

**Avaliação da Qualidade de Vida
Relacionada com a Saúde em
Cuidados Intensivos Pediátricos**

Francisco Cunha, Júlia Guimarães, Luís Almeida Santos

**Redução de Stocks de Medicamentos
– O papel da Farmácia Hospitalar**

Nuno Augusto

**O Impacto da Visão/Missão
na Estratégia de uma
Organização de Saúde**

Luís Monteiro, Ricardo Valente

**Dimensões de Análise
da Competitividade
Hospitalar em Portugal**

Vasco Eiriz, Natália Barbosa, José Figueiredo

Dimensões de Análise da Competitividade Hospitalar em Portugal

Vasco Eiriz, Natália Barbosa, José Figueiredo **Autores**

Resumo

Este artigo propõe um modelo conceptual de análise da competitividade hospitalar constituído por três dimensões. Partindo do conceito de competitividade hospitalar como a capacidade que um hospital tem em desenvolver um desempenho positivo, satisfatório e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva em relação aos restantes hospitais, sugere que cada hospital recorra à análise da sua organização, comportamento e desempenho para aferir o seu nível de competitividade. Para estas dimensões são sugeridas as seguintes subdimensões: personalidade jurídica, complexidade organizacional e capacidade para a dimensão organização; grupos de interesse, oferta de serviços e relações interorganizacionais para a dimensão comportamento; e tipos de indicadores, custos e *benchmarking* para a dimensão desempenho. O artigo procede ainda a um breve diagnóstico do sector hospitalar público português recorrendo de forma implícita a algumas das dimensões propostas e termina sugerindo pistas de investigação que permitam validar e enriquecer o modelo proposto.

Palavras-chave

Competitividade, Organização, Comportamento, Desempenho, Hospital.

Title

Dimensions for Analysis of Hospital Competitiveness in Portugal

Abstract

This article proposes a conceptual model to analyse the hospital competitiveness comprising three dimensions. Assuming competitiveness as the capacity an hospital has to develop a positive, satisfactory, and superior performance that leads it to a position of competitive advantage; it proposes that each hospital should analyse its organization, strategic behaviour and performance. For these dimensions it is suggested the following sub-dimensions: legal status, organizational complexity, and capacity for the organization dimension; stakeholders, services and interorganizational relationships for the strategic behaviour dimension; and type of indicators, costs, and benchmarking for the performance dimension. The article briefly describes the portuguese public hospital sector using implicitly some of the proposed dimensions and finishes suggesting research directions to validate and enrich the proposed model.

Key-Words

Competitiveness, Organization, Strategic Behaviour, Performance, Hospital.

INTRODUÇÃO

O sector da saúde está em crescimento e transformação. A despesa crescente em saúde e a necessidade de reestruturação têm sobretudo a ver com a forma como os prestadores de serviços de saúde

respondem a mudanças externas, entre outras, na procura, financiamento e tecnologia, e até que ponto as suas respostas requerem formas de organização inovadoras e estratégias distintas com vista a prestar serviços de saúde com maior eficácia e

eficiência, sem comprometer o seu desempenho.

As características do sector da saúde, com tantos e variados operadores – hospitais, profissionais de saúde, companhias de seguros, centros de saúde, clínicas, entre outros – reque-

rem análises cuidadosas de cada um dos seus subsectores. O subsector hospitalar constitui-se como um laboratório útil para comparar o comportamento e desempenho de entidades com diferentes formas de organização. Ao contrário

de outros sectores, nos países desenvolvidos as organizações lucrativas constituem uma minoria dos hospitais. Além disso, a maioria dos hospitais não está inserida em sistemas orientados para o mercado, razão pela qual a escolha da forma de organização pode ser ainda mais importante para o desempenho. No caso de Portugal, o sector é predominantemente constituído por hospitais públicos, mas com diferentes formas de organização. Apesar dos hospitais públicos portugueses não possuírem poder para estabelecer preços para os serviços de saúde, eles possuem margem de escolha em muitas outras decisões de gestão.

Este artigo sugere que se avalie a relação entre modelos de organização hospitalar, comportamento e desempenho dos hospitais portugueses. O seu principal objectivo é propor um modelo exploratório para compreender as três dimensões da competitividade hospitalar. O artigo começa por efectuar uma revisão de alguns

estudos sobre competitividade hospitalar (Ponto 1). De seguida propõe um modelo exploratório para analisar a competitividade dos hospitais portugueses (Ponto 2) e descreve as principais características dos hospitais públicos portugueses (Ponto 3). O artigo termina com algumas considerações finais sobre o interesse e implicações do modelo proposto e sugere trabalhos de investigação que permitam melhorar e testar empiricamente o modelo, tornando-o mais robusto e explicativo (Ponto 4).

1. ESTUDOS PRÉVIOS

No caso dos hospitais públicos, o desempenho é fortemente condicionado por múltiplos factores não-preço, incluindo factores associados ao seu modelo organizacional de gestão. Existem vários estudos sobre o papel que diferentes tipos de propriedade possuem sobre vários indicadores de desempenho. Por exemplo, Shen (2002) examinou o efeito do tipo de propriedade nos resultados de saúde dos pacientes, bem como

o efeito da mudança de propriedade no desempenho hospitalar (Shen, 2003), enquanto que Sloan *et al.* (2001) avaliou o efeito da propriedade hospitalar nos custos e qualidade dos cuidados de saúde.

Em contrapartida, são mais raros os estudos que se centram em formas de organização alternativas para hospitais com a mesma propriedade. Bazzolli *et al.* (1999) e Dubbs *et al.* (2004) definiram três dimensões de análise (diferenciação, integração e centralização) das organizações de saúde e propuseram uma taxonomia sobre sistemas e redes de saúde, tendo concluído haver implicações da taxonomia proposta para as iniciativas de melhoria da qualidade, redução de erros médicos e, entre outros aspectos, gestão do conhecimento no seio e entre diferentes organizações.

No contexto do sistema de saúde dos Estados Unidos da América, geralmente reconhecido como o país que levou mais longe a aplicação dos princípios de livre mercado ao sector da saúde, Porter e Teisberg (2004)

sugeriram que as reformas que o sistema sofreu ao longo dos anos passou por três fases distintas. Na primeira fase, o objectivo dos operadores era reduzir ou evitar os custos. Posteriormente, foi colocada a ênfase no aumento da escolha e na melhoria da qualidade. Finalmente, os autores advogaram a necessidade duma nova fase em que o sistema de saúde se deveria preocupar com a criação de valor, sugerindo, entre outras medidas, a eliminação das restrições à rivalidade e à escolha, tornar a informação acessível, fomentar a utilização de preços transparentes e a simplificação da facturação.

No âmbito das reestruturações hospitalares, Flint (2003) avaliou o efeito de um programa de "downsizing" nos hospitais públicos de Toronto e admite que o resultado se traduziu por um sistema hospitalar mais caro e menos eficaz, enquanto Vita e Sacher (2001) concluíram que a seguir a uma fusão de dois hospitais americanos pertencentes a um mercado composto por três hospitais se verificou um aumen-

Vasco Eiriz

veiriz@eeg.uminho.pt

Professor do Departamento de Gestão, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho, Doutorado em Management pela University of Manchester, Reino Unido. He is professor at the Department of Management, School of Economics and Management, University of Minho, Portugal. His Ph.D. is in Management from the University of Manchester, United Kingdom.

Natália Barbosa

natbar@eeg.uminho.pt

Professora do Departamento de Economia, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho, Doutorada em Economia pela University of Manchester, Reino Unido. She is professor at the Department of Economics, School of Economics and Management, University of Minho, Portugal. Her Ph.D. is in Economics from the University of Manchester, United Kingdom.

José Figueiredo

jose.figueiredo@esgs.pt

Assistente da Escola Superior de Gestão, do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal, Doutorando em Ciências Empresariais no Departamento de Gestão, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho, Portugal.

He is lecturer at the Instituto Politécnico de Santarém, Portugal. He is a Ph.D. student in management at the University of Minho, Portugal.

to significativo dos preços. Em Portugal, as pesquisas sobre a competitividade hospitalar são ainda mais escassas. Barros (2003) recorreu à distribuição das probabilidades de sobrevivência dos pacientes como indicador de desempenho, comparou um hospital de gestão privada com um hospital de gestão pública e concluiu que o hospital com gestão privada teve melhor desempenho. Noutro estudo mais recente da Direcção-Geral da Saúde (Giraldes et al., 2005: 65) sobre avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) com hospitais classificados como Entidades Públicas Empresariais (EPE) concluiu-se que, com "apenas algumas excepções, não são os hospitais EPE que são os mais eficientes". Relativamente à empresariação dos hospitais, uma outra Comissão do Ministério da Saúde apresentou uma análise com-

parativa entre hospitais do SPA e hospitais transformados em EPE para as dimensões acesso, qualidade, produção, custos e eficiência (Comissão para Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, 2006). Para cada uma destas dimensões foram utilizados diferentes indicadores com resultados diversos. Na nossa interpretação dos resultados alcançados não é possível afirmar que os hospitais de um dos modelos apresentam um desempenho global inequivocamente superior ao desempenho dos hospitais do outro modelo.

2. COMPETITIVIDADE HOSPITALAR

O enquadramento conceptual proposto para compreender a competitividade hospitalar inclui três dimensões de análise do sector hospitalar: organização, comportamento e desempenho. Trata-se de um modelo inspirado no debate clássico da literatura em estratégia sobre a

relação entre estratégia e estrutura (Chandler, 1962, Mintzberg, 1990, Amburgey e Dacin, 1994), mas que se distingue por incorporar o desempenho como uma dimensão de análise com existência própria. Propositadamente, na medida em que o modelo se assume como exploratório, a Figura 1 admite todo o tipo de relações de causalidade entre as dimensões propostas.

A competitividade hospitalar é um conceito que suscita vários equívocos e se confunde habitualmente com conceitos como, por exemplo, desempenho, concorrência e equilíbrio. Genericamente, pode afirmar-se que a competitividade hospitalar é a capacidade que um hospital tem em desenvolver um desempenho positivo, satisfatório e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva em relação aos restantes hospitais. Além do conceito de desempenho, surgem nesta definição de forma mais ou menos explícita, os conceitos de organização e comportamento.

O conceito de **organização** surge implicitamente na existência da entidade hospitalar. A organização refere-se aos diferentes modelos de organização que um hospital pode adoptar. Dependendo das opções em termos de organização, importa considerar a existência de diferentes tipos de hospitais.

Por **comportamento** hospitalar referimo-nos às opções estratégicas, decisões táticas e decisões operacionais tomadas por cada hospital, com vista a alcançar resultados de

desempenho que lhe conferam algum tipo de vantagem. Quando o comportamento tende a acentuar a rivalidade entre organizações, tende-se inadvertidamente a confundir os conceitos de competitividade e concorrência. A melhor forma de evitar este equívoco é considerar que as relações entre organizações podem ser categorizadas em diferentes tipos de concorrência (Araujo e Easton, 1992) que vão desde a rivalidade (um comportamento que popularmente se confunde com concorrência) a outros tipos de concorrência porventura menos conhecidos, mas que consideramos relevantes para compreender o comportamento hospitalar: conflito, coexistência, cooperação e conluio.

O **desempenho** de um hospital diz respeito às medidas de eficiência e eficácia de cada hospital, sendo que existem múltiplos indicadores e formas de medir o desempenho. A vantagem competitiva ocorre quando um hospital exibe de forma sustentada e duradoura indicadores de desempenho superiores a outros hospitais. Noutras situações, um hospital pode encontrar-se em desvantagem ou paridade competitiva. A paridade competitiva ocorre quando os resultados de desempenho dos diferentes hospitais são de tal forma idênticos que é legítimo dizer-se haver equilíbrio. Analisemos de forma mais detalhada e completa cada uma das dimensões propostas. Para cada uma das três dimensões, a Figura 2 identifica três subdimensões. A **personalidade jurídica**

Figura 1:
Competitividade hospitalar



dos hospitais portugueses é das dimensões que tem merecido maior atenção por parte dos decisores públicos portugueses. Tradicionalmente, todos os hospitais públicos estavam integrados no SPA, mas em 2002, 34 hospitais foram transformados em 31 Sociedades Anónimas de Capitais Públicos. Posteriormente, em 2005, a personalidade jurídica destes hospitais foi alterada para EPE. Além destes modelos, há a assinalar a criação de parcerias público-privado para a construção e gestão de novos hospitais e um "contact center" da saúde (Ribeiro, 2004).

A **complexidade organizacional** de um hospital refere-se à dispersão territorial, grau de diferenciação vertical e grau de diferenciação horizontal desse hospital (Lawrence e Lorsche, 1967, Freire, 1997). Assim sendo, um hospital será tanto mais complexo quanto maior for o número de unidades territoriais que possui. Por diferenciação vertical de um hospital referimo-nos ao seu número de níveis hierárquicos, enquanto na diferenciação horizontal está em causa o nível de especialização das funções. Desta forma, quanto maior o número de níveis hierárquicos de um hospital ou quanto maior a a especialização das suas funções, maior será a sua complexidade. À medida que uma organização cresce em dimensão, ela tende a aumentar o seu grau de diferenciação horizontal e vertical, processo que dificulta e acentua a necessidade de integração de funções e níveis hierárquicos. A **capacidade** instalada de

um hospital pode ser calculada através de diferentes indicadores. Entre os mais comuns destacam-se o número de camas, o número de médicos e o número de enfermeiros. A capacidade instalada pode também ser aferida por indicadores como, por exemplo, o equipamento disponível e seu potencial de produção e número de consultas ou número de cirurgias possível de realizar por ano. Além da capacidade instalada, importa considerar a capacidade utilizada, no fundo um indicador de maximização e eficiência na utilização dos recursos.

Os **grupos de interesse** são indivíduos ou grupos de indivíduos que possuem interesse na forma como uma organização desenvolve as suas actividades. Neste sentido, numa lógica comportamental que é natural em qualquer organização, cada grupo e/ou indivíduo exerce, directa ou indirectamente, influência sobre uma organização, procurando que no limite as opções dessa organização reflectam os seus interesses pessoais e/ou de grupo. Ao procurar gerir e conciliar diferentes interesses e expectativas e ao integrar essas características típicas do comportamento político na sua cultura organizacional, a organização vai gerando estratégias mais ou menos emergentes (Eiriz, 1996).

No caso do sistema de saúde, Eiriz e Figueiredo (2004) identificaram quatro grupos de interesse – proprietários (Estado ou outra entidade pública, entidades privadas); pessoal de saúde (médicos, enfermeiros, administra-

dores hospitalares, outro pessoal técnico e não-técnico); fornecedores (indústria farmacêutica, fornecedores de equipamento, outros fornecedores); e clientes/utentes (pacientes, familiares e amigos) – e propuseram uma abordagem genérica à avaliação da qualidade dos serviços de saúde que reflecta as expectativas e percepções de todos estes grupos. No enquadramento proposto foram identificados quatro itens de qualidade – desempenho financeiro, funcionalidade logística, orientação do serviço para o cliente e competência técnica e profissional do pessoal – que possuem uma relevância distinta consoante o grupo de interesse em questão.

Na **oferta de serviços** de saúde de um hospital importa analisar detalhadamente e compreender individualmente cada um dos serviços e a forma como eles se articulam entre si na carteira de serviços do

hospital. Tratando-se de serviços de saúde, deve atender-se que, pela natureza e processos envolvidos na sua prestação e no seu consumo, são serviços genericamente caracterizados por uma elevada complexidade, ambiguidade e heterogeneidade (Eiriz e Figueiredo, 2005). São complexos, porque envolvem um conhecimento técnico que não está ao alcance de qualquer consumidor. Neste sentido, são também ambíguos porque o ser humano enquanto objecto do serviço não é uma entidade facilmente compreensível na sua dimensão biológica e noutras dimensões do seu corpo, razão que torna mais ambígua a configuração da oferta e da procura dos serviços de saúde. Finalmente, são bastante heterogéneos, porque se repartem por inúmeras especialidades e tipos de serviços.

Em termos gerais, a oferta de um hospital pode ser muito di-

Figura 2:
Dimensões de análise da competitividade hospitalar



versificada (no limite, um hospital pode disponibilizar todos os tipos de serviços de saúde) ou especializada. É de crer que as ofertas diversificadas predominem nos hospitais gerais (mais nos hospitais centrais do que nos distritais), enquanto que os hospitais especializados, como a sua própria designação sugere, especializam-se num número restrito e complementar de serviços em torno duma especialidade ou conjunto de especialidades como, por exemplo, hospitais-maternidade ou hospitais de doenças mentais.

As **relações interorganizacionais** entre hospitais incluem diferentes formas de relacionamento. No limite, o aprofundamento destas relações entre diferentes unidades pode levar à integração dessas unidades num único hospital. Na medida em que não é possível nem desejável todos os hospitais possuírem uma oferta completa e universal dos serviços de saúde para todo o território, então é legítimo que a rede hospitalar procure instituir a complementaridade de serviços e territórios entre diferentes hospitais, havendo aqui um incentivo à cooperação hospitalar. Além das relações interorganizacionais entre hospitais, é importante ponderar o papel das relações entre hospitais e outras organizações. Entre essas organizações destacamos o papel de outros prestadores de serviços de saúde, nomeadamente a rede de cuidados de saúde primários constituída pelos centros de saúde ou a rede de prestadores de servi-

ços de saúde continuados. De facto, cada vez mais é reconhecido que o desempenho de um hospital depende, por exemplo, da complementaridade na prestação de serviços conseguida com os centros de saúde instalados no território da sua cobertura. É por isso legítimo considerar a formação de pequenas colectividades de prestadores de serviços de saúde, eventualmente formada em torno de um hospital, que actuam cooperativamente e de forma articulada numa lógica de complementaridade de serviços e optimização na afectação e utilização de recursos.

Além dos centros de saúde, podem também identificar-se outras entidades com as quais os hospitais estabelecem relações tanto de natureza comercial como relações baseadas noutros tipos de vínculos. A título exemplificativo, destacamos fornecedores de medicamentos, fornecedores de equipamento médico, fornecedores de serviços diversos de apoio ao hospital (por exemplo, segurança, limpeza, lavandaria, refeições), instituições de ensino superior, autarquias e associações não-governamentais. A tendência crescente dos hospitais externalizarem funções de apoio ou funções consideradas não críticas através da privatização de alguns dos seus serviços e/ou da sua subcontratação, tende, aliás, a acentuar a importância das relações estabelecidas entre os hospitais e estes fornecedores. No seio destas redes interorganizacionais, cada hospital construirá e ocupará uma deter-

minada posição. Neste âmbito, devemos distinguir entre micro-posição e macro-posição (Mattsson, 1985, Mattsson e Johansson, 1992). A micro-posição é a posição que um hospital ocupa no seio duma rede composta por entidades com as quais mantém uma relação directa. A macro-posição é a posição que o hospital ocupa no seio da rede composta por todas as entidades consideradas no sistema de saúde. A estratégia e futuro do hospital dependerá largamente da forma como a sua micro e macro-posição sejam geridas.

O desempenho de uma organização pode ser avaliada através de vários **tipos de indicadores**. Dependendo da natureza dos dados empregues, estes indicadores podem ser quantitativos ou qualitativos. Podem ainda ser classificados como objectivos ou subjectivos e recorrer ao uso de medidas em termos absolutos ou em termos relativos.

Ao contrário dos indicadores qualitativos, os indicadores quantitativos têm uma tradução numérica. Por exemplo, a satisfação de um consumidor pode ser avaliada qualitativamente com base numa narrativa de uma experiência de consumo ou através duma escala em que ele quantifica a sua satisfação.

Um indicador subjectivo resulta da percepção existente por parte dos gestores ou outros indivíduos relativamente ao desempenho, enquanto que um indicador objectivo, ainda que possa ser sujeito a diferentes interpretações, se baseia numa medida inequívoca. Por exemplo, a dimensão dum hospital

pode ser medida subjectivamente por um gestor como sendo grande, média ou pequena, ou pode ser medida objectivamente, por exemplo, através do número de camas.

Ao contrário das medidas de desempenho absolutas, as medidas de desempenho relativas implicam comparação entre organizações. Por exemplo, o número de internamentos de um hospital é uma medida absoluta, enquanto a percentagem de internamentos desse hospital em relação ao total de internamentos do conjunto dos hospitais é uma medida relativa.

Os **custos** de um hospital incluem várias rubricas, sendo de destacar os custos com recursos humanos, custos com aquisição de materiais de consumo clínico (medicamentos e outros produtos) e aquisição de serviços externos (água, electricidade, telefone e contratação de serviços diversos). Também os investimentos em equipamento médico e outros imobilizados geram amortizações que podem ter uma maior ou menor importância na estrutura de custos de um hospital.

O **benchmarking** consiste num processo de comparação sistemática de indicadores e fontes de desempenho. Existem quatro diferentes tipos de comparações que podem ser feitas (Tomlinson, 1998): comparações internas, comparações com rivais, comparações funcionais e comparações genéricas. As comparações internas podem ser efectuadas entre diferentes unidades da mesma organização ou através de análise

da evolução do desempenho ao longo do tempo. As comparações no tempo envolvem a análise histórica do desempenho de um hospital, procurando identificar os indicadores que melhoraram e pioraram com o tempo e as causas dessa evolução favorável ou desfavorável.

A comparação com rivais envolve o confronto com outras organizações que desenvolvem a mesma actividade. Nesta situação, está em causa a comparação entre diferentes hospitais. No que diz respeito à comparação com a média do sector é possível compreender os aspectos em que, em média, o hospital possui desempenhos superiores e inferiores à prática do sector. No caso da comparação com os líderes, é possível identificar os aspectos que distinguem os hospitais que sustentadamente possuem os melhores indicadores de desempenho e as causas dessa liderança.

No caso das comparações funcionais, o objecto de análise são as funções exercidas, podendo existir funções similares em diferentes organizações. Por exemplo, uma clínica e um hospital possuem algumas funções e actividades idênticas que merecem ser comparadas.

Finalmente, no caso das comparações genéricas é possível efectuar a comparação entre processos de organizações e funções distintas, mas que envolvam algum tipo de aprendizagem na melhoria dos processos. Por exemplo, se um hospital pretender criar canais de acesso diferenciados que envolvam diferentes formas

de contacto entre clientes e o hospital, poderá fazer sentido analisar as práticas instituídas com o mesmo fim por parte de alguns bancos, importar e adaptar as práticas que melhorarem o desempenho hospitalar.

Partindo deste enquadramento, a secção seguinte recorre a dados secundários, explora e descreve genericamente algumas das características do sector hospitalar público português.

3. HOSPITAIS PÚBLICOS EM PORTUGAL

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2005), no Continente existiam, no final de 2004, 92 hospitais, classificados da seguinte forma: 35 hospitais centrais (14 dos quais gerais e 21 especializados) e 57 hospitais distritais (dos quais 36 gerais e 21 de nível I). A capacidade instalada destes 92 hospitais era de 25.832 camas. Em média, cada hospital possuía aproximadamente 281 camas, sendo, contudo, de assinalar uma amplitude entre aproximadamente 50 e 1.500 camas. No total, estes hospitais empregavam 16.121 médicos, 29.304 enfermeiros e 45.739 profissionais diversos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), do total da capacidade instalada no sistema de saúde português aferida pelo número de camas, aproximadamente 74% pertencem à rede pública, outros 3% são também camas públicas mas afectos a fins específicos (nomeadamente, estabelecimentos militares, paramilitares e prisionais) e 23% são pertença de estabelecimentos privados. De entre

as camas privadas, 79% pertencem ao sector privado sem fins lucrativos e 21% ao sector privado com fins lucrativos. Em resumo, do número total de camas, só aproximadamente 4,8% pertencem ao sector privado com fins lucrativos, enquanto as restantes estão integradas em redes públicas (77%) e privadas não lucrativas (18,2%).

Os serviços de saúde prestados pelos hospitais podem ser categorizados da seguinte forma (Direcção-Geral da Saúde, 2005): internamento, consultas externas, urgências, intervenções cirúrgicas, partos realizados e hospital de dia. No caso dos internamentos, estes podem ser subdivididos em internamento por especialidades cirúrgicas e internamento por especialidades médicas, classificação também aplicável às consultas externas. Para cada serviço são, naturalmente, muito variados os indicadores da oferta realizada e respectivos desempenhos. Por exemplo, em termos de internamento é possível saber que a sua duração média foi, em 2004, de 7,8 dias, ainda que nos hospitais centrais especializados a duração média (12,1 dias) tenha sido muito superior à dos hospitais distritais gerais (6,8 dias). Noutra exemplo, assinala-se que a capacidade instalada em termos do número de salas para consultas externas era de 3.364 e o número de salas para intervenções cirúrgicas era de 508 (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

As urgências podem ser classificadas em função do destino dos doentes observados, sendo de assinalar os seguintes destinos:

internamento no próprio hospital, transferência para outro hospital, enviados para o domicílio e outros/ignorados. Do total das 6,21 milhões de urgências realizadas em 2004, 5,45 milhões (87,8%) tiveram o domicílio como destino, 0,55 milhões (8,9%) foram internados no próprio hospital, 0,19 milhões (3,1%) foram transferidos para outros hospitais e os restantes 0,2% tiveram outros destinos.

As intervenções cirúrgicas realizadas podem ser classificadas, por exemplo, em função do critério do seu planeamento em intervenções programadas ou intervenções de urgência. Das 504.543 intervenções realizadas em 2004, 395.345 (78,4%) foram programadas e as restantes 109.198 (31,6%) foram realizadas de urgência. Em 2004, realizaram-se 92.238 partos nas 152 salas existentes para o efeito nos hospitais públicos, indicando um número médio de partos/ano por sala de 606,8 e um número médio de 252,7 partos por dia. Relativamente ao hospital de dia, a Direcção-Geral da Saúde recorre à seguinte classificação: hemodiálise, quimioterapia, psicoterapia e outros.

Dependendo do indicador utilizado (número de camas, médicos, enfermeiros, consultas), a capacidade instalada das 31 EPE representam entre 45 e 51% do total da capacidade dos 92 hospitais da rede pública. Em termos geográficos, estas 31 entidades repartem-se do seguinte modo: Lisboa e Vale do Tejo (11), Norte (11), Centro (7), Alentejo (1) e Algarve (1). Em termos de organização da rede hospitalar des-

tas 31 entidades, há a assinalar os seguintes casos que se distinguem por integrarem unidades geograficamente dispersas no seio da mesma entidade: Centro Hospitalar de Lisboa (Hospital de São José, Hospital dos Capuchos e Hospital do Desterro), Centro Hospitalar do Médio Tejo (Abrantes, Tomar e Torres Novas), Grupo Hospitalar do Alto Minho (Viana do Castelo e Ponte de Lima), Centro Hospitalar de Vila Real e Peso da Régua, Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã e Fundão), Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja e Serpa) e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Recentemente, o Governo decidiu transformar os Hospitais de Santa Maria (Lisboa) e de São João (Porto) em EPE e integrar as seguintes unidades hospitalares dispersas geograficamente: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospital de Santa Cruz, Hospital de Egas Moniz e Hospital de São Francisco Xavier), Centro Hospitalar de Setúbal (Hospital de São Bernardo e Hospital Ortopédico de Santiago do Cacém) e Centro Hospitalar do Nordeste (Hospital Distrital de Bragança, Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros e Hospital Distrital de Mirandela).

Em termos de complexidade, importa considerar a classificação dos hospitais como centrais e distritais. Os hospitais centrais podem ser gerais ou especializados e os hospitais distritais podem ser gerais ou de nível I. Nesta classificação são utilizados critérios diversos, incluindo a hierarquização

e número de valências (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Relativamente à empresariação dos hospitais, há indícios na política governamental de que a experiência de criação de EPE será progressivamente aplicada a outros hospitais do SPA.

No diagnóstico do sector hospitalar, Ribeiro (2004) assinala os seguintes principais problemas:

- i) reduzido nível de serviço (por exemplo, tempos de espera e qualidade de atendimento);
- ii) desmotivação dos profissionais;
- iii) dificuldades de acessibilidade (por exemplo, listas de espera, inexistência de canais alternativos de acesso);
- iv) falta de eficiência na gestão (por exemplo, espiral de custos; inexistência de planeamento).

Procurando imprimir uma maior dinâmica, ganhos de eficiência e qualidade e acesso aos serviços de saúde, nos últimos anos têm sido levadas a cabo iniciativas diversas entre as quais salientamos a publicação de *rankings* de hospitais, publicitação das suas contas e a necessidade de cada hospital desenvolver planos de actividades ou iniciativas diversas de melhoria da qualidade dos serviços, incluindo normalização e acreditação internacional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo propõe um modelo de análise da competitividade hospitalar. É um modelo que procura compreender, em primeiro lugar, a competitividade ao nível organizacional, tendo identificado a organização,

comportamento e desempenho como dimensões de análise da competitividade de cada hospital. Propositadamente, o modelo considera de forma exploratória uma relação biunívoca entre estas dimensões, assumindo, portanto, que é possível encontrar diferentes relações de causa-efeito entre as três dimensões.

O modelo parece-nos particularmente interessante para aplicação ao sector hospitalar público português, sendo de interesse para gestores hospitalares e decisores públicos. Apesar de estarmos perante organizações do sector público, de entre os 92 hospitais que compõem o sector, 31 dos maiores hospitais (aproximadamente 45% da capacidade instalada do sector) adoptaram um modelo organizacional que, sem alterar a propriedade pública desses hospitais, torna a sua gestão mais flexível e próxima de modelos de gestão privada.

Apesar de não existir evidência empírica que sustente de forma inequívoca que o modelo de empresariação aplicado aos hospitais produz melhores resultados de desempenho, há uma crença generalizada entre os gestores e decisores públicos de que esta mudança gera benefícios. Tanto assim é que no âmbito das políticas públicas para o sector se pondera a conversão de outros hospitais em EPE. Em todo o caso, não está suficientemente estudado o impacto daquela mudança no desempenho hospitalar. São ainda insuficientes os estudos que analisam de que modo outras

formas de empresariação dos hospitais portugueses (por exemplo, a criação de parcerias público-privado) tem gerado ou poderá induzir melhorias de desempenho nos hospitais.

Por outro lado, a aplicação de novos modelos de organização, pela flexibilidade de gestão introduzida, tem contribuído para alargar o leque de opções estratégicas que cada hospital pode seguir. Por isso mesmo, cada hospital tem que elaborar um plano de negócios que contemple e justifique as suas opções de futuro. Ou seja, não obstante a coordenação da rede hospitalar por parte do Ministério da Saúde poder gerar comportamentos miméticos na estratégia hospitalar, é de crer que as mudanças implementadas, desde logo por implicarem níveis acrescidos de rivalidade inter-hospitalar, gerem comportamentos que se traduzam em opções estratégicas mais diversas das que existiam anteriormente. Estão, contudo, ainda por estudar as mudanças comportamentais e da estratégia dos hospitais e qual a importância destas mudanças para a sua própria organização e desempenho.

Neste sentido, a competitividade dos hospitais públicos portugueses, qualquer que sejam os seus modelos de organização, comportamento estratégico e desempenho, merece ser analisada recorrendo às nove subdimensões propostas neste artigo. O modelo de análise proposto fornece um enquadramento original para analisar os factores de competitividade hospitalar, per-

mite comparar formas de organização inovadoras com as formas de organização clássicas, ajuda a compreender o comportamento de cada hospital e facilita a avaliação do desempenho hospitalar.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- AMBURGEY, T. L. and DACIN, T. (1994). «As the Left Foot Follows the Right? The Dynamics of Strategic and Structural Changes». *Academy of Management Journal*, vol. 37, n.º 6 (December), pp. 1427-1452.
- ARAUJO, L. and EASTON, G. (1992). «Non-economic Exchange in Industrial Networks». In B. Axelsson e G. Easton (eds.), *Industrial Networks: A New View of Reality*. London: Routledge, pp. 62-88.
- BARROS, P. PITA (2003). «Random Output and Hospital Performance». *Health Care Management Science*, vol. 6, pp. 219-227.
- BAZZOLI, G. J., SHORTELL, S. M., DUBBS, N., CHAN, C. and KRALOVEC, P. (1999). «A Taxonomy of Health Networks and Systems: Bringing Order Out of Chaos». *Health Services Research*, vol. 33, n.º 6, pp. 1683-1717.
- CHANDLER, A. D. (1962). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise*. Cambridge: MIT Press, MA.
- COMISSÃO PARA AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS SOCIEDADE ANÓNIMA (2006). *Resultado da Avaliação dos Hospitais SA: Síntese dos Resultados*. (26 de Janeiro).
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003). *Elementos Estatísticos: Informação Geral Saúde 2000*. (Junho). Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005). *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2004*. (Novembro). Lisboa.
- DUBBS, N. L., BAZZOLI, G. J., SHORTELL, S. M. and KRALOVEC, P. (2004). «Re-examining Organizational Configurations: An Update, Validation, and Expansion of the Taxonomy of Health Networks and Systems». *Health Services Research*, vol. 39, n.º 1, pp. 207-220.
- EIRIZ, V. (1996). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos - Uma Perspectiva Cultural e Política*. Série Documentos de Trabalho DT n.º 8/96 - GAP, Centro de Estudos em Economia e Gestão, Universidade do Minho, Braga.
- EIRIZ, V. e FIGUEIREDO, J. (2005). «Quality Evaluation in Healthcare Services Based on the Customer-provider Relationship». *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 18, n.º 6, pp. 404-412.
- EIRIZ, V. e FIGUEIREDO, J. (2004). «Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde». *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, vol. 3, n.º 4 (Outubro-Dezembro), pp. 20-28.
- FLINT, D. H. (2003). «Downsizing in the Public Sector: Metro-Toronto's Hospitals». *Journal of Health Organization and Management*, vol. 17, n.º 6, pp. 438-456.
- FREIRE, A. (1997). *Estratégia Sucesso em Portugal*. Lisboa: Verbo.
- GIRALDES, M. R., OLIVEIRA, L., CARVALHO, P. M. e MARTINS, T. A. (2005). *Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais EPE e SPA*. Grupo de Trabalho sobre Indicadores de Monitorização de Hospitais, Hospitais SA e Centros de Saúde Numa Perspectiva de Melhoria de Gestão. Direcção-Geral da Saúde. (Setembro).
- LAWRENCE, P. R. and LORSCHE, J. W. (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston: Harvard University Press, MA.
- MATSSON, L.-G. and JOHANSSON, J. (1992). «Network positions and strategic action: an analytical framework». In B. Axelsson e G. Easton (eds.), *Industrial Networks: A New View of Reality*. London: Routledge, pp. 205-217.
- MATSSON, L.-G. (1985). «An Application of a Network Approach to Marketing: Defending and Changing Market Positions». In N. Dholakia and J. Arndt (eds.), *Changing the Course of Marketing: Alternative Paradigms for Widening Marketing Theory*. Greenwich, CT: JAI Press, pp. 263-288.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010*. (Fevereiro). Lisboa.
- MINTZBERG, H. (1990). «The Design School: Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management». *Strategic Management Journal*, vol. 11, n.º 3 (Mar/Apr), pp. 171-195.
- PORTER, M. E. and TEISBERG, E. O. (2004). «Redefining Competition in Health Care». *Harvard Business Review*, Junho, pp. 65-76.
- RIBEIRO, J. M. (2004). *Hospitais SA: Balança do Primeiro Ano de Empresarialização*. Comunicação proferida pelo Encarregado de Missão dos Hospitais SA do Ministério da Saúde, II Curso de Gestão para Clínicos da Escola Nacional de Saúde Pública. (28 de Maio).
- SHEN, Y.-C. (2002). «The Effect of Hospital Ownership Choice on Patient Outcomes after Treatment for Acute Myocardial Infarctions». *Journal of Health Economics*, vol. 21, n.º 5, pp. 901-922.
- SHEN, Y.-C. (2003). «Changes in Hospital Performance After Ownership Conversions». *Inquiry*, vol. 40 (Fall), pp. 217-234.
- SLOAN, F. A., PICONE, G. A., TAYLOR, D. H. and CHOU, S.-Y. (2001). «Hospital Ownership and Cost and Quality of Care: Is There a Dime's Worth of Difference?». *Journal of Health Economics*, vol. 20, n.º 1, pp. 1-21.
- TOMLINSON, G. (1998). «Comparative Analysis: Benchmarking». In V. Ambrosini, G. Johnson e K. Schles (eds.), *Exploring Techniques of Analysis and Evaluation in Strategic Management*. Hemel Hempstead: Prentice-Hall Europe, pp. 62-78.
- VITA, M. G. and SACHER, S. (2001). «The Competitive Effects of a Not-for-profit Hospital Merger: A Case Study». *Journal of Industrial Economics*, vol. 49, n.º 1, pp. 63-84.