

# Como Analisar a Competitividade Hospitalar em Portugal

## Vasco Eiriz

Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão. E-mail: [veiriz@eeg.uminho.pt](mailto:veiriz@eeg.uminho.pt).

## Natália Barbosa

Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão. E-mail: [natbar@eeg.uminho.pt](mailto:natbar@eeg.uminho.pt).

## José Figueiredo

Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Gestão. E-mail: [jose.figueiredo@esgs.pt](mailto:jose.figueiredo@esgs.pt).

## 1 Introdução

O sector hospitalar constitui-se como um laboratório útil para comparar o comportamento e desempenho de entidades com diferentes formas de organização. A maioria dos hospitais não está inserida em sistemas orientados para o mercado e não tem fins lucrativos, razão pela qual a escolha da forma de organização pode ser ainda mais importante para melhorar o desempenho. Em Portugal, o sector é sobretudo constituído por hospitais públicos, mas com diferentes formas de organização.

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 a competitividade hospitalar. O artigo começa por efectuar uma revisão de alguns estudos sobre competitividade hospitalar (secção 2). De seguida propõe um modelo exploratório para analisar a competitividade dos hospitais portugueses (secção 3) e descreve as principais características dos hospitais públicos portugueses (secção 4). O artigo termina com algumas considerações finais sobre o interesse e implicações do modelo proposto (secção 5).

## 2 Estudos prévios

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) avaliaram o efeito da propriedade hospitalar nos custos e qualidade dos cuidados de saúde.

Bazzolli *et al.* (1999) e Dubbs *et al.* (2004) definiram três dimensões de análise das organizações de saúde (diferenciação, integração e centralização) 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, gestão do conhecimento no seio e entre diferentes organizações.

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 após uma fusão de dois hospitais americanos pertencentes a um mercado composto por três hospitais se verificou um aumento significativo dos preços.

Em Portugal, 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. Num estudo recente de 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 exceções, não são os hospitais EPE que são os mais eficientes". A Comissão para Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima (2006) apresentou uma análise comparativa entre hospitais do SPA e EPE para as dimensões acesso, qualidade, produção, custos e eficiência. Na nossa interpretação dos resultados alcançados, não é possível afirmar que modelo de organização apresenta um desempenho global superior.

### **3 Competitividade hospitalar**

Compreender a competitividade hospitalar inclui três dimensões de análise do sector hospitalar: organização, comportamento, e desempenho. Trata-se de um modelo inspirado na 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.

**Competitividade hospitalar** é a capacidade que um hospital tem em desenvolver um desempenho positivo e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva em relação aos restantes hospitais. 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. Por **comportamento** hospitalar referimo-nos às opções estratégicas e decisões táticas e operacionais tomadas por cada hospital, com vista a alcançar um desempenho superior. 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. Para cada uma das três dimensões, a Figura 1 identifica três sub-dimensões.

**Figura 1: Dimensões de análise da competitividade hospitalar**



*Fonte: Elaborado pelos autores*

A **personalidade jurídica** dos hospitais portugueses tem merecido a maior atenção por parte dos decisores públicos. Os hospitais públicos estavam integrados no SPA, mas em 2002, 34 hospitais foram transformados em 31 Sociedades Anónimas de Capitais Públicos. Em 2005, a personalidade jurídica destes hospitais foi alterada para EPE. A **complexidade organizacional** de um hospital refere-se a variáveis como a dispersão territorial, aferida pelo número de unidades territoriais que possui. A **capacidade** instalada de um hospital pode ser calculada através de diferentes indicadores, como sejam: o número de camas, número de médicos, e número de enfermeiros. Além da capacidade instalada, importa considerar a capacidade utilizada.

Os **grupos de interesse** são indivíduos ou grupos de indivíduos que possuem interesse na forma como uma organização desenvolve as suas actividades. Cada grupo e/ou indivíduo exerce, directa ou indirectamente, influência sobre uma organização. 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, pessoal de saúde, fornecedores, e clientes/utentes – e propuseram uma abordagem genérica à avaliação da qualidade dos serviços de saúde que reflecta as expectativas e percepções de todos estes grupos. Na **oferta de serviços** de saúde de um hospital importa analisar 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 são serviços caracterizados por uma elevada complexidade, ambiguidade, e heterogeneidade (Eiriz e Figueiredo, 2005). A oferta de um hospital pode ser muito diversificada (por exemplo, pode disponibilizar todos os tipos de serviços de saúde) ou especializada (por exemplo, hospitais-maternidade). As **relações interorganizacionais** entre hospitais incluem diferentes formas de relacionamento. No limite, essas relações podem levar à integração e fusão de hospitais. É importante também ponderar o papel das relações entre hospitais e outras organizações. Entre essas organizações destacamos: a rede de cuidados de saúde primários e a rede de serviços de saúde continuados. O desempenho de um hospital poderá depender da complementaridade na prestação de serviços com estes prestadores. Outras entidades estabelecem relações com os hospitais, como sejam os fornecedores de medicamentos ou de equipamento médico. Os hospitais tendem, também, a externalizar funções consideradas não críticas, através da sua subcontratação.

O desempenho de uma organização pode ser avaliada através de vários **tipos de indicadores**. Estes indicadores podem ser quantitativos ou qualitativos, ou ainda classificados como objectivos ou subjectivos e recorrer ao uso de medidas em termos absolutos ou em termos relativos. Os **custos** de um hospital incluem várias rubricas, como sejam: os custos com recursos humanos, a aquisição de materiais de consumo clínico, a aquisição de serviços externos, e, entre outros, as amortizações dos investimentos em equipamento médico e outro imobilizado. 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): internas; comparações com rivais; comparações funcionais; e comparações genéricas.

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

#### **4 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 e 57 hospitais distritais. A capacidade instalada destes 92 hospitais era de 25832 camas. No total, estes hospitais empregavam 16121 médicos, 29304 enfermeiros e 45739 profissionais diversos.

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 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).

As urgências podem ser classificadas em função do destino dos doentes observados: 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, 87,8% tiveram o domicílio como destino, 8,9% foram internados no próprio hospital e 3,1% foram transferidos para outros hospitais.

As intervenções cirúrgicas realizadas podem ser classificadas, por exemplo, em função do critério do seu planeamento em intervenções programadas ou intervenções de urgência. Das 504543 intervenções realizadas em 2004, 78,4% foram programadas e as restantes 31,6% foram realizadas de urgência. Relativamente ao serviço classificado como hospital de dia, a Direcção-Geral de Saúde recorre à seguinte classificação: hemodiálise; quimioterapia; psicoterapia; e outros.

Dependendo do indicador utilizado (número de camas, médicos, consultas), a capacidade instalada das 31 EPE representa entre 45 e 51% do total da capacidade da rede pública. Destas 31 EPE, há a assinalar que cerca de uma dezena delas se distinguem por integrarem unidades dispersas geograficamente.

Em termos de complexidade, os hospitais centrais podem ser gerais ou especializados e os hospitais distritais podem ser gerais ou de nível I. Relativamente à empresarialização 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; ii) desmotivação dos profissionais; iii) dificuldades de acessibilidade; e iv) falta de eficiência na gestão. 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 e a publicitação das suas contas.

## **5 Considerações finais**

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

como dimensões de competitividade: a organização, o comportamento e o desempenho). Este modelo considera que é possível encontrar diferentes relações de causa-efeito entre as três dimensões.

O modelo parece-nos interessante para aplicação ao sector hospitalar público português. Do universo público, 31 dos maiores hospitais adoptaram um modelo organizacional que, sem alterar a sua propriedade pública, torna a sua gestão mais próxima de modelos de gestão privada, o que tem contribuído para alargar o leque de opções estratégicas que cada hospital pode seguir.

Apesar de não existir evidência empírica que sustente de forma inequívoca que o modelo de empresarialização aplicado aos hospitais produz melhores resultados de desempenho, os gestores e decisores públicos acreditam que esta mudança gera benefícios.

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 sub-dimensões propostas neste artigo. O modelo de análise proposto fornece um enquadramento original para analisar os factores de competitividade hospitalar, permite comparar formas de organização inovadoras com as formas de organização clássicas, e facilita a avaliação do desempenho hospitalar.

## **Referências**

- Amburgey, Terry L.; Dacin, Tina (1994), "As the Left Foot Follows the Right? The Dynamics of Strategic and Structural Change", Academy of Management Journal, Vol. 37, N.º 6 (December), pp. 1427-1452.
- Barros, Pedro Pita (2003) "Random Output and Hospital Performance", Health Care Management Science, Vol. 6, pp. 219-227.
- Bazzoli, Gloria J.; Shortell, Stephen M.; Dubbs, Nicole; Chan, Cheeling; Kralovec, Peter (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, Alfred D. (1962). Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise, MIT Press, Cambridge, 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 (2005), Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2004 (Novembro), Lisboa.
- Dubbs, Nicole L.; Bazzoli, Gloria J.; Shortell, Stephen M.; Kralovec, Peter (2004), "Reexamining 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, Vasco (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, Vasco; Figueiredo, José (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, Vasco; Figueiredo, José António (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, Douglas 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.
- Giraldes, Maria do Rosário; Oliveira, Luís; Carvalho, Paula Mateus; Martins, Teresa Amaral (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).
- Mintzberg, Henry (1990), "The Design School: Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management", Strategic Management Journal, Vol. 11, N.º 3 (Mar/Apr), pp. 171-195.
- Ribeiro, José Mendes (2004), Hospitais SA: Balanço 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, Yu-Chu (2002), "The Effect of Hospital Ownership Choice on Patient Outcomes after Treatment for Acute Myocardial Infarction", Journal of Health Economics, Vol. 21, N.º 5, pp. 901-922.
- Shen, Yu-Chu (2003), "Changes in Hospital Performance After Ownership Conversions", Inquiry, Vol. 40 (Fall), pp. 217-234.
- Sloan, Frank A.; Picone, Gabriel A.; Taylor, Donald H.; Chou, Shin-Yi (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, Geoff (1998), Comparative Analysis: Benchmarking", In: Véronique Ambrosini, Gerry Johnson, e Kevan Schles (eds), Exploring Techniques of Analysis and Evaluation in Strategic Management, Prentice-Hall Europe, Hemel Hempstead, pp. 62-78.
- Vita, Michael G.; Sacher, Seth (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.