interferem na política de saúde. O sistema debate-se com os dilemas do aumento contínuo das necessidades de saúde e a necessidade de controlo dos gastos (Antunes et al, 2011). Nunca foi tão pertinente, pela falta de verbas, refletir e discutir o formato de contratação e de gestão dos cuidados de saúde, a sua fundamentação em custo, volume ou diferenciação e discutir também os indicadores que refletem o investimento, a eficiência e eficácia dos cuidados. Dedicar os esforços apenas à procura da eficiência operacional apenas enfatiza a redução de despesa num curto espaço de tempo. Porter (2009, pag 109) afirma que *“de facto, a única maneira de verdadeiramente controlar os gastos na saúde, é melhorar os resultados: num sistema baseado em valor, alcançar e manter uma boa saúde é menos custoso que lidar com uma má saúde”*.

No setor da saúde é frequente excluir das discussões o conceito da criação de valor. O valor nos cuidados de saúde é entendido como benefícios clínicos alcançados pelo dinheiro investido e não pelo volume de cuidados (Yong, et al. 2010). Michael Porter na mesma linha de pensamento define

valor como “os resultados de saúde atingidos por dólar gasto” (Porter, 2010, pag 2477). Esta visão tem leitura ao nível de todos os intervenientes na prestação de cuidados desde a perspectiva dos hospitais e cuidados primários, dos doentes, dos pagadores até às empresas fornecedoras contratadas pelo sistema. E embora o setor da saúde tenha características particulares (pelo facto de haver uma grande complexidade no binómio doente-prestador e nunca ser uma simples transação comercial em que o doente (cliente) procura o melhor negócio), é possível alcançar a melhoria, desafiando a forma como entendemos o valor para a saúde (Yong, et al. 2010).

A estrutura dos atuais sistemas de saúde não está organizada à volta do conceito de criação valor. Os sistemas reconhecem e promovem a redução de gastos, fontes de receita, mais quantidade de serviços, e não propriamente qual e quem providencia o serviço mais valioso para o doente (Porter, 2009). Como consequência, são analisados os cuidados tendo em conta apenas duas variáveis: volume gasto e volume de doentes cobertos. Facilmente é esquecida a análise sistemática e a reflexão profunda sobre resultados ao nível da eficácia do volume de cuidados gastos e o impacto que teve no bem-estar geral das populações. Aliás, a maior parte dos fornecedores, falha em demonstrar os resultados, medindo apenas o que fornecem e controlam diretamente, em vez de medir o resultado completo da atividade. Vejamos o exemplo apresentado por Michael Porter (2010) no artigo “*What is Value in Health Care?*”. Na gestão hospitalar, os indicadores e os gastos são analisados ou por serviço (demasiado restrito) ou então por hospital (demasiado alargado). Em muitos casos, indicadores semelhantes são medidos por diferentes serviços, não sendo avaliado o ciclo total de cuidados por paciente. Há uma focalização na redução dos gastos em cada intervenção dos serviços em vez de uma maximização dos resultados sobre o ciclo total de cuidados prestados.

Nesse mesmo artigo, Michael Porter identifica sete passos para que se preste cuidados de saúde baseados em valor (Porter, 2009):

- 1- A medição e publicação dos resultados clínicos devem ser obrigatórios para todos os prestadores de cuidados. Os resultados permitirão a focalização dos prestadores na melhoria dos resultados e eficiência, e também contribuirão para que os doentes e os escolham os seus prestadores;
- 2- Reorganizar as estratégias para promoção de bem-estar, prevenção e serviços de rotina. Os governos normalmente desinvestem nestas medidas, sem saber o valor que podem causar;
- 3- Organizar a prestação de serviços por condição de doença. Atualmente, os doentes visitam múltiplas instituições de saúde, múltiplos serviços e especialidades. Há necessidade de avançar para unidades integradas que compilem todos os serviços e requisitos para um ciclo de cuidados de uma determinada condição médica;

- 4- Sistema de pagamento alinhado com os interesses de todos os intervenientes, e orientado para aumentar o valor para o doente. O pagamento deve ser por pacote de serviços, que cubram o ciclo completo de cuidados. Para doenças crónicas o pagamento por pacote deve cobrir períodos extensos de serviços, como por exemplo o caso da diálise;
- 5- Autoriza que os prestadores compitam pelos doentes, permitindo que excelentes prestadores possam crescer e servir mais doentes. Os prestadores precisam de grandes volumes de casos para desenvolver competências nos recursos baseada em experiência;
- 6- Sistemas informáticos de registos. O registo eletrónico só valerá a pena se contemplar o registo integrado dos cuidados ao longo da vida do utente e os resultados clínicos obtidos. Também só valerá a pena se a informação estiver disponível para todos os profissionais de saúde que assistem o doente, ao nível de cuidados especializados (hospitais) e cuidados primários;
- 7- Os utentes devem estar muito mais envolvidos e devem ser responsabilizados pelo estado da sua saúde e os seus cuidados. Os doentes têm de assumir a responsabilidade pela adoção de comportamentos saudáveis e pela adesão aos tratamentos, como por exemplo, o caso dos indivíduos fumadores. Através das campanhas de sensibilização tomam consciência dos malefícios do tabaco e as consequências a longo prazo – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e o cancro do pulmão. Contudo, o número de fumadores tem aumentado, contribuindo para gastos evitáveis (Direção Geral da Saúde, 2012a).

Um dos pontos identificados para a contenção de gastos em saúde e a correta avaliação do real valor gerado pela contratação de determinado serviço, é a competição dos prestadores pelos doentes. Excelentes prestadores deviam ser valorizados pelos resultados clínicos obtidos, pelo grau de satisfação dos doentes e o equilíbrio dos custos associados. A grande falha no setor da saúde ao nível de competitividade, não se deve ao facto de a não existir, mas sim ao facto de existir competitividade errada. A competitividade neste setor não está focalizada na criação de valor para as partes envolvidas. Os prestadores de cuidados devem ser selecionados pelos resultados clínicos alcançados e o equilíbrio entre gastos/ qualidade de serviços (Murdock, 2012). A gestão estratégica em saúde não parte destes pressupostos para a elaboração do plano estratégico a seguir, não dando muita atenção ao alcançar melhores resultados clínicos ao longo dos tempos como fator para controlar a despesa em saúde, o que é um ponto fraco de momento (Porter e Teisberg, 2004). É comum vermos empresas do setor (sobretudo ao nível de prestação de serviços de saúde) competirem entre si, partilhando apenas esta visão que propicia a negociação de preços por volume.

Em Portugal o sistema de saúde também não está organizado e estruturado para que sejam avaliados os resultados clínicos por valor investido. Com as medidas acordadas pelo Memorando de Entendimento, o Estado cultivou ainda mais a abordagem preço/volume acima referida, de forma a conseguir a redução numérica e global da despesa com a saúde, por exemplo o acordo feito com a indústria farmacêutica referido no Capítulo I. Embora houvesse uma tentativa de incentivar à melhor prescrição de medicamentos, não foi considerada nenhuma análise qualitativa por grandes áreas médicas de atuação, ou seja, evolução de indicadores clínicos em doentes sobre determinada terapêutica medicamentosa. As empresas do setor (empresas prestadoras de serviços) acabam por desenvolver estratégias que se coadunam com esta cultura, competindo ao nível de preço sem equacionar apresentar propostas de valor para o sistema de saúde. Tomemos como exemplo, as análises clínicas em instituições privadas e convencionadas pelo SNS. Em 2010, numa consulta do Estado para a revisão das convenções, todas as clínicas privadas responderam positivamente à necessidade de baixar o preço da convenção, sem apresentar uma proposta que constituísse valor e que não significasse propriamente redução de preços (ou pelo menos não tão acentuados), como por exemplo, mecanismos de poupança através do controlo do desperdício – excesso de utilização do serviço por parte dos indivíduos e médicos (Campos e Simões, 2011).

CAPÍTULO III – OS INDICADORES ECONÓMICOS E FINANCEIROS

A evolução dos mercados influencia diretamente as atividades das empresas e o seu posicionamento estratégico. A gestão económico-financeira das empresas permite a criação de valor através da verificação de como os capitais colocadas à disposição das empresas são utilizados nas atividades e nos novos investimentos. Há um conjunto alargado de instrumentos financeiros que permitem avaliar, compreender, comparar e monitorizar a atividade no mercado fundamentando as decisões estratégicas, nomeadamente a gestão dos riscos, competitividade e rentabilidade.

3.1 – DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

As demonstrações financeiras são um conjunto de documentos que permitem recolher, analisar e reportar a informação financeira das empresas (Mota e Custódio, 2007). Permitem avaliar a capacidade da empresa em gerar riqueza e diagnosticar os recursos económicos sobretudo estrutura financeira, liquidez e solvência (Martins, 2011). Fazem parte das demonstrações financeiras, o balanço, a demonstrações dos resultados por naturezas e por funções, demonstrações das alterações no capital próprio, demonstrações dos fluxos de caixa e as notas anexas a estas demonstrações (Portaria nº 986/2009, Ministério das Finanças).

As demonstrações de financeiras são preparadas de acordo com pressupostos subjacentes e características qualitativas fundamentais. No que se refere aos pressupostos adjacentes, as demonstrações financeiras seguem o regime contabilístico do acréscimo, através do qual os efeitos das operações e outros acontecimentos são reconhecidos quando ocorrem e não quando o dinheiro ou equivalente sejam recebidos ou pagos. Este regime providencia informação não somente sobre o passado das transações mas também das obrigações de futuro. Daí que as demonstrações financeiras são também preparadas no pressuposto de continuidade - a empresa continuará a operar num futuro previsível (Diário da República, nº 173, aviso nº15652/2009). As características qualitativas das demonstrações financeiras garantem informação útil aos utilizadores e caracterizam-se por compreensibilidade (a informação seja rapidamente compreendida pelos utilizadores), relevância (influencia a tomada de decisões), fiabilidade (isenta de erros materiais e de preconceitos) e comparabilidade (comparação entre demonstrações financeiras da empresa através do tempo e comparável com outras empresas). Para que a informação seja fiável deve ser representada fidedignamente, de acordo com a sua substância sobre a forma, neutra (livre de preconceitos), apresentada de forma prudente (ativos e rendimentos não devem ser sobreavaliados e os passivos ou gastos, subavaliados) e a informação deve ser completa. Como consequência, a falta de informação relevante e fiável proporciona constrangimentos influentes, como a

tempestividade, Balanceamento entre benefício e gasto e entre características qualitativas (Diário da República, nº 173, aviso nº15652/2009).

3.1.1 – DESTINATÁRIOS DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

Como principal objetivo, as demonstrações financeiras providenciam uma visão global da situação económico/financeira da empresa, destinadas não só aos gestores e investidores, mas também a vários outros utilizadores e entidades como o estado, concorrentes, clientes, empregados e fornecedores, que de certa forma se apoiam nessa informação para tomar decisões (Mota e Custódio, 2007).

Do ponto de vista externo, enquanto para os clientes as demonstrações financeiras permitem avaliar qual a capacidade da empresa em continuar com a atividade e satisfazer as suas necessidades, para os fornecedores permitem avaliar a capacidade da empresa em cumprir os prazos de pagamentos acordados. Já em relação à concorrência, estas informações permitem classificar a empresa como ameaça à posição no mercado ou até como *benchmark* para avaliação de performance e eficiência. Do ponto de vista do estado, a informação financeira permite avaliar os impostos a pagar (e o seu cumprimento) e também o cumprimento de políticas em setores regulados pelo mesmo (Mota e Custódio, 2007 e Martins, 2011). Os credores são também utilizadores da informação financeira, uma vez que permite avaliar a capacidade da empresa em cumprir os compromissos financeiros assumidos, bem como gerir o risco de crédito.

Ao nível interno, as informações financeiras analisadas pelos gestores permitem o auxílio à tomada de decisões e sobretudo à avaliação da rentabilidade e risco envolvidos nas atividades. Esta informação, por sua vez, é de extrema importância para os acionistas que através da mesma controlam a atividade/decisões dos gestores e o risco relativamente ao capital investido, bem como a criação de valor face a esse mesmo capital. Os empregados ou funcionários da empresa também constituem um dos destinatários desta informação, permitindo avaliar a empresa enquanto entidade empregadora e em termos de política de manutenção de postos de trabalho e/ou remunerações (Mota e Custódio, 2007).

Tendo em conta todos os possíveis destinatários e utilizadores das informações financeiras, é fundamental a padronização da apresentação das mesmas, de forma a contribuir para uma fácil leitura e interpretação.

3.1.2 – PRINCIPAIS MAPAS

Os principais documentos que constituem a demonstração financeira são o balanço (valor de riqueza acumulada no final de um período - ativo, passivo e capital próprio) e a demonstração de resultados (valor de riqueza gerada durante um período – gastos, rendimentos e lucro) (Freitas, 2009 Silva e Queirós, 2011).

A principal função do balanço é mostrar a situação financeira da empresa, espelhando não só capital próprio, mas também o ativo e passivo. Um ativo é “um recurso controlado pela entidade como resultado de acontecimentos passados e do qual se espera que fluam para a entidade benefícios económicos futuros” (Diário da República, nº 173, aviso nº15652/2009). Os benefícios económicos podem advir do uso isolado ou em combinação com outros ativos na produção de bens ou serviços para serem vendidos, da troca por outros ativos, da liquidação de um passivo ou da distribuição aos proprietários da entidade. De uma forma geral, o ativo que tem forma física é designado como tangível (por exemplo, edifícios ou equipamentos necessários ao desenvolvimento da atividade) e o ativo que não tem forma física, como intangível (não tendo existência física, apresentam valor para a empresa como por exemplo, as patentes ou marcas) (Freitas, 2009 e Martins, 2011). O passivo é “uma obrigação presente da entidade, proveniente de acontecimentos passados, da liquidação da qual se espera que resulte um exfluxo de recursos da entidade incorporando (Diário da República, nº 173, aviso nº15652/2009). Uma característica essencial a um passivo é a de que a entidade tenha uma obrigação presente – deveres ou responsabilidades presentes para com terceiros (por exemplo, dívidas para pagar a instituições financeiras, fornecedores, estado ou credores). As obrigações podem ser legalmente impostas como consequência de um contrato ou provenientes das práticas normais dos negócios. A liquidação dessas obrigações pode ocorrer de várias formas, como por exemplo, pagamento em dinheiro, transferência de outros ativos, prestação de serviços, substituição da obrigação por outra e conversão da obrigação em capital próprio.

O capital próprio consiste na obrigação financeira da empresa para com os sócios e acionistas, depois de terem sido liquidadas todas as obrigações com as restantes entidades, sabendo-se pela equação fundamental do balanço que $\text{Ativo} = \text{Capital Próprio} + \text{Passivo}$ (Freitas, 2009).

A demonstração dos resultados mede o lucro ou prejuízo num determinado período de atividade da empresa, representando a performance da mesma – os rendimentos e os gastos. A empresa apresenta resultados positivos (lucro) se o total dos rendimentos for superior ao total dos gastos. Na demonstração dos resultados os rendimentos e os gastos são classificados de acordo com a sua natureza e funções. Os rendimentos são o aumento do benefício económico na forma de influxos, aumento dos ativos ou diminuição do passivo e que resultam em aumento no capital próprio, que

não seja relacionado com contribuições dos participantes no capital próprio. Podem ser originados no decurso das atividades correntes ou de outras atividades, sendo designados de forma diferente: Réditos (rendimentos que resultam do aumento de ativos ou diminuição do passivo, como consequência da atividade principal da entidade) ou Ganhos (aumento do património líquido – embora não seja de natureza diferente do rédito, incluem outros aumentos como por exemplo a alienação de ativos correntes) (Freitas, 2009). Por sua vez, os gastos são a diminuição dos benefícios económicos na forma de exfluxos, deprecimento de ativos ou incorrência de passivos e que resultam em diminuições do capital próprio, que não seja relacionado com as distribuições aos participantes no capital próprio. Os gastos englobam duas realidades, de acordo ou não com a atividade principal da entidade: gastos que resultam da diminuição de ativos ou aumento de passivos como consequência da atividade principal (por exemplo, custo de vendas, salários) e as perdas que são igualmente diminuições no património líquido, representando alienações de ativos não correntes ou acontecimentos fora das operações normais da entidade (Freitas, 2009).

A demonstração de fluxos de caixa tem por objetivo mostrar e explicar de que forma foi gerado e utilizado o dinheiro durante um período de tempo, permitindo uma análise resumida dos pagamentos e recebimentos efetuados, classificados consoante as atividades da empresa que lhe deram origem. Os fluxos podem ser gerados pelas atividades operacionais (vendas, prestações de serviços, salários, rendas); pelas atividades de investimento (resultantes de atividades não correntes) e atividades de financiamento (obtenção de fundos externos à empresa) (Martins, 2011).

3.2 – INDICADORES ECONÓMICOS

Os indicadores permitem avaliar a evolução das atividades, bem como onde se situam os seus pontos fortes e fracos partindo sempre das demonstrações financeiras.

3.2.1 – RENDIBILIDADE

A análise da rendibilidade de uma empresa é de extrema importância, não só porque permite avaliar o valor e a performance da mesma na gestão dos recursos, mas também avaliar a eficiência das estratégias adotadas. A demonstração dos resultados tem particular interesse no estudo da rendibilidade, uma vez que, os resultados obtidos pelos rendimentos em relação aos gastos permitem obter três indicadores relevantes (Mota e Custódio, 2007 e Silva e Queirós, 2011):

EBITDA – *Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortizations* (resultados antes de juros, impostos, depreciações e amortizações)

EBIT - *Earnings before Interest, Taxes* (resultados antes de juros e impostos)

Resultado Líquido do Período – considerando todos os gastos e rendimentos não operacionais

A seguir serão abordados alguns dos principais rácios.

3.2.1.1 – RENDIBILIDADE CAPITAL PRÓPRIO

A rendibilidade dos capitais próprios tem especial interesse para os acionistas pois permite conhecer a rendibilidade não apenas do capital total investido (ativo) mas a parte dos capitais próprios. O rácio ROE mostra a relação entre os capitais investidos pelos acionistas e os resultados disponíveis para distribuição – após pagamento de juros e impostos.

$$\text{ROE} = \frac{\text{Resultado Líquido do Período}}{\text{Capital Próprio}} \times 100$$

3.2.1.2 – RENDIBILIDADE DO ATIVO

A medição da rendibilidade operacional ou do ativo permite avaliar a capacidade dos ativos em gerar resultados, sendo a forma mais comum de medir através do rácio ROA (*return on assets*) – quociente entre os resultados e o ativo total. Quanto maior este rácio, maior será a capacidade dos ativos gerarem resultados (Mota e Custódio, 2007). Pode-se distinguir ainda NET ROA (considera o efeito dos juros e impostos no quociente) ou o GROSS ROA (apenas utiliza no numerador os resultados operacionais, independentemente da forma de financiamento usada).

$$\text{ROA} = \frac{\text{EBIT}}{\text{Ativo Total}} \times 100$$

3.2.2 – LIQUIDEZ

Os rácios de liquidez avaliam a facilidade com que a entidade pode aceder aos meios financeiros líquidos. A liquidez permite concluir sobre a capacidade da entidade em solver as responsabilidades a curto prazo, ou seja, fazer face aos pagamentos (Silva e Queirós, 2011).

3.2.2.1 – LIQUIDEZ GERAL

O Rácio da Liquidez Geral estabelece a relação existente na estrutura patrimonial corrente entre investimentos e financiamentos – corresponde ao fundo maneio patrimonial

$$\text{Rácio Liquidez Geral} = \frac{\text{Ativo Corrente}}{\text{Passivo Corrente}} \times 100$$

3.2.3 – ENDIVIDAMENTO

O risco de desequilíbrio financeiro depende da dimensão e estrutura do endividamento. Os rácios de endividamento mostram o grau de endividamento da entidade, ou seja, em que medida os ativos são financiados por capitais próprios ou outros (Silva e Queirós, 2011).

3.2.3.1 – ENDIVIDAMENTO GLOBAL

O Rácio de Endividamento Global apura com que extensão a entidade utiliza capital alheio no financiamento das suas atividades. Varia entre 0 e 1, sendo que próximo de 1 indica uma empresa fortemente endividada.

$$\text{Rácio Endividamento Global} = \frac{\text{Passivo}}{\text{Ativo}} \times 100$$

3.2.3.2 – DEBT EQUITY RATIO

O Rácio *Debt Equity* (Rácio de Estrutura Financeira), indica o grau de financiamento da entidade por capitais alheios. Se o rácio se aproxima de 1 indica equilíbrio entre os capitais próprios e alheios, enquanto se for superior a 1, traduz endividamento elevado.

$$\text{Rácio Debt Equity} = \frac{\text{Passivo}}{\text{Capital Próprio}} \times 100$$

3.3 – ANÁLISE DE RISCO E INCERTEZA

A análise dos indicadores de rendibilidade normalmente tem por base apenas um cenário que é considerado o mais provável de acontecer. Todavia, os mercados estão em constante mudança e esse mesmo cenário pode não apresentar-se como esperado, alterando por completo o raciocínio primeiramente aplicado – risco dos valores reais serem diferentes dos estimados. Existem várias metodologias que permitem lidar com essas incertezas e avaliar as hipóteses alternativas (Silva e Queirós, 2011). Destacamos a análise de sensibilidade e análise de cenários.

3.3.1- ANÁLISE DE SENSIBILIDADE

A análise de sensibilidade determina o impacto nos projetos se decorrer variação em apenas uma variável (análise univariada) ou várias variáveis (análise multivariada), permitindo a reavaliação dos resultados sempre que se alterem os pressupostos. Do ponto de vista de metodologia, consiste em identificar as variáveis de incerteza do projeto (por exemplo, o preço de venda, quantidades ou custos dos recursos), atribuindo novos valores a essas mesmas variáveis e recalculando os fluxos e resultados. Esta análise permite ainda conhecer os limites críticos das variáveis, a partir dos quais o projeto não é viável (Silva e Queirós, 2011).

3.3.2- ANÁLISE DE CENÁRIOS

A análise de cenários permite construir cenários que de certa forma, retratem a evolução futura do mercado em que se enquadra o projeto. Normalmente criam-se três tipos de cenários: pessimista, realista, otimista e analisa-se o impacto desses mesmos cenários na tomada de decisões (Silva e Queirós, 2011).

A análise de sensibilidade aplicada apenas a uma variável consiste em aplicar vários cenários apenas a uma variável crítica que possa influenciar os indicadores de rentabilidade – por exemplo preços. A análise de sensibilidade aplicada a várias variáveis permite simular vários cenários com várias variáveis em simultâneo – por exemplo o preço de venda e quantidades vendidas (Silva e Queirós, 2011).

PARTE II – ANÁLISE EMPÍRICA

CAPÍTULO IV – ABORDAGEM PREÇO-VALOR

Neste capítulo é exposta a metodologia selecionada para o estudo e a operacionalidade do mesmo desde a seleção população e amostra até apresentação, análise e discussão dos resultados.

4.1 – TIPO DE ESTUDO

Consideramos o estudo observacional e descritivo, pois o investigador não interfere no objeto de estudo, descrevendo as características da população e estabelecendo as relações entre variáveis (Silva e Menezes, 2005).

4.2- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo escolhida para avaliar duas propostas apresentadas pelo fornecedor às entidades hospitalares foi a de gestores hospitalares. As duas propostas basearam-se em estratégias distintas – uma proposta baseada apenas na redução de preços (liderança em custos) com perda de alguns serviços já existentes e uma segunda proposta baseada na manutenção de preços, mas com criação de novos serviços geradores de valor para o cliente (diferenciação). Para tal utilizou-se uma amostragem do tipo não probabilística (não aleatória) intencional uma vez que o investigador avalia as pessoas que detêm maior conhecimento do tema, selecionando intencionalmente a amostra (Domingues, 2004), e recolhe os elementos mais representativos da população (Silva e Menezes, 2005).

A seleção dos gestores hospitalares obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Gestores de hospitais públicos a exercer funções como administradores financeiros;
- b) Com formação específica financeira/gestão;
- c) Experiência profissional de + 5 anos na contratação de serviços de saúde – serviços de oxigenoterapia em domicílio;

Como critérios de exclusão foram considerados:

- a) Gestores hospitalares com formação clínica (serem profissionais de saúde)

A identificação dos gestores hospitalares e o conhecimento relativo às suas atuais funções e formação específica deveram-se à prática profissional diária da autora com esses mesmos gestores.

4.3 – INSTRUMENTOS

Para a recolha de dados, foram criados e utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Tabela comparativa de variáveis financeiras da conta de resultados operacionais da empresa fornecedora;
- b) Questionário eletrónico de perguntas múltiplas fechadas aos gestores hospitalares para avaliação das propostas de prestação de serviços de oxigenoterapia (Anexo I).

Tendo em conta as regras de elaboração de questionários por Manuela Hill e Andrew Hill (2008), o questionário criado é constituído por quatro perguntas fechadas (o inquirido escolhe entre respostas alternativas fornecidas pelo autor), feitas em linguagem compreensível.

O questionário foi posteriormente validado do ponto de vista de forma, conteúdos e clareza das questões, pelo método de Painel de Peritos (Hill e Hill, 2008), originando a versão final (Anexo I). O painel foi constituído por cinco elementos com mais de dez anos de experiência no mercado da saúde, em serviços domiciliários. Foi solicitado via mail a todos que acedessem ao questionário e analisassem a clareza das questões, a pertinência das mesmas e que fizessem sugestões de melhoria.

4.4 – PROCEDIMENTOS

Após a análise financeira da rentabilidade das propostas para a empresa prestadora, elaborou-se as duas propostas num documento (Anexo III). Ambas as propostas apresentavam os mesmos capítulos e *layout*:

- a) Oferta económica para o serviço;
- b) Serviços incluídos;
- c) Condições: validade, prazo prestação, local fornecimento e condições de pagamento.

Constava no documento como capítulo final, uma tabela comparativa das propostas.

Foi elaborado um cenário introdutório à votação das propostas de prestação de serviços de oxigenoterapia (Anexo II) que foi enviado ao grupo de gestores hospitalares selecionados. Solicitou-se o preenchimento *online* do questionários, através do um *link Web* via email¹⁰. Os dados obtidos foram automaticamente organizados e processados numa base de dados (Microsoft Excel) para posterior análise estatística descritiva.

¹⁰ Foi enviado um emai a todos os gestores selecionados, explicativo dos objetivos da dissertação e explicativo do processo de votação, com o respetivo cenário em anexo e *link Web* para o questionário.

4.5 - VARIÁVEIS

Apresentamos de seguida um resumo das variáveis analisadas na comparação dos resultados operacionais e variáveis analisadas pelo questionário.

Tabela 1 – Variáveis quantitativas comparativas da rentabilidade – demonstração dos resultados

Gastos das matérias consumidas:
Gastos enchimento de Oxigénio em garrafas
Gasto enchimento de Oxigénio Contentores Liquidos
Gasto de acessórios de Oxigénio
Gastos Logística
Gastos Variáveis de distribuição
Mão de obra - Horas Extraordinárias
Gasto de combustíveis
Gastos do fornecimento Pacientes Viagem
Manutenção extra das carrinhas de distribuição
Transporte de garrafas
Sistemas informáticos para distribuição
Gastos Fixos de distribuição
Mão de obra
Carrinhas - leasing
Transporte subcontratado
Outros (taxas publicidade; banco, etc)
Gastos com Equipamentos
Depreciações
Reparações e conservações
Cilindros
Outros
Gastos Administrativos Serviço ao Cliente
Mão de obra
Gastos aluguer escritório
Novas aplicações informaticas
sistemas informaticos
Depreciações ativos - impressoras
Gastos actividade comercial
Mão de obra
Combustível
Carros - Leasing
Ferramentas marketing
sistemas informaticos
Outros
Gastos de Gestão Negócio
Mão de obra gerentes
Gastos equipas centrais
Sistemas informaticas

Vendas de serviços
Vendas serviços Oxigenio garrafas/Concentrador
Vendas serviços Oxigenio Liquido
Resultado Operacional
Resultado Operacional/Vendas

Tabela 2 – Variáveis qualitativas do questionário

Opção pela Proposta	Proposta 1
	Proposta 2
Factores decisivos para escolha	
Proposta 1	<p>Redução preço/dia- redução directa de custos</p> <p>Serviços incluídos são suficientes para este tipo de tratamentos</p> <p>Tendo em conta o contrato actual, o serviço eliminado (assistência a doentes em viagem), não é prioritário</p>
Proposta 2	<p>Disponibilidade de programas para o seguimento do tratamento - eficácia do custo</p> <p>Programa de prevenção com medidas objectivas - Redução custos</p> <p>Empresa propõe um objectivo de telemonitorização com redução directa dos internamentos</p> <p>Serviços apresentados representam a abordagem completa ao tratamento/doente - equipas hospitalares estendem indirectamente a sua actuação ao domicilio</p>
O capítulo mais analisado	<p>Oferta económica (tabela de preços)</p> <p>Descrição serviços incluídos</p> <p>Condições da proposta (prazo de fornecimento, prazo pagamento, local fornecimento)</p> <p>Tabela comparativa de propostas</p>
Proposta mais competitiva	Proposta 1
	Proposta 2

A análise das variáveis associadas a gastos e proveitos da atividade operacional da empresa tem particular importância na avaliação da rentabilidade operacional de uma empresa, aquando da escolha de determinada estratégia. Neste caso, ressaltamos a análise dos gastos logísticos, que para este tipo de prestação de cuidados, revelam ser extremamente importantes no resultado operacional – a eficiência logística. Por exemplo, mão-de-obra, combustíveis, transporte. Não foram descartados outros custos associados à prestação dos serviços e que de certa forma contribuem para esse mesmo resultado operacional, como os gastos da atividade comercial (as visitas às instituições de saúde, promove a prestação deste serviço) e os gastos administrativos de serviço ao

cliente (o contacto dos doentes com a empresa). No que diz respeito às variáveis qualitativas do questionário, ressalvamos o maior interesse pela avaliação dos fatores que levam um gestor a decidir sobre determinado contrato ou negociação na área da saúde. Nesse sentido, os fatores colocados para votação refletem possíveis opções que justificam essa tomada de decisão.

4.6- QUESTÕES ÉTICAS

Todos os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para a realização do presente trabalho científico, tendo como base critérios éticos, garantindo o anonimato dos indivíduos que participaram no estudo, bem como a sua confidencialidade (mencionado no email com o questionário). Por se tratar de uma recolha *online*, sem recurso à identificação dos intervenientes, não houve necessidade de recorrer a um consentimento informado, nem a autorizações de comissões de ética.

4.7 – O CENÁRIO EM ESTUDO

De forma a comparar a rentabilidade financeira de duas propostas e respetiva votação levada a cabo pelos gestores, elaborou-se um cenário a partir de uma empresa fictícia – *ArOxi*, prestadora de serviços de oxigenoterapia ao domicílio. Utilizaram-se os seguintes pressupostos:

- A empresa *ArOxi* é uma empresa multinacional com área de negócio no setor da saúde em vários países da Europa. Em Portugal, a empresa atua ao nível da prestação de cuidados de saúde em domicílio, para o Serviço Nacional de Saúde;
- Consideramos que a *ArOxi* é atualmente o único prestador de serviços oxigenoterapia a 8.000 doentes do SNS, num Hospital central público. Foi nosso objetivo utilizar este número de doentes para os cálculos, uma vez que: 1) a prevalência da doença pulmonar crónica é de 14,6% na população portuguesa, e a oxigenoterapia é o tratamento *standard* em estadios mais evoluídos; 2) a prestação de cuidados a este número de doentes implica uma estrutura logística empresarial de grande dimensão, permitindo aferir melhor os gastos e rendimentos; 3) o valor de faturação correspondente ao volume de doentes representa um peso significativo na gestão de uma unidade hospitalar, o que eleva o nível de atenção e decisão na votação pelo gestor;
- O doente não tem encargos com o tratamento – gastos totalmente suportados pelo hospital (SNS);
- A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), baseada nas medidas obrigatórias do Memorando de Entendimento FMI/BCE/UE, solicita ao hospital redução de gastos com os fornecedores de serviços na ordem dos 15% para o ano de 2013;
- É proposto à empresa a negociação do contrato para um ano, com redução de preços em 15%;

- A empresa *ArOxi* apresenta duas propostas para o serviço: proposta N°1 com redução de preços e revisão dos serviços a prestar e proposta N° 2 com manutenção de preço (variante) e novos serviços a prestar.

De salientar que na demonstração dos resultados relativo ao contrato atual e propostas N°1 e N°2, analisamos o resultado operacional, enquanto indicador financeiro que permitiu avaliar os resultados a partir da atividade operacional da empresa. Não foram considerados os gastos e rendimentos que não estejam relacionados com a atividade operacional da empresa.

4.8 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De seguida apresentamos os resultados obtidos, após recolha e análise dos dados da rentabilidade financeira e dados referentes à votação das propostas.

4.8.1- RENDIBILIDADE FINANCEIRA DAS PROPOSTAS – DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS OPERACIONAIS

Os resultados operacionais foram calculados a partir dos gastos e vendas/rendimentos referentes a um ano. Os gastos estão divididos por tipologia, de acordo com a estrutura empresarial: gastos das matérias consumidas (matéria prima); gastos de logística e distribuição; gastos administrativos de serviço ao cliente; gastos de atividade comercial e gastos de gestão do negócio. Todas as variáveis foram comparadas entre si para o serviço atual contratualizado, proposta N° 1 e proposta N°2.

4.8.1.1.- GASTOS

Tabela 3- Comparação de gastos de matérias para um ano entre serviço atual, Proposta N°1 e Proposta N°2

		Serviço actual	Proposta 1	Proposta 2
Gastos das matérias consumidas:				
Gasto produção Oxigénio		200.000 €	200.000 €	200.000 €
Gasto enchimento de Oxigénio em garrafas		460.000 €	460.000 €	460.000 €
Nº garrafas enchidas/ano	23.000			
Preço/enchimento/garrafa	20 €			
Nº pac Gox	2.500			
Gasto enchimento de Oxigénio Contentores Líquidos		315.000 €	315.000 €	315.000 €
Nº contentores enchidos/ano	10.500			
Preço/enchimento/contentor	30 €			
Nº Pac Lox	1.500			
Gasto de acessórios de Oxigénio		60.000 €	60.000 €	60.000 €
Gasto medio acessórios	3 €			
Quantidade acessórios/ano	20.000			
Total		1.035.000 €	1.035.000 €	1.035.000 €

Nos gastos das matérias consumidas foram considerados os gastos de produção de oxigénio, os gastos de enchimento do oxigénio nas garrafas e nos contentores líquidos e os gastos dos

**A CRIAÇÃO DE VALOR NO MERCADO DA SAUDE ENQUANTO FATOR DIFERENCIADOR PARA A
NEGOCIAÇÃO DE PREÇOS E COMPETITIVIDADE EM CONTEXTO DE CRISE MUNDIAL**

acessórios. O gasto de 460.000€ de enchimento de garrafas foi calculado através da multiplicação do número de garrafas enchidas por ano (23.000 unid), preço de enchimento por garrafa (20€/unid) e o número de doentes com o sistema (2500 doentes). O gasto de 315.000€ referente ao enchimento de oxigénio para os contentores líquidos foi calculado usando os mesmos conceitos: número de contentores enchidos/ano (10.500 unid), preço de enchimento por unidade (30€) e número de doentes com este sistema (1500 doentes).

Analisando a Tabela 3, verificamos que os gastos de enchimento são maiores que os gastos de produção, assim como, os gastos de enchimento de oxigénio líquido são maiores que os gastos de enchimento oxigénio gasoso garrafa. A matéria-prima para a produção do oxigénio é o ar ambiente que depois de arrefecido, sofre um processo de separação dos seus constituintes. O enchimento do oxigénio obriga a um maior investimento, uma vez que os recipientes necessitam de ter características especiais para conservar o oxigénio a altas pressões e baixas temperaturas – recipientes criogénicos e de inox sem ligaduras. A preparação destes recipientes é morosa e tem alto custo devido aos materiais utilizados.

Os gastos de acessórios, referem-se aos interfaces que são utilizados pelo utente para inalar oxigénio - máscara. O preço médio de cada acessório é de 3€ unid e são entregues por ano, para o volume aproximado de 8.000 doentes, aproximadamente 20.000 acessórios. Os gastos logísticos foram divididos em gastos variáveis e gastos fixos de distribuição e gastos com equipamentos.

Tabela 4 - Comparação de gastos de Logística para um ano entre serviço atual, Proposta Nº1 e Proposta Nº2

	Serviço actual	Proposta 1	Proposta 2
Gastos Logística			
Gastos Variáveis de distribuição			
Mão de obra - Horas Extraordinárias	200.000 €	200.000 €	250.000 €
Gasto de combustíveis	528.000 €	528.000 €	600.000 €
Gastos do fornecimento Pacientes Viagem	100.000 €	0 €	120.000 €
Manutenção extra das carrinhas de distribuição	100.000 €	100.000 €	100.000 €
Transporte garrafas	115.000 €	115.000 €	115.000 €
Sistemas informaticos para distribuição	68.000 €	68.000 €	68.000 €
Sub-Total	1.111.000 €	1.011.000 €	1.253.000 €
Gastos Fixos de distribuição			
Mão obra	462.000 €	462.000 €	462.000 €
Nº técnicos	30		
Valor médio vencimento	1.100 €		
Carrinhas - leasing	252.000 €	252.000 €	252.000 €
Gasto leasing/carrinha	700 €		
Transporte subcontratado	70.000 €	70.000 €	70.000 €
Outros (taxas publicidade; banco, etc)	145.000 €	145.000 €	145.000 €
Sub-Total	929.000 €	929.000 €	929.000 €
Gastos com Equipamentos			
Depreciações	700.000 €	700.000 €	700.000 €
Gasto aquisição Concentrador	400 €		
Gasto aquisição Contentor Líquido	600 €		
Anos Contabilísticos	6		
Nº equipamentos	6.000		
Reparações e conservações	184.000 €	184.000 €	184.000 €
Cilindros	125.000 €	125.000 €	125.000 €
Outros	8.000 €	8.000 €	8.000 €
Sub-Total	1.017.000 €	1.017.000 €	1.017.000 €
Total Gastos Logística	3.057.000 €	2.957.000 €	3.199.000 €

A Tabela 4 apresenta os gastos logísticos, distribuídos pelas diferentes tipologias. Os gastos variáveis de distribuição na atual estrutura são de 1.111.000€. A rubrica que contribuiu mais para o valor final, foi os combustíveis com cerca de 528.000€. De salientar também o valor elevado em horas extraordinárias (200.000€), uma vez que o número de técnicos disponibilizados não é suficiente para o número de doentes e serviços a realizar diários em horário laboral diurno. Nesse sentido, há necessidade de assumir horas extraordinárias, especialmente ao final do dia. Para o cenário da proposta N°1, os gastos variáveis reduzem-se em cerca de 9%, uma vez que o serviço de fornecimento de pacientes em viagem não consta da mesma. Já no caso da proposta N° 2, o valor total de gastos variáveis aumenta cerca de 13%, uma vez que aumenta o gasto com as horas extraordinárias (maior exigência dos serviços), os combustíveis (mais visitas) e o fornecimento a pacientes em viagem.

Os gastos fixos dizem respeito ao pagamento de mão-de-obra (remunerações), ao valor de *leasing* com as carrinhas de distribuição, transporte especializado das garrafas para o armazém e licenças/aplicações informáticas, por exemplo o *software* dos *smartphones* que registam a entrega do oxigénio e atualizam na base de dados. A mão-de-obra para um ano foi calculada pelo valor médio de vencimento por técnico de distribuição e número de técnicos, perfazendo um valor total de 462.000€. Cada técnico de distribuição necessita de uma carrinha, com valor médio de *leasing* de 700€/mês, perfazendo um gasto total de *leasing* de 252.000€. A rubrica transporte subcontratado refere-se a transporte semanal de acessórios para o armazém. Não se verifica aumento dos gastos fixos, entre o cenário atual e as propostas N°1 e N°2.

Entende-se por gastos de equipamentos, os gastos relativos a depreciações dos equipamentos (concentradores e contentores líquidos), gastos de reparações e conservações e gastos de pintura dos cilindros – garrafas. Em depreciações, consideramos a vida útil dos equipamentos em seis anos, com respetiva quota de depreciação por ano. Todavia, o valor apresentado de 700.000€ refere-se apenas ao valor de depreciação de um ano para a compra de 6.000 novos concentradores e 2.000 novos contentores de líquido: $(400€ * 6.000 \text{ unid}/6 \text{ anos}) + (600€ * 2.000 \text{ unid}/6 \text{ anos})$. Verificou-se um valor elevado referente a gastos de reparações e conservações de 184.000€ num ano (dispositivos com alta rotação – doentes que numa semana tem abastecimentos diários). O gasto de 8.000€ na categoria de “Outros” refere-se a alguns dispositivos necessários para a manutenção dos equipamentos.

No cenário atual, os gastos totais de logística são de 3.057.000€. Com a proposta N°1, os gastos de logística diminuem cerca de 3% sobretudo devido à diminuição dos gastos variáveis do fornecimento de pacientes em viagem. No caso da proposta N° 2 os gastos logísticos aumentam na ordem dos 8%, sobretudo pelo maior gasto em combustíveis e horas extraordinários.

Os gastos administrativos de serviço ao cliente, gastos da atividade comercial e gastos de gestão de negócio, completam a rubrica de gastos na demonstração dos resultados operacionais. Os gastos administrativos dizem respeito ao gastos inerentes à atividade de atendimento, registo e

A CRIAÇÃO DE VALOR NO MERCADO DA SAUDE ENQUANTO FATOR DIFERENCIADOR PARA A NEGOCIAÇÃO DE PREÇOS E COMPETITIVIDADE EM CONTEXTO DE CRISE MUNDIAL

faturação - *order to cash*, levado a cabo pela equipa de serviço ao cliente (doente/hospital). Estão incluídos também os gastos das aplicações informáticas desenvolvidas para a gestão da informação dos doentes. Os gastos comerciais dizem respeito aos gastos da atividade comercial e marketing de promoção dos serviços juntos da comunidade médica e da equipa clínica (equipa que dá suporte aos profissionais de saúde e aos doentes). Os gastos de gestão de negócio referem-se a gastos relacionados com a direção de negócio e gasto de equipas centrais (informática, marketing). A Tabela 5 compara os valores para o cenário atual e as novas propostas.

Tabela 5 - Comparação de gastos Administrativos, comerciais e de gestão para um ano entre serviço atual, Proposta N°1 e Proposta N°2

		Serviço actual	Proposta 1	Proposta 2
Gastos Administrativos Serviço ao cliente				
Mão obra		378.000 €	378.000 €	378.000 €
Nº Administrativos (Call Center + Admin)	30			
Vencimento médio	900 €			
Gastos Aluguer escritório		116.000 €	116.000 €	116.000 €
Novas aplicações informatica		100.000 €	100.000 €	400.000 €
Programa telemonitorização/portal sistemas informaticos	300			
	300	100.000 €	100.000 €	100.000 €
Depreciação Ativos - impressoras		60.000 €	60.000 €	60.000 €
Total		754.000 €	754.000 €	1.054.000 €
Gastos actividade comercial				
Mão obra		224.000 €	224.000 €	224.000 €
Comerciais	8			
Ordenado medio	2.000 €			
Nº clínicos	6			151.000 €
Ordenado medio Clínico	1.800 €			
Combustível		137.000 €	137.000 €	250.000 €
Carros-leasing				
Gasto leasing/carro	400 €	38.400 €	38.400 €	67.200 €
Ferramentas marketing		100.000 €	100.000 €	100.000 €
sistemas informaticos		40.000 €	40.000 €	40.000 €
Outros		50.000 €	50.000 €	50.000 €
Total		589.400 €	589.400 €	882.200 €
Gastos de Gestão Negócio				
Mão Obra gerentes		210.000 €	210.000 €	210.000 €
Gerentes	5			
Vencimento médio	3.000 €			
Gastos equipas centrais		150.000 €	150.000 €	150.000 €
Sistemas informaticas		52.000 €	52.000 €	52.000 €
Total		412.000 €	412.000 €	412.000 €

O gasto de mão-de-obra administrativa foi calculado através do vencimento médio e número de administrativos a laborar (quer de *call center*, quer de serviços de faturação). Verifica-se um aumento de 40% no cenário da Proposta N°2, devido à necessidade de desenvolver nova aplicação informática de telemonitorização/portal Web. Embora nos dois cenários haja um valor de 100.000€

atribuído a novas aplicações informáticas (a gestão de informação exige melhorias constantes anuais), a proposta N° 2 propõe um investimento extra.

A mão-de-obra da equipa comercial e o combustível representam 61% dos gastos da rubrica gastos da atividade comercial, enquanto as ferramentas de marketing representam 17%. Quando comparamos o cenário atual com a Proposta N°1, verificamos que não há diferenças nos gastos associados à atividade comercial e marketing. Verificamos sim, um aumento de 292.800€ que corresponde a 50% de aumento, quando comparamos os cenários com a proposta N°2. Este aumento deve-se sobretudo à necessidade de contratação de uma equipa de profissionais de saúde responsável pelos programas de aderência propostos (valor de vencimentos, carro e combustível).

Os gastos de gestão de negócio representam apenas 7% dos gastos totais. Referem-se a gastos com os vencimentos dos elementos da direção da empresa, gastos mensais com as equipas globais de suporte financeiro e marketing ao negócio e com os sistemas informáticos disponíveis para os diretores (computadores, softwares de análise financeira e reporting)

3.8.1.2 – VENDAS

A venda de serviços inclui vendas relativas à prestação de serviços de oxigénio por garrafa e concentrador e vendas de serviços de oxigénio líquido. O atual serviço de oxigénio garrafa/concentrador, tem um preço diário por paciente de 2,60€, enquanto o serviço de oxigénio líquido tem um preço diário de 6,00€ por paciente.

Tabela 6 – Comparação de vendas entre serviço atual, Proposta N°1 e Proposta N°2

Vendas Anuais

	Serviço actual	Proposta 1	Proposta 2
Vendas de serviços			
% Crescimento anual		3%	3%
Vendas serviços Oxigenio garrafas/Concentrador	7.592.000 €	6.646.000 €	7.819.000 €
Nº pacientes	8.000	8.240	8.240
Preço/dia/pac	2,60 €	2,21 €	2,60 €
Vendas serviços Oxigenio Liquido	3.285.000 €	2.876.000 €	3.384.000 €
Nº pacientes	1.500	1.545	1.545
Preço/dia/pac	6,00 €	5,10 €	6,00 €
Total	10.877.000 €	9.522.000 €	11.203.000 €

De acordo com a Tabela 3, os gastos mais elevados com o enchimento de contentores líquido, a aquisição dos equipamentos e as especificidades de utilização dos sistemas (procedimentos mais complexos), aumentam preço diário do serviço. A proposta N°1 implica uma redução de preços na ordem dos 15%, com perda de faturação direta de 1.355.000€ (mesmo com aumento previsto de 3% de doentes a prestar num ano). A Proposta N° 2, proporciona um aumento de faturação de 3% face ao cenário atual (crescimento de doentes com manutenção do preço) e representa mais 18% de faturação em relação à proposta N°1. Atualmente a empresa fatura 10.877.000€ num ano.

4.8.1.3 – RESULTADOS OPERACIONAIS

Para a análise do resultado operacional, procedemos aos cálculos das parcelas gastos e vendas, num ano. A tabela 7 indica esses mesmos resultados pelos distintos conceitos.

Tabela 7 - Comparação de resultados entre serviço actual, Proposta N°1 e Proposta N°2

	Serviço actual	Proposta 1	Proposta 2
Vendas (A)	10.877.000 €	9.522.000 €	11.203.000 €
Gastos Matérias	1.035.000 €	1.035.000 €	1.035.000 €
Gastos Logística	3.057.000 €	2.957.000 €	3.199.000 €
Gastos de acção comercial	589.400 €	589.400 €	882.200 €
Gastos de Gestão e Administrativos/Serviço ao cliente	1.166.000 €	1.166.000 €	1.466.000 €
Gastos (B)	5.847.400 €	5.747.400 €	6.582.200 €
Resultado Operacional (A-B)	5.029.600 €	3.774.600 €	4.620.800 €
Resultado Operacional/Vendas	46%	40%	41%

Da análise da Tabela 7 é possível verificar que o resultado operacional da proposta N° 2 é superior em 846.200€ (22% mais) em relação à Proposta N°1. Verificamos também que quando comparamos o resultado operacional do cenário actual com a Proposta N° 2, há uma perda de resultado de 8%. Quando analisamos o rácio Resultado Operacional/Vendas, constatamos que há perda significativa de rentabilidade com as propostas N° 1 e N°2 (6% e 5%, respetivamente), sendo que a Proposta n° 2 representa menor perda (408.400€ versus 1.255.000€).

4.8.2- AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS PELOS GESTORES HOSPITALARES

A amostra relativa à votação/avaliação das propostas foi de oito gestores hospitalares, distribuídos por várias instituições hospitalares do país. A Tabela 8 identifica as instituições de saúde abrangidas e respetivos distritos. Pretendeu-se seleccionar gestores hospitalares de diferentes regiões e de diferentes dimensões hospitalares de forma a contemplar um pouco de todas as realidades do país.

Tabela 8 – Distribuição geográfica da amostra e por hospitais

Instituições	Distritos	N
Centro Hospitalar Tamega Sousa	Porto	1
Centro Hospitalar S João	Porto	1
Centro Hospitalar Alto Ave	Braga	1
Hospital Infante D Pedro	Aveiro	1
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga	Aveiro	1
ULS Alto Minho	Viana do Castelo	1
Hospital Figueira da Foz	Coimbra	1
Hospital Espírito Santo	Évora	1
Total		8

Analisando a votação das propostas, no cenário apresentado, verificamos que 50% dos indivíduos (N=4) optaria pela proposta N°1, e os outros 50% (N=3) pela proposta N°2.

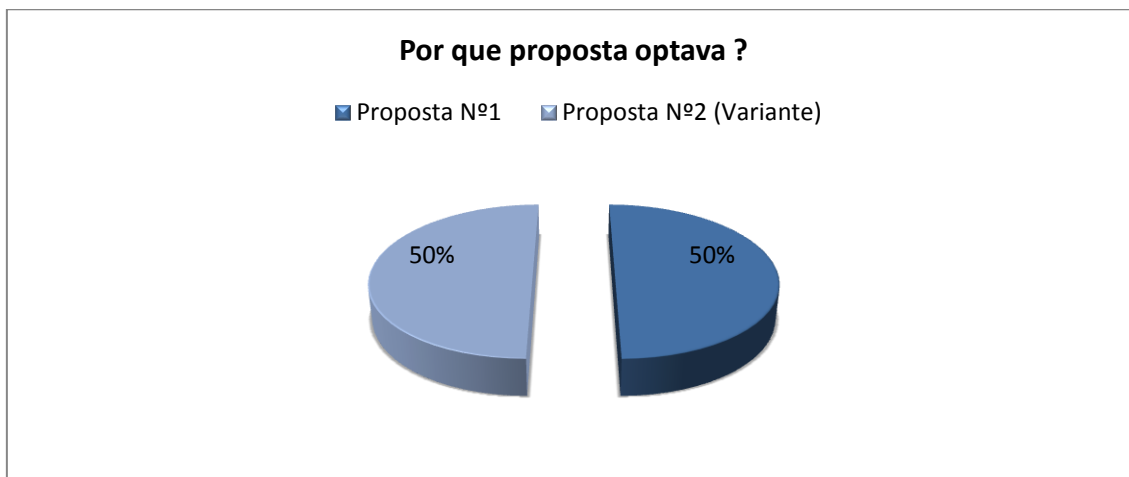


Figura 3 – Distribuição da votação das propostas

Fonte: Elaboração própria

Quando questionados sobre os dois principais fatores que contribuíram para a decisão, o grupo que votou pela proposta Nº1, é unânime em identificar um fator central decisivo para a escolha (N=4) - “Redução preço/dia – redução direta de gastos”. Na figura 4, podemos analisar que o fator “serviços incluídos são suficientes para este tipo de tratamentos” demarcou-se do fator “tendo em conta o contrato atual, o serviço eliminado não é prioritário) N=3). Na Figura 4, podemos analisar a distribuição da seleção dos fatores.

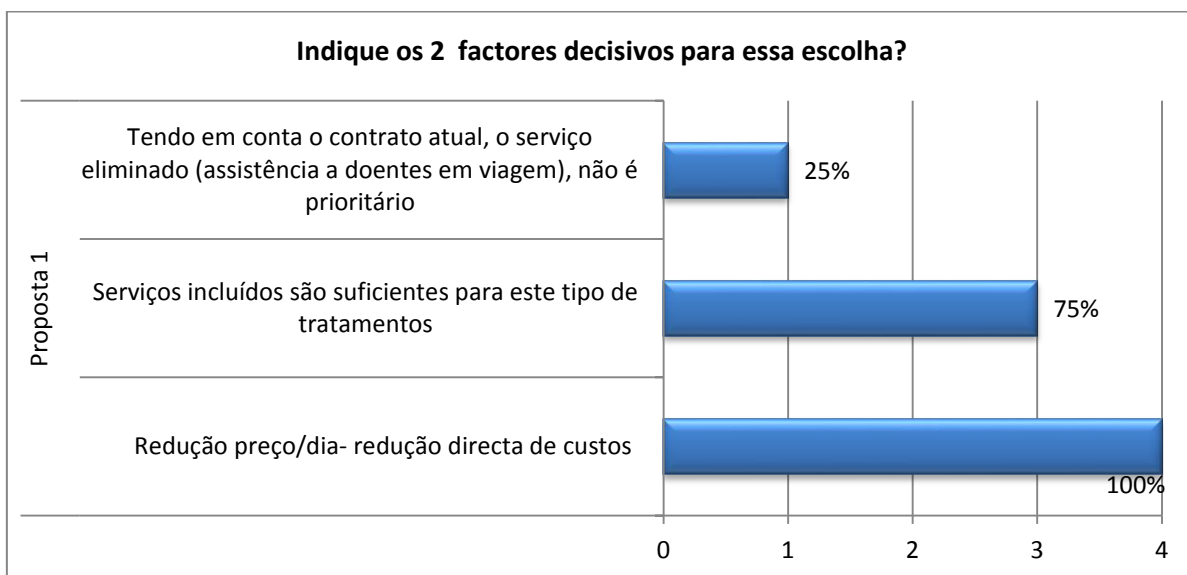


Figura 4 – Fatores decisivos para a escolha da proposta Nº 1

Fonte: Elaboração própria

Os indivíduos que votaram na proposta N°2 classificaram os dois fatores “Disponibilidade de programas para o seguimento do tratamento – eficácia do custo” e “ Programa de prevenção com medidas objetivas – redução de gastos” como os mais decisivos. Os fatores a “Empresa propõe um objetivo de telemonitorização com redução directa dos internamentos”, e Serviços apresentados representam abordagem completa ao tratamento do doente” foram identificados apenas por 2 indivíduos.

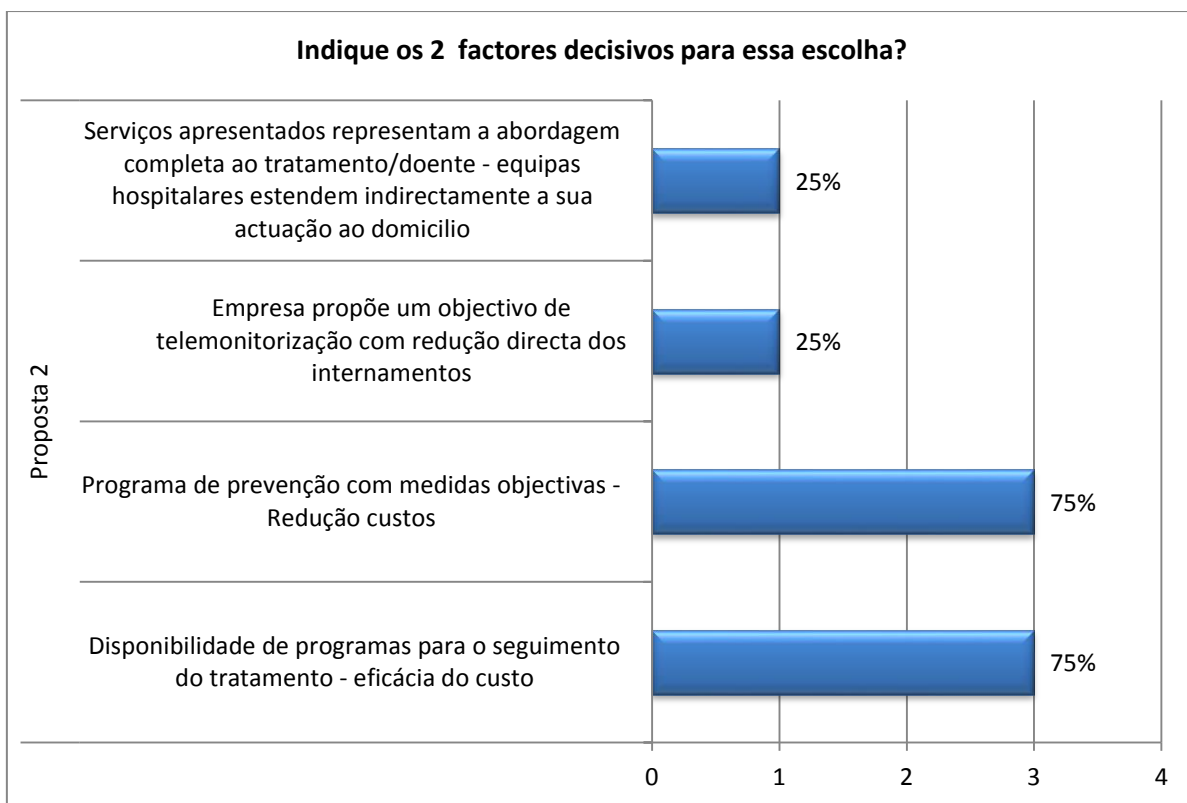


Figura 5 – Fatores decisivos para a escolha da proposta N° 2

Fonte: Elaboração própria

De forma a entender, do ponto de vista de estrutura de proposta, a secção mais analisada e contributiva para a decisão, há que analisar as respostas para a pergunta “Do ponto de vista de estrutura de proposta, qual o capítulo que mais analisou?” Através da análise da Figura 6, podemos constatar que 38% indivíduos analisaram mais a tabela comparativa das propostas (N=3), e 38% analisaram mais a descrição dos serviços (N=3). Apenas dois indivíduos analisaram mais a oferta económica.

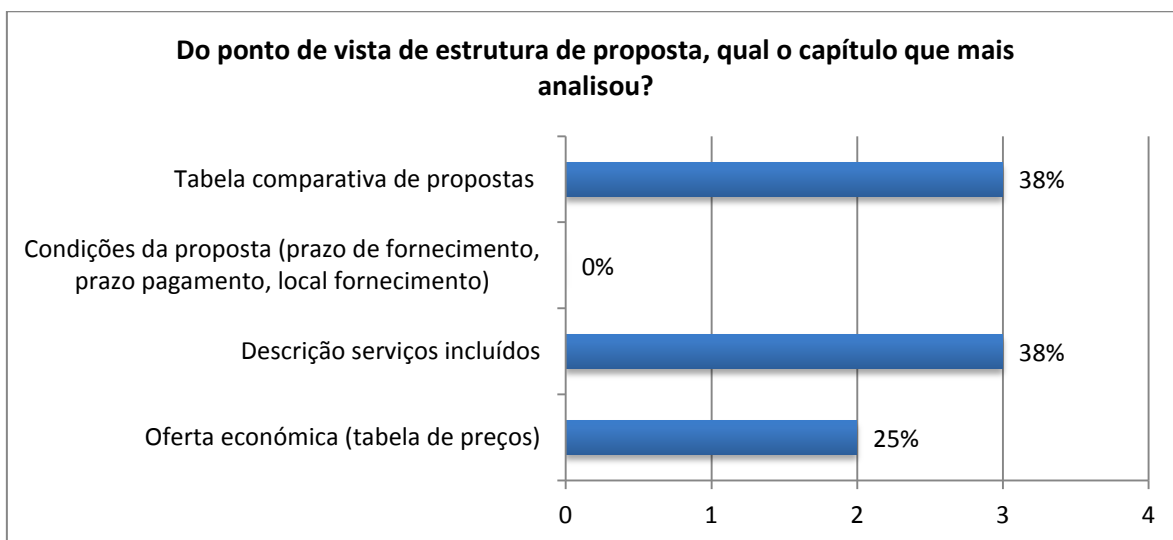


Figura 6 – Capítulos mais analisados

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à pergunta “Em contexto de recessão económica e possibilidade de vários fornecedores, qual a proposta mais competitiva?”, 87% dos indivíduos consideram que a proposta Nº1, em contexto de crise e em concorrência com outros fornecedores, seria a mais competitiva (N=7). Apenas um indivíduo considerou a proposta Nº 2 a mais competitiva.

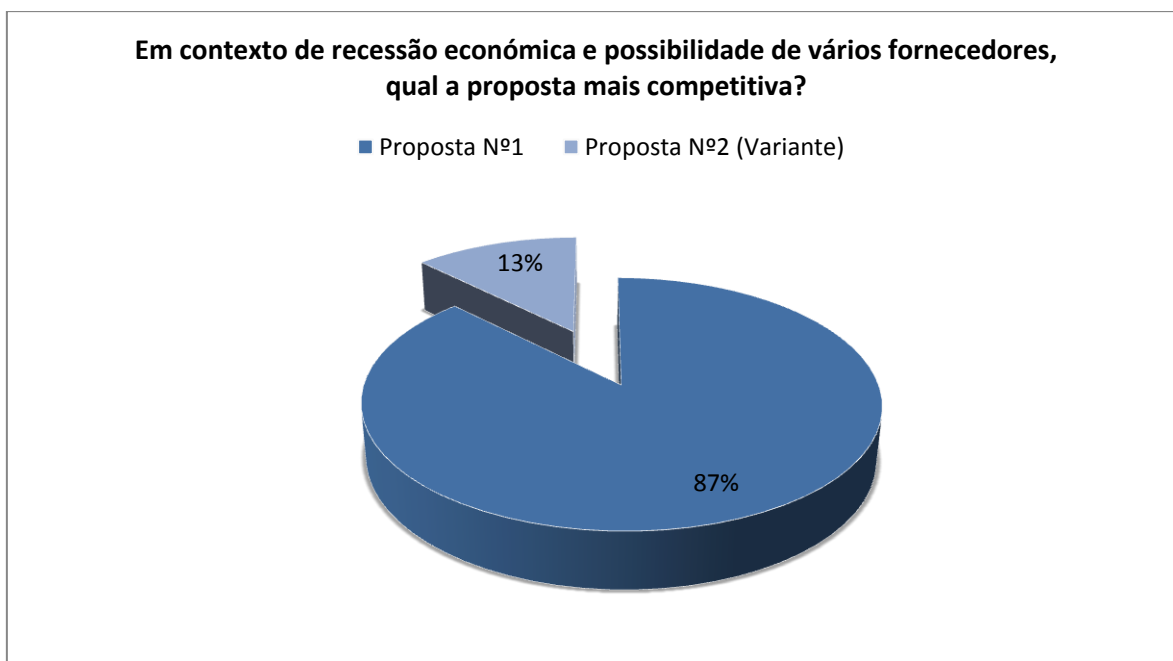


Figura 7 – Proposta mais competitiva em cenário de vários fornecedores

Fonte: Elaboração própria

4.9 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um dos objetivos centrais deste estudo foi a comparação de rentabilidade e resultado operacional de uma empresa prestadora de um mesmo serviço de saúde, mas tendo por base duas estratégias diferentes: estratégia de diferenciação ou estratégia de baixo custo. Consideramos ter alcançado os objetivos proposto, uma vez que foi possível comparar a demonstração dos resultados operacionais, tendo em conta o cenário atual de prestação e os dois novos cenários. Optamos pela comparação do resultado operacional enquanto indicador financeiro de rentabilidade, uma vez que pretendíamos avaliar o impacto dos cenários apenas na atividade operacional. As soluções apresentadas nas propostas N^o1 e N^o2 têm impacto ao nível da forma de prestação e ao nível de rendimentos. Não foram considerados os gastos e rendimentos que não estejam relacionados com essa atividade operacional.

Da demonstração dos resultados operacionais, verificamos que o maior peso dos gastos se deve aos gastos logísticos e distribuição, com cerca de 3 milhões de euros/ano. De facto, a prestação de serviços ao domicílio exige uma estrutura logística bem dimensionada e organizada, para responder aos requisitos contratados. Tavares e Graça (2012) afirmam que o sucesso da abordagem de cuidados de saúde ao domicílio implica alta capacidade empresarial e tecnológica para prestar tais serviços em rede. Tipicamente, os gastos mais relevantes estão na mão-de-obra e combustíveis. Os recursos têm de dar resposta não só aos cuidados programados, mas aos casos mais urgentes que vão surgindo durante o dia (por exemplo, um doente que recorre ao serviço de urgência, e que necessita de iniciar o tratamento com oxigénio). Comparando a proposta N^o1 e N^o2 contra a situação atual, verificamos que os gastos de logística no caso da proposta N^o2, aumentam 8% devido ao aumento de horas extraordinárias e combustíveis. Este aumento deve-se à necessidade de visitas extras que os protocolos de monitorização do tratamento, exigem. Por outro lado, a proposta N^o1 apresenta uma diminuição de 3% face ao cenário atual da empresa, uma vez que elimina um serviço com grande implicação logística – fornecer pacientes em viagem no país.

De salientar também, que os gastos de produção e enchimento do oxigénio, representam 18 % dos gastos operacionais da empresa, sendo que o enchimento da matéria é mais caro que a produção da mesma, pelas características especiais dos recipientes e características químicas do mesmo. O gasto de produção e enchimento poderiam ter maior peso nos resultados, se todos os pacientes fossem fornecidos pelos sistemas de garrafa ou líquido. Os gastos são diminuídos pela introdução de sistemas elétricos de produção em domicílio de oxigénio – os concentradores. Podemos considerar que a introdução destes sistemas reflète medidas de eficiência na cadeia operacional na ordem dos 50% (se todos os doentes fossem abastecidos pelos sistemas mais caros).

Em relação aos gastos administrativos, comerciais e gestão de negócio, verificamos que a proposta Nº 2, com a introdução de programas de monitorização dos tratamentos e prevenção de agudizações através de telemonitorização, aumenta parte destes gastos, sobretudo devido ao desenvolvimento de novas aplicações informáticas capazes de receber os dados recolhidos remotamente na casa dos doentes (foram considerados nesta rubrica também os gastos do modems informáticos). O aumento também se deve à necessidade de contratar recursos humanos especializados (clínicos) para gerir esses mesmos programas de monitorização.

Pela análise da estrutura de gastos, demonstramos que a empresa ArOxi detém capacidade de alterar a sua estratégia face ao cenário atual, de forma rápida, uma vez que, a sua estrutura de gastos suporta alteração. Teixeira (2011) salienta isso mesmo, dizendo que o atual contexto competitivo e rápida mudança dos mercados obrigam à organização a adaptar-se rapidamente, e com qualidade. Para isso, a estrutura organizacional (aos vários níveis) deve ser flexível. Evidencia também que esta resposta rápida de adaptação, leva à necessidade da organização procurar colaboradores com competências diferenciadas, bem como assegurar formação contínua.

Da análise das vendas, verificamos o alto impacto da alteração de preço no cenário Proposta Nº1. Apesar de estar previsto um aumento de 3% de doentes sob tratamento, a redução de preços tem um impacto direto em volume de faturação em 12%, sem diminuição significativa dos gastos associados à prestação (a diferença para o cenário atual é de 100.000€). A queda de margem é significativa, colocando sérias questões à estratégia de baixo custo. Silva e Queirós (2011), recordam que a estratégia de baixos gastos exige um controlo apertado da gestão de operações e redução dos gastos de produção, para que a política de preços não comprometa as margens da empresa. A proposta Nº2 tem volume de faturação superior ao cenário atual (pelo crescimento natural dos doentes), mas com uma carga maior ao nível dos gastos, obtendo uma rendibilidade de 41% (menor que a atual, mas maior que a proposta Nº1). Na verdade, os investimentos necessários podem ser considerados investimentos com um retorno a médio prazo (Teixeira, 2011). Se os resultados clínicos propostos pela empresa forem alcançados, o hospital perceberá o valor do prestador, prolongando vínculo por mais anos. Murdock (2012) e Porter (2010) referiam que a qualidade dos serviços reflete-se nos resultados clínicos dos doentes e na adesão aos tratamentos. Os clientes poderão premiar assim, os melhores prestadores com melhores resultados, os que desenvolvem novas abordagens baseadas na atualização das *guidelines* clínicas, e os mais inovadores. Porter e Teisberg (2004) acrescentam ainda, que os prestadores para o mesmo serviço, devem competir entre si pelos resultados clínicos dos doentes, e que há medida que vão recolhendo experiência, desenvolver novas abordagens úteis para o sistema de saúde. A chave para um alto valor em cuidados de saúde está em obter bons resultados clínicos, usando o menor número de recursos. (Cortese, D.A., Landman, N. e Smoldt, R. 2012 e Yong, Olsen e McGinis, 2010).

Um outro ponto fundamental do trabalho foi a elaboração das propostas para serem apresentadas a oito gestores hospitalares de várias instituições do país, para avaliação e votação. Os resultados foram surpreendentes, uma vez que tendo em conta o cenário de pressão para redução imediata de gastos na ordem dos 15%, e sendo os decisores gestores financeiros dedicados à gestão financeira do hospital, esperávamos que a maioria optasse pela proposta N^o1 – redução de preços com impacto nos gastos no imediato. Metade dos indivíduos votou pela proposta N^o1 e a outra metade pela proposta N^o2.

Ao analisarmos os fatores identificados pelos mesmos para a tomada de decisão, fica claro que para os indivíduos que votaram na proposta N^o2, a monitorização dos tratamentos (quem faz e como faz) e um programa preventivo de complicações, eliminando gastos para o hospital, foram decisivos. Não importa só reduzir o gasto com oxigenoterapia, se o hospital não controla a eficácia e qualidade dos tratamentos. Porter (2010) afirma que para se reduzir gastos, muitas vezes tem de se gastar mais nuns serviços para reduzir a necessidade de outros. Se o hospital não controlar a adesão ao tratamento, os doentes pioram a sua condição clínica levando a agudização com consequente internamento. Estes gastos de internamento não são associados em momento algum ao tratamento em domicílio que o utente tem de fazer. O mesmo se aplica para os doentes que são cumpridores de tratamento, mas que por alguma eventualidade, pioram a sua situação clínica. Se houver treino e ensino adequado aos cuidadores/doente, podem ser identificados os sintomas iniciais das agudizações, evitando os internamentos, ou pelo menos, encurtando-os.

Se por um lado, os dados nos indicam que os gestores financeiros das instituições estão conscientes que monitorizar e prevenir reduzem gastos desnecessários, por outro, verificamos que em concorrência com mais fornecedores a proposta redução de preços é mais apetecível. Mesmo aqueles que votaram por uma negociação baseada em acrescentar valor. Em concorrência parece haver uma tendência para fechar negociações através do preço, não dando atenção a outros resultados. Estes dados vão de encontro a Porter e Teisberg (2004), que chamam atenção para maioria das instituições que baseiam as suas decisões apenas em gastos ou preços, não dando a devida importância à obtenção de melhores resultados - quanto me vai custar e quanto vou poupar.

CONCLUSÕES

A promoção da saúde é fundamental para o bem-estar das populações e o crescimento económico e social sustentado. A esperança média de vida está a aumentar e as doenças crónicas também, gerando maior consumo de cuidados de saúde e por consequência, maior disponibilização dos mesmos.

Com a recessão económica, o financiamento do setor da saúde tem-se tornado cada vez mais difícil. Numa altura em que é necessário reequacionar as despesas dos países, o setor da saúde é apontado como uma área crítica de gastos. A despesa em saúde constitui um grave problema, especialmente pela representatividade nos países da OCDE e peso no PIB.

Em Portugal o aumento significativo da despesa com a saúde deveu-se a fatores como o envelhecimento da população e os estilos de vida adotados que contribuem para o aumento das doenças crónicas, o crescimento do rendimento médio da população e a utilização de soluções inovadoras e tecnológicas de preço elevado sem uma análise da eficiência.

A sustentabilidade financeira do sistema de saúde português, só será possível se forem consideradas medidas corretivas, combatendo o desperdício quer de recursos quer de cuidados, controlando a introdução de soluções tecnológicas de elevado preço e avaliação do real benefício e, intervindo cada vez mais ao nível da responsabilização da população para a adoção de estilos de vida saudáveis.

O valor nos cuidados de saúde reflete-se nos benefícios clínicos alcançados pelo dinheiro investido. A estrutura dos atuais sistemas de saúde apenas reconhece redução de gastos, fontes de receita, volume de cuidados, sem orientação para a valorização dos resultados clínicos. Os prestadores deviam competir pela focalização na obtenção de melhores resultados clínicos, otimização custo-benefício e pelo grau de satisfação dos doentes.

A competitividade no setor da saúde não está focalizada na criação de valor para as partes envolvidas. A chave para o sucesso competitivo encontra-se exatamente na capacidade da organização em criar um valor único e contribuir com algo original e diferente da concorrência. A diferenciação implica oferecer um serviço de saúde, pelo qual o cliente está disposto a pagar um preço maior.

O Memorando de Entendimento contempla medidas corretivas imediatas, aumentando a eficiência e eficácia do SNS. Claramente, a preocupação prende-se com o controlo da despesa e uma utilização mais racional dos serviços de saúde. É visível ao longo do Memorando de Entendimento, indicações claras para negociação de preços com os prestadores (em especial nível do setor farmacêutico) como principal medida competitiva entre esses mesmos prestadores. Todavia, não há referências

ao aumento de concorrência entre prestadores através de benefícios clínicos alcançados, ou contribuição para um serviço original, diferente e ajustado às necessidades.

A estratégia baseada em criação de valor pela diferenciação implica maiores gastos operacionais no desenvolvimento de novas soluções e tecnologias que vão de encontro às reais necessidades, tornando o seu produto/serviço de valor único no mercado. As estratégias de baixo valor implicam o risco de não se conseguir reduzir significativamente os gastos associados, levando a perda de margem.

Em relação ao caso em estudo, concluímos que a empresa ArOxi tem capacidade de alterar a sua estratégia no mercado, uma vez que a estrutura de gastos suporta essa alteração. A mudança competitiva obriga a empresa a uma reorganização na estrutura, implicando também investimentos nesse sentido, de forma a apresentar propostas que vão de encontro às reais necessidades dos clientes. E de facto, quando é proposto a um gestor hospitalar analisar e escolher a melhor proposta que redefine os serviços prestados atualmente, num cenário de pressão para a redução imediata de gastos, nem sempre a escolha é a óbvia redução de preços. Apesar da pressão constante sobre redução de gastos nas decisões hospitalares, os gestores financeiros hospitalares podem eleger a proposta com preços mais elevados em detrimento da proposta de redução de preços. Os fatores decisivos relacionam-se com o nível de diferenciação que a empresa garante, em especial a monitorização e apresentação dos resultados e benefícios clínicos dos serviços contratados (por exemplo, quais os doentes que estão a cumprir o tratamento, número de internamentos evitados pela monitorização do tratamento).

Numa negociação de contratos de cuidados de saúde, uma proposta baseada em valor para o doente e a instituição, pode garantir a manutenção dos preços. A correta análise da proposta e do real benefício que aporta é melhor percebido se for especificamente mencionados os resultados quantitativos a que a empresa prestadora se propõe atingir, pela implementação dos serviços que respondem a necessidades identificadas. Todavia, mantendo-se uma situação económica de recessão e num cenário competitivo de vários fornecedores este tipo de proposta pode não ser eleita, pelo facto de aparentemente não representar ganhos imediatos para a instituição contratante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, J.L.C. (2006). *A criação de valor influenciando o posicionamento estratégico – Estudo de caso do Grupo RCH*. Dissertação em Administração de Empresas - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 112 pp.
- Antunes, E., Gonçalves, J. P., Santos, M.F., Alexandre, M. e Godinho, P. (2011). Contratualização em Saúde. Efetividade do sistema de incentivos. *8º Congresso Nacional da Administração Pública sobre os desafios e soluções*.
- Barros, P.P., Machado, S.R. e Simões J.A. (2011). Portugal: Health system review. *Health System in Transition*. **13(4)**:1-156.
- Barros, P.P.(2013). *Pela Sua Saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., Zentner, A. (2010). Tackling chronic disease in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Nº 20.
- Campos, A.C. e Simões, J. (2011). *O percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Edições Almedina. Coimbra.
- Cardoso, L. (2006). *Estratégia e Competitividade*. 6ª edição, Editorial Verbo. Lisboa.
- Carvalho, I.R. (2008). Gestão baseada em valor. *TOC* 95:50-59.
- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. (2010). *Relatório de situação. Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal*. Lisboa.
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. (2007). *Relatório Final*. Lisboa.
- Cortese, D.A., Landman, N., Smoldt, R. (2012). *The first step toward value-based health care*. Institute of Medicine of National Academies.
- Dash, P. e Meredith, D. (2010). When and how provider competition can improve health care delivery. *Health International*, **10**:30-41.
- Deloitte. (2011). *Saúde em análise. Uma visão para o futuro*. Lisboa.

Deloitte. (2011). *Value-Based Purchasing: A strategic overview for health care industry stakeholders*. USA.

Sistema de Normalização Contabilística Estrutura Conceptual, Diário da República, 2ª série – Nº 173 de 7 de Setembro de 2009, Aviso nº 15652/2009.

Direção Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*, Nº 04/DGCG. Lisboa

Direção Geral de Saúde. (2011). *Norma da Direcção Geral da Saúde – Cuidados Respiratórios Domiciliários: prescrição de Oxigenoterapia*, Nº 0.18/2011. Lisboa

Direção Geral da Saúde. (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012 -2016*. Lisboa

Direção Geral da Saúde. (2012b). *Programa Nacional para as doenças Respiratórias*. Lisboa

Eldridge, G. e Korda, H. (2011). Value-based purchasing: the evidence. *Am J Manage Care*, **17(8)**: 310-313

Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Porto

Escoval, A. (2008). *Financiamento, Inovação e Sustentabilidade*. 1ª edição, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Lisboa.

Escoval, A., Ribeiro, R.S. e Matos, T.T.(2010). A contratualização em Cuidados de saúde Primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **9**:41-57.

Esteves, L. A. (2002). A Teoria da formação de preços e a teoria dos preços de produção. *Análise Económica*. **20**;37:30-53.

Fernandes, J.V. e Barros, P.P. (2012). *Um ano depois da Troika na Política de Saúde*. 1ª edição, Principia Editora. Parede.

Freitas, G. (2009). *Estrutura Conceptual*. Lisboa.

Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. e Saltman, R.B. (2012). *Homecare across Europe. Current Stricture and future challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies. Dinamarca.

Gonçalves, D.A. (2005). *A influência dos pacotes de preço na decisão de consumo de serviços*. Dissertação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 113 pp.

Hill, M.M. e Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. 2ª edição, Edições Sílabo. Lisboa.

Lee, E.O. e Emanuel, E. (2013). Share decision making to improve Care and reduce costs. *The New England Journal of Medicine*, 368;1:6-8.

Lei de Bases da Saúde, Aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de agosto, com alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro.

Loof, H. e Ebersberger, B. (2004). *Multinational enterprises, spillovers, innovation and productivity*. Paper n. 22.

Magretta, J. (2012). *Michael Porter. O Essencial sobre estratégia, concorrência e competitividade*. 1ª edição, Centro Atlântico. Vila Nova Famalicão.

Marques, M.B. (1999). *Gestão, planeamento e avaliação de políticas de ciência e tecnologia: hora de rever?*. Fundação Oswaldo Cruz- Brasil

Ministério das Finanças. (2011a). *Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica* (versão electrónica). Acedido 1 de outubro de 2012 em http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf

Ministério das Finanças. (2011b). *Documento de Estratégia Orçamental 2011-2015*.

Mota, A.G. e Custódio, C. (2007). *Finanças da Empresa*. 2ª edição, Booknomics. Lisboa.

Murdock, C. (2012, 16 janeiro). The theory of value-based purchasing: payment based on care quality, not quantity. Bits e Bytes. Acedido a 12 de janeiro de 2013, <http://www.hmstn.com/News/BitsandBytesBlog/Lists/Posts/Post.aspx?ID=30>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Desafios em tempo de crise. Relatório de Primavera 2010*. Lisboa.

OECD (2011). *Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities*.

OECD. (2012). *OECD Health Data 2012. How does Portugal compare*.

OMS. (2005). *Projeto do Décimo Primeiro Programa – Geral de Trabalho para 2006-2015*

OMS. (2010). *Relatório Mundial de Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*. Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2012). *World Health Statistics. A snapshot of global health*.

Peanteado, R.S. et al. (2009). Contribuições do sistema de sugestão aos processos de melhorias e inovações organizacionais: a perceção de um gestor multinacional. *Congresso Internacional de Administração*, setembro 2009; Lisboa

Piccinini, V.C. e Drouvot, H. (1999). *A produtividade e seus impactos sobre as condições económicas e sociais de um país*. Read – Edição 09, v.5, n.1.

Portal de codificação dos GDH. (2006). Os preços das diárias de internamento no Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 5 de novembro de 2012 em

http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Pre%C3%A7o_das_di%C3%A1rias_do_internamento_no_Servi%C3%A7o_Nacional_de_Sa%C3%BAde

Porter, M. e Teisberg, E. (2004). Redefining competition in Heathcare. *Harvard Business Review*. Acedido a 8 de janeiro de 2013, em

<http://hbr.org/web/extras/insight-center/health-care/redefining-competition-in-health-care>

Porter, M. (2007). Value-based competition in Health Care. *Healthcare Leadership Council*, Washington DC, January 31, 2007

Porter, M. (2008). *The five competitive forces that shape strategy*. Harvard Business Review

Porter, M. (2009). A strategy for Health Care Reform – Toward a value-based System. *The New England Journal of Medicine*, **361**;2: 109-112.

Porter, M. (2010). What is Value in Health Care?. *The New England Journal of Medicine*, **363**;26: 2477-2481.

Serra, F.R., Ferreira, M.P., Torres, M.C. e Torres, A.P. (2010). *Gestão Estratégica*. Edições Lidel. Lisboa.

Silva, E.S. e Queirós, M. (2011). *Gestão Financeira. Análise de Investimentos*. 2ª edição, Vida Económica. Porto.

Sousa, P.A.F. (2009). O Sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm.* **22** (Especial 70 anos): 884-894.

Stal, E. e Campanário, M.A. (2010). *Empresas multinacionais de países emergentes. Economia Global e Gestão*. 15;1: 55-73.

Tavares, L.V. e Graça, P.M. (2012). *A contratação Tecnológica de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRDs) em Portugal*. Relatório do Observatório de Perspetiva de Engenharia e de Tecnologia. Lisboa.

Teixeira, S. (2011). *Gestão Estratégica*. Escolar Editora. Lisboa.

Thomsom, S., Foubister, T. e Mossialos, E. (2009). Financing Health Care in the European Union – Challenges and policy responses. *European Observatory on Health Systems and Policies*, Num 17.

Vendeirinho, S.M.B. (2010). *Viabilidade da utilização de medidas de valor do cliente na Indústria Farmacêutica*. Dissertação em Estatística e Gestão de Informação, Instituto Superior de Estatística de Informação. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. 81 pp.

Yong, P.L., Olsen, L. e McGinnis, M. (2010). Value in Health Care. Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes and Innovation. Workshop Summary. *The National Academies Press*. Washington DC.

Anexos

ANEXO I – Questionário para votação das propostas

Votação das propostas para a Prestação de Serviços de Oxigenoterapia em Domicílio

Tendo em conta o cenário previamente apresentado e as respectivas propostas para a prestação dos serviços, pf seleccione:

* Required

Por que proposta optava ? *

- Proposta N°1
- Proposta N°2 (Variante)

Indique os 2 factores decisivos para essa escolha?

Se seleccionou a PROPOSTA N°1

- Redução preço/dia- redução directa de custos
- Serviços incluídos são suficientes para este tipo de tratamentos
- Tendo em conta o contrato actual, o serviço eliminado (assistência a doentes em viagem), não é prioritário

Se seleccionou a PROPOSTA N°2

- Disponibilidade de programas para o seguimento do tratamento - eficácia do custo
- Programa de prevenção com medidas objectivas - Redução custos
- Empresa propõe um objectivo de telemonitorização com redução directa dos internamentos
- Serviços apresentados representam a abordagem completa ao tratamento/doente - equipas hospitalares estendem indirectamente a sua actuação ao domicilio

Do ponto de vista de estrutura de proposta, qual o capítulo que mais analisou? *

- Oferta económica (tabela de preços)
- Descrição serviços incluídos
- Condições da proposta (prazo de fornecimento, prazo pagamento, local fornecimento)
- Tabela comparativa de propostas

Em contexto de recessão económica e possibilidade de vários fornecedores, qual a proposta mais competitiva? *

- Proposta N°1
- Proposta N°2 (variante)

Área geográfica onde trabalha actualmente - Distrito *

Submit

ANEXO II – Cenário de contextualização para a votação

Os serviços da Administração Central do Sistema de Saúde de acordo com o Orçamento Estado para ano 2013 e as medidas instituídas pelo Governo através do Memorando de Entendimento solicitam a todas as instituições hospitalares que negociem com os fornecedores de serviços, com intuito de reduzir gastos hospitalares. Neste sentido, e após análise de fornecedores e contratos, entendeu-se como oportunidade negociar a prestação serviços domiciliários para tratamento de Oxigénio. Pedese que o impacto de negociação se traduza numa redução de gastos com os doentes respiratórios em 15%.

A **Oxigenoterapia** domiciliária de longa duração consiste na prescrição médica e administração oxigénio medicinal em contexto domiciliário para o tratamento de patologias do foro respiratório (DGS, 018/2011). A grande maioria dos doentes sobre **Oxigenoterapia tem insuficiência respiratória crónica** por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Segundo a Direção Geral de Saúde a Oxigenoterapia é administrada de forma permanente, na grande maioria das vezes para toda a vida. As guidelines clínicas são claras quanto à eficácia do tratamento. Existem evidências que a Oxigenoterapia de longa duração para doentes Insuficientes respiratórios crónicos, “*só é eficaz se for feita durante mais de 15 horas por dia, estando associada a menor incidência de complicações e uma redução do numero de hospitalizações.*” (DGS, 018/2011). A administração pode ser feita através de cilindros de oxigénio, concentradores – dispositivo elétrico ou contentores de oxigénio em Estado líquido – em utentes com necessidades de deambulação (trabalho, programas de reabilitação respiratória, crianças, etc).

As doenças respiratórias em Portugal continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade com tendência para o aumento da sua prevalência. As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de **40% da população** (exemplo, 10% asma e 14,2% para Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em pessoas com mais de 40 anos)(*Programa Nacional das doenças respiratórias, 2012*). Os **internamentos médicos aumentaram desde 2002 em 3%** (*Fundação Portuguesa do Pulmão, 2012*). O número **médio de dias de internamento**, em caso de agudização de um doente insuficiente respiratório crónico, é de **10 dias** (DGS, 2004), e em situações de extrema gravidade requerendo a utilização de Ventilação Mecânica, pode chegar aos 17 dias de internamento (incluindo internamento nas Unidades de Cuidados intensivos). Segundo a ACSS, **o preço diário de internamento** em enfermaria ronda os **250€**, sendo que a diária em UCI ronda os 570€ (*portal codificação dos GDHs*).

Atualmente, para a prestação de serviços de Oxigenoterapia, existe contrato com a empresa ArOxi com as seguintes condições:

- 1- Preço diário/paciente
- 2- Serviços disponibilizados:
 - a. Fornecimento oxigénio Medicinal garrafa
 - b. Fornecimento oxigénio por concentrador
 - c. Fornecimento de Oxigénio Medicinal deambulação líquido (com um preço diferente)

- d. Instalação dos dispositivos médicos em domicílio
- e. Atendimento ao doente 24h/365 dias
- f. Assistência técnica e Manutenções
- g. Assistência aos pacientes em Viagem

Enquanto responsável por esta negociação, decide chamar a empresa ArOxi e pede uma revisão dos preços com intuito de reduzir gastos em 15%. A empresa decide apresentar duas propostas: Proposta Nº 1 – redução preços (e de serviços) e Proposta Nº 2 (Variante) – introdução de novos serviços com manutenção do preço.

Depois de ler as propostas e analisar a tabela comparativa das mesmas, decida qual das propostas selecionaria. Faça a sua votação através do link e responda a algumas questões.

ANEXO III – Propostas Nº1 e Nº2



PROPOSTA PARA PRESTAÇÃO SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA EM DOMICILIO

Assunto: Proposta para Prestação Serviços de Oxigenoterapia em Domicilio

Exmos Srs,

No seguimento da nossa reunião, e face ao pedido de revisão de preçário, vimos por este meio apresentar duas propostas (uma variante) para a Prestação de Serviços de Oxigenoterapia em domicilio. A proposta nº 1 contempla a revisão de preços de acordo com o solicitado. A proposta nº 2 (variante) contempla a introdução de novos serviços altamente vantajosos, sem alteração do preço.

Ambas as proposta estão estruturadas da seguinte maneira:

Oferta Económica

Serviços incluídos

Condições da proposta

Comparativo das propostas

Ficamos ao Vosso dispor para qualquer esclarecimento

Atentamente,



Proposta Nº 1

Oferta Económica

Terapias	Preço/dia/paciente
Oxigenoterapia (garrafa/concentrador)	2,21 €
Oxigenoterapia deambulação (Líquida)	5,10 €

Aos preços propostos acresce a taxa de IVA de 6%

Serviços incluídos

1- Instalação dos dispositivos médicos e respectivos acessórios para o tratamento

Entrega e instalação do sistema de oxigénio prescrito, e respectivos acessórios. Avaliação em domicílio de potenciais riscos para a instalação de Oxigénio – fontes de combustão e material inflamável.

2- Ensino ao doente e seus cuidadores

Compreende o ensino sobre o manuseamento dos dispositivos e acessórios, aspectos de segurança e de higiene. Compreende também reforço sobre o tratamento, a importância do mesmo e a necessidade de cumprimento face à prescrição do médico.

3- Atendimento ao doente em horário 08:00 horas – 20:00 horas.

4- Assistência técnica e Manutenções Preventivas

Sempre se verifique uma avaria ou uma necessidade de substituição de acessórios, a equipa técnica desloca-se ao domicílio do doente para fazer uma avaliação e proceder à substituição. Tendo em conta os diferentes sistemas de oxigenoterapia e de acordo com a indicações do fabricante, proceder-se-á periodicamente às manutenções preventivas dos dispositivos.

Condições da proposta

Validade da proposta: 60 dias

Prazo para prestação: Imediato após adjudicação

Local de entrega: domicílio do doente

Condições de pagamento: 30 dias após emissão factura



Proposta Nº2 (Variante)

Oferta Económica

Terapias	Preço/dia/paciente
Oxigenoterapia (garrafa/concentrador)	2,60 €
Oxigenoterapia deambulação (Líquida)	6,00 €

Aos preços propostos acresce a taxa de IVA de 6%

Serviços incluídos

1- Instalação dos dispositivos médicos e respectivos acessórios para o tratamento

Entrega e instalação do sistema de oxigénio prescrito, e respectivos acessórios. Avaliação em domicílio de potenciais riscos para a instalação de Oxigénio – fontes de combustão e material inflamável.

2- Ensino ao doente e seus cuidadores

Compreende o ensino sobre o manuseamento dos dispositivos e acessórios, aspectos de segurança e de higiene. Compreende também reforço sobre o tratamento, a importância do mesmo e a necessidade de cumprimento face à prescrição do médico.

3- Atendimento ao doente 24 h/365 dias.

4- Assistência técnica e Manutenções Preventivas

Sempre se verifique uma avaria ou uma necessidade de substituição de acessórios, a equipa técnica desloca-se ao domicílio do doente para fazer uma avaliação e proceder à substituição.

Tendo em conta os diferentes sistemas de oxigenoterapia e de acordo com as indicações do fabricante, proceder-se-á periodicamente às manutenções preventivas dos dispositivos.

5- Programa de monitorização da adesão a tratamento

A aderência ao tratamento de Oxigénio é fundamental para garantir a eficácia da terapêutica, a redução de sintomas e prevenção de episódios de agudização com consequentes episódios de internamento. Sabemos que muitos doentes têm dificuldades em cumprir o número de horas de tratamento e o fluxo de oxigénio prescrito, levando a um agravamento clínico e gastos pelo SNS. Tendo em conta os possíveis motivos que levam o doente a não aderir ao tratamento, o programa de monitorização consiste na recolha periódica de informação relativa ao tratamento – horas de utilização e sintomas. Um pequeno equipamento é conectado à garrafa ou concentrador de oxigénio, gravando as horas de utilização e respectivo fluxo. A informação é recolhida e enviada ao prescritor e entidade pagadora, permitindo a intervenção clínica em caso de não adesão. Será disponibilizada mensalmente uma listagem com os doentes não cumpridores do tratamento, de forma actuar em conformidade. *Número de pacientes a incluir: todos*

6- Programa de prevenção de agudizações - Telemonitorização

Tendo em conta a gravidade clínica de cada doente, o programa de prevenção de agudizações permite a análise diária de variáveis clínicas (saturações médias; Capacidade vital) através de um sistema de telemonitorização instalado na casa do doente. O equipamento de telemonitorização permite gravar a saturação de oxigénio e capacidade vital do doente. Os dados são enviados cada 24 horas e analisados por uma equipa de clínicos da empresa, que em caso de anomalia, comunica com o médico responsável. Estes indicadores permitem avaliar o sucesso do tratamento prevenindo episódios de agudização (antes de um episódio de agudização, os valores de saturação começam a decrescer), permitindo uma intervenção atempada – visita e telefonema da equipa clínica.

O programa também consiste no ensino ao doente e seus cuidadores para o reconhecimento dos sintomas, que não sendo valorizados podem conduzir a agravamento e recorrida à urgência. Também contempla o ensino de pequenos exercícios de reabilitação respiratória que melhoram a condição respiratória. *Número de pacientes a incluir: 1500 no primeiro ano.*

7- Assistência a pacientes em Viagem

Sempre que o utente necessitar de se deslocar dentro do país, poderá activar o serviço de Assistência em Viagem, e usufruir do tratamento no domicílio de destino. A Assistência será dada em qualquer localidade.

Condições da proposta

Validade da proposta: 60 dias

Prazo para prestação: Imediato após adjudicação

Local de entrega: domicílio do doente

Condições de pagamento: 90 dias após emissão factura

**A CRIAÇÃO DE VALOR NO MERCADO DA SAÚDE ENQUANTO FATOR DIFERENCIADOR PARA A
NEGOCIAÇÃO DE PREÇOS E COMPETITIVIDADE EM CONTEXTO DE CRISE MUNDIAL**



Comparativo das propostas

	Serviço actual contratado	Proposta 1	Proposta 2 (Variante)
Preços			
Oxigenoterapia (garrafa/Concentrador)	€ 2,60	€ 2,21	€ 2,60
Oxigenoterapia deambulação (Líquido)	€ 6,00	€ 5,10	€ 6,00
Serviços			
	Instalação dispositivos médicos e acessórios no domicílio	Instalação dispositivos médicos e acessórios no domicílio	Instalação dispositivos médicos e acessórios no domicílio
	Atendimento ao doente 24 horas/365 dias	Atendimento ao doente 08:00H – 20:00 H	Atendimento ao doente 24 horas/365 dias
	Assistência Técnica e Manutenções Preventivas	Assistência Técnica e Manutenções Preventivas	Assistência Técnica e Manutenções Preventivas
	Assistência aos pacientes em viagem		Programa de monitorização da adesão ao tratamento
			Programa de prevenção de agudização - Telemonitorização
			Assistência aos pacientes em viagem
Condições proposta			
			Informação mensal de doentes não cumpridores
	Prazo: Imediato	Prazo: Imediato	Prazo: Imediato
	Local entrega: Domicílio doente	Local entrega: Domicílio doente	Local entrega: Domicílio doente
	Prazo pagamento: 90 dias	Prazo de pagamento: 30 dias	Prazo de pagamento: 90 dias

Crescimento previsto/ ano em nº doentes		3%	3%
Nº doentes sob tratamento	9.500	9.785	9.785
Oxigenoterapia (garrafa/Concentrador)	8.000	8.240	8.240
Oxigenoterapia portátil (Líquido)	1.500	1.545	1.545
Valor /ano	€ 10.877.000	€ 9.522.814	€ 11.203.310
Pacientes sob Programa de Monitorização e prevenção agudizações (1º ano)	0	0	1500
Nº dias de internamentos evitados nesses doentes (4 dias internamento/doente) **	0	0	6000
Preço médio/internamento 250€/dia ***			1.500.000 €
Valor Total/ano	€ 10.877.000	€ 9.522.814	€ 9.703.310

** média de 10 dias internamento para DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) – DGS

*** informação recolhida portal ACSS codificação GDH