

**ANÁLISE DA PERFORMANCE DO SERVIÇO
NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL
CONTINENTAL**

Maria Teresa de Almeida Monteiro Felício

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor José Azevedo Rodrigues, Professor Associado Convidado do ISCTE
Business School, Departamento de Contabilidade

Lisboa, 30 Setembro 2016

**ANÁLISE DA PERFORMANCE DO SERVIÇO
NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL
CONTINENTAL**

Maria Teresa de Almeida Monteiro Felício

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor José Azevedo Rodrigues, Professor Associado Convidado do ISCTE
Business School, Departamento de Contabilidade

Lisboa, 30 Setembro 2016

Resumo

A necessidade de avaliação de performance tem-se vindo a estender ao setor da saúde, apesar da sensibilidade que lhe é inerente, tanto por razões de natureza política, como económica, para controlo de custos, como para ocorrer um fenómeno de *empowerment* dos cidadãos relativamente à sua saúde. Para colmatar esta necessidade é necessário existir um conjunto de indicadores mensuráveis e de confiança, que permita avaliar, comparar e melhorar a performance das instituições.

O estudo tem como principais objetivos a análise da performance global do SNS de Portugal continental, através da análise dos 3 principais tipos de instituições que o constituem (hospitais, ULS e ARS) e a construção de um instrumento de avaliação, o Balanced Scorecard, que tenha em conta as especificidades das instituições em questão.

O alvo do estudo é toda a população, ou seja, todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde diretos à população, em Portugal continental, e que pertençam ao SNS. Os anos em estudo são 2013 e 2014. Os dados foram recolhidos nos relatórios anuais das várias instituições.

Os resultados mostram que há uma grande incoerência de dados no setor da saúde, não permitindo uma análise adequada da performance das suas instituições.

Palavras-chave: performance, balanced scorecard, SNS, custos

Classificações do JEL Classification System: P16 (Political Economy), I15 (Health and Economic Development)

Abstract

The need for performance evaluation has been extended to the health sector, despite the sensibility that is inherent, both for political reasons, as for economic reasons, to cost control, as to health empowerment of the citizens. To overcome this need is necessary a set of measurable and reliable indicators, in order to access, compare and improve the institutions' performance.

This study has as main objectives the analysis of the overall performance of Portugal's mainland NHS. The 3 main types of institutions belonging to NHS were analyzed and the construction of an assessment tool, the Balanced Scorecard, was made, taking into account the institutions' specificities.

The study target is the entire population, that means, all the national direct health care providers, on the mainland, and also belonging to the NHS. The years under study are 2013 and 2014. The data was collected using the annual institution's reports.

The results show that there is great data inconsistencies in the health sector, not allowing a proper performance analysis, both of the institutions as a unit as per the entire NHS.

Key-words: performance, balanced scorecard, NHS, costs

JEL Classification System: P16 (Political Economy), I15 (Health and Economic Development)

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Azevedo Rodrigues pela orientação neste projeto, pela partilha de ideias que me permitiram crescer ao longo do percurso e pelas palavras de calma e incentivo em momentos de stress.

À minha família pela educação que me deram, pelas horas de qualidade cedidas para este projeto e por me terem apoiado e ajudado ao longo deste e de outros percursos de vida.

Aos amigos que estão presentes, sempre dispostos a ajudar e a apoiar e que foram melhorando todos os momentos, principalmente os mais difíceis.

Um agradecimento especial ao Ricardo Marino, pelas pequenas e valiosas dicas e pela disponibilidade para ajudar.

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA..... | 3 |
| 2.1. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS..... | 3 |
| 2.1.1. <i>História</i> | 3 |
| 2.1.2. <i>Caracterização</i> | 5 |
| 2.1.3. <i>Organização</i> | 6 |
| 2.1.4. <i>Financiamento</i> | 9 |
| 2.1.5. <i>Os Gastos em Saúde na OCDE, UE e Portugal</i> | 13 |
| 2.2. PERFORMANCE | 16 |
| 2.2.1. <i>Medidas de Avaliação da Performance em Saúde</i> | 20 |
| 2.3. DEFINIÇÃO DO MODELO | 22 |
| 2.3.1. <i>Modelo</i> | 22 |
| 2.3.2. <i>Os Indicadores do Modelo</i> | 24 |
| 2.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE | 36 |
| 2.4.1. <i>Instrumentos de Avaliação Existentes</i> | 36 |
| 2.4.2. <i>Balanced Scorecard</i> | 38 |
| 3. METODOLOGIA..... | 50 |
| 3.1. OBJETIVO | 50 |
| 3.2. UNIVERSO | 50 |
| 3.3. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS | 50 |
| 3.3.1. <i>Balanced Scorecard Hospitais</i> | 51 |
| 3.3.2. <i>Balanced Scorecard Unidades Locais de Saúde</i> | 52 |
| 3.3.3. <i>Balanced Scorecard Cuidados de Saúde Primários</i> | 53 |
| 4. ANÁLISE DOS RESULTADOS | 55 |
| 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO..... | 55 |
| 4.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO | 57 |
| 5. CONCLUSÕES, CONTRIBUIÇÕES, LIMITAÇÕES E TRABALHOS FUTUROS | 68 |
| 5.1. CONCLUSÕES..... | 68 |
| 5.2. CONTRIBUIÇÕES | 70 |
| 5.3. LIMITAÇÕES AO ESTUDO..... | 70 |
| 5.4. TRABALHOS FUTUROS | 72 |
| 6. BIBLIOGRAFIA..... | 73 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Balanced Scorecard para os Hospitais..... | 51 |
| Tabela 2: Balanced Scorecard para as Unidades Locais de Saúde..... | 52 |
| Tabela 3: Balanced Scorecard para os Cuidados de Saúde Primários..... | 53 |
| Tabela 4: Distribuição da população portuguesa pelo território português..... | 55 |
| Tabela 5: Distribuição da população portuguesa pelos escalões etários, em %..... | 55 |
| Tabela 6: Perspetiva do Cliente..... | 61 |
| Tabela 7: Perspetiva dos Processos Internos..... | 64 |
| Tabela 8: Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento..... | 66 |
| Tabela 9: Perspetiva Financeira..... | 67 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1: O sistema de saúde..... | 5 |
| Figura 2: “Os fluxos financeiros no sistema de saúde”..... | 10 |
| Figura 3: Subsistemas de Saúde..... | 12 |
| Figura 4: Gastos com a saúde como percentagem do PIB, em 2012, dos países da UE 28..... | 14 |
| Figura 5: Evolução dos gastos com a saúde como percentagem do PIB, 2000-2012.. | 14 |
| Figura 6: Despesa corrente em saúde por agente financiador, (2000-2012)..... | 15 |
| Figura 7: Despesa corrente em saúde por prestadores de cuidados de saúde (2000- 2012)..... | 16 |
| Figura 8: Modelo de avaliação da performance do SNS..... | 23 |
| Figura 9: <i>Translating Vision and Strategy: Four Perspectives</i> | 44 |
| Figura 10: Exemplo de um mapa estratégico..... | 44 |
| Figura 11: Ordenação das perspetivas..... | 46 |
| Figura 12: Distribuição das instituições por tipo e localização..... | 56 |

Índice de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde I. P.
ADSE – Assistência na Doenças aos Servidores Civis do Estado
ADMA – Assistência à Doença dos Militares da Força Aérea
ADME – Assistência à Doença os Militares do Exército
ARS – Administração Regional de Saúde
BO – Bloco Operatório
BSC – Balanced Scorecard
CRP – Constituição da República Portuguesa
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DGO – Direção Geral do Orçamento
DGS – Direção Geral de Saúde
EBITDA – Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EPE – Entidade Pública Empresarial
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
ETC – Equivalente em Tempo Completo
EUA – Estados Unidos da América
GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INE – Instituto Nacional de Estatística
IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MGF – Medicina Geral e Familiar
MS – Ministério da Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Orçamento do Estado
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PME – Pequenas e Médias Empresas

PPP – Parceria Público Privada
RC – Relatório e Contas
RH – Recursos Humanos
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RO – Resultado Operacional
ROA – Return on Assets
SA – Sociedade Anónima
SAD/PSP – Serviços de Assistência à Doença da PSP
SAD/GNR – Serviços de Assistência à Doença à GNR
SAMS – Serviços de Assistência Médico Social
SLS – Sistema Local de Saúde
SPA – Setor Pública Administrativo
SEE – Setor Empresarial do Estado
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias
SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SSMJ – Serviços do Ministério da Justiça
SU – Serviço de Urgência
TC – Tribunal de Contas
TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE – União Europeia
ULS – Unidade Local de Saúde
UP – Úlcera de Pressão
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

1. Introdução

Atualmente, é cada vez mais uma constante, a necessidade de se introduzirem mecanismos de avaliação mais profundos nos processos de tomada de decisão nas administrações públicas, pois vive-se um momento de grande pressão, exercida pelas sociedades modernas, para a redução da despesa pública. “Aliás a avaliação dos serviços da Administração Pública constitui uma exigência decorrente da responsabilização pela utilização de fundos estatais destinados a responder a necessidades públicas” (Simões, 2004; citado por Castro, 2011).

Em particular, para o setor da saúde, tem-se vindo a observar um intenso debate sobre temas relacionados com a gestão hospitalar, emergindo a qualidade dos cuidados prestados, a eficiência da sua prestação e o financiamento das organizações de saúde como temas de relevância crescente para a atualidade (Donabedian, 1985, Costa, 1990 e Butler, 1995, citados por Costa & Lopes, 2014). Estas questões decorrem do conhecimento e discussão sobre dois temas centrais, a definição e medição da produção hospitalar e a avaliação do seu desempenho.

Alves (2012) refere que a saúde constitui tanto uma questão política, visto ser um direito fundamental, como uma questão económico-financeira, pois é um encargo para a sociedade, que a quer viável e não como um prejuízo para a competitividade. No entanto, tem-se verificado uma dimensão considerável de desperdício em diversos sistemas de saúde, do qual Portugal não poderia ser uma exceção. Desta forma justifica-se uma atualização constante, através de uma reconfiguração da rede e da racionalização dos processos, que assegure que os serviços dispõem da qualificação e dos recursos necessários para que se garantam resultados de excelência.

No Relatório Measuring Up da OCDE (2002), esta instituição refere que, com uma estrutura de informação, medidas e mecanismos melhorados, o uso da informação sobre a performance em saúde vai assegurar que os serviços de saúde reflitam as melhores políticas e práticas. Ou seja, é necessário investir na melhoria da gestão de cada instituição e seus respetivos serviços, a qual permita uma melhoria da qualidade a par de uma redução na quantidade de recursos consumidos, ou pelo menos de uma reorganização da sua composição, tornando-a mais adequada (Alves, 2012). No final, o que se pretende é potenciar os benefícios para a sociedade, com uma maior e melhor produção, associada a uma redução dos respetivos custos.

Desta forma, o presente trabalho pretende contribuir para a literatura no âmbito da avaliação da performance das instituições de saúde. Assim, os objetivos centrais do estudo são:

- Analisar a performance global do SNS de Portugal continental, analisando a performance dos 3 principais tipos de instituições que o constituem, os hospitais, as ULS e as ARS, as quais agrupam os dados dos ACES;
- Construir um instrumento de avaliação da performance do SNS, que tenha em consideração as especificidades das instituições enunciadas.

Simultaneamente foram definidos os objetivos específicos, de acordo com a estrutura do Balanced Scorecard, permitindo uma análise detalhada das várias dimensões consideradas para a avaliação da performance das instituições de saúde, de acordo com as quatro perspetivas do BSC. Os objetivos específicos são:

- Avaliar a satisfação dos utentes com as instituições;
- Avaliar a qualidade dos cuidados prestados;
- Avaliar a pressão do mercado sobre os médicos;
- Avaliar a eficiência da produção;
- Avaliar a efetividade dos cuidados prestados;
- Avaliar a eficiência na utilização dos recursos;
- Avaliar o acesso aos cuidados de saúde;
- Avaliar a produtividade dos médicos e pessoal não médico dos hospitais;
- Avaliar a produtividade dos médicos e enfermeiros dos CSP;
- Avaliar a performance dos recursos humanos;
- Avaliar a satisfação dos recursos humanos;
- Avaliar a performance financeira.

O presente trabalho está organizado em 5 capítulos. Após o primeiro capítulo da introdução sucede-se o capítulo de enquadramento teórico à temática em estudo, que engloba a revisão da literatura existente. No capítulo três será apresentada a metodologia utilizada na realização do estudo, a qual engloba a definição da amostra em estudo, dos métodos de recolha e análise dos dados e do instrumento construído e utilizado para a realização deste estudo. No quarto capítulo será feita a apresentação dos resultados e respetiva discussão. O quinto e último capítulo resume as principais conclusões e contribuições do estudo, as limitações encontradas e serão apresentadas sugestões para estudos futuros.

2. Revisão da Literatura

2.1. O Serviço Nacional de Saúde Português

2.1.1. História

De acordo com Baganha et al. (2002), antes do 25 de Abril de 1974 a saúde em Portugal dispersava-se por várias unidades prestadoras de cuidados que se sobrepunham. Nomeadamente, as misericórdias, as quais geriam grande parte das instituições hospitalares, os Serviços Médico-Sociais que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência, os Serviços de Saúde Pública, responsáveis pela proteção da saúde, os hospitais estatais situados principalmente nos grandes centros urbanos e os serviços privados, que eram utilizados pelos estratos socioeconómicos mais elevados. Ou seja, até ao início da década de 70 o Estado não assumia qualquer responsabilidade de fornecer serviços de saúde à população (Barros et al., 2011). Foi na década de 70 que começou a existir o objetivo de diminuir as barreiras ao acesso aos cuidados médicos, tanto em termos de financiamento como de acesso físico.

Com a Revolução em 1974, a política de saúde sofreu uma mudança, iniciando-se um processo de reorganização dos Serviços Médico-Sociais, e, em 1976, foi consagrado, na CRP, o princípio do direito do cidadão à saúde, com a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (Paulo, 2010). Segundo o mesmo autor (2010: 4), foi em 1979 que “se reuniram todas as condições necessárias à criação do SNS, onde o Estado seria responsável por atestar que todos os cidadãos teriam iguais direitos no que concerne à proteção e acesso a cuidados de saúde gratuitos e universais, independentemente do seu estatuto económico e social, sendo este sistema financiado por impostos, usufruindo de autonomia financeira e administrativa. Estes cuidados de saúde incluem cuidados de saúde integrados, vigilância da saúde, diagnóstico e tratamento de doentes, prevenção de doenças e reabilitação médica e social.”

De acordo com (Paulo, 2010), desde a criação do SNS até aos dias de hoje, têm ocorrido diversas reformas no sistema de saúde, nomeadamente, após 1990, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde, passando a proteção da saúde a ser perspetivada “não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de

cuidados” (DGS, 2015) e a Lei Orgânica do Ministério da Saúde que incorpora o estatuto do SNS. Foi definido o regime dos SLS, os quais formam um conjunto de recursos articulados baseados na complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, “que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos” (DGS, 2015). Com a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro foi aprovado o novo regime de gestão hospitalar que introduziu alterações profundas na Lei de Bases da Saúde, nomeadamente “acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial” (DGS, 2015).

Após 2002, a estratégia governativa passou por “reformatar profundamente o SNS de forma a passar para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistem entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientada para as necessidades dos utentes, constituindo-se como um sistema articulado de redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados” (OPSS, 2003: 17). Assim sendo, em 2003 foi criada a rede de cuidados de saúde primários que “para além de garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença” (DGS, 2015).

Atualmente, de acordo com Barros et al. (2011), o sistema de cuidados de saúde em Portugal consiste numa rede de fornecedores de cuidados, públicos e privados, cada qual ligado ao MS e aos utentes à sua maneira, conforme se pode ver pela Figura 1.

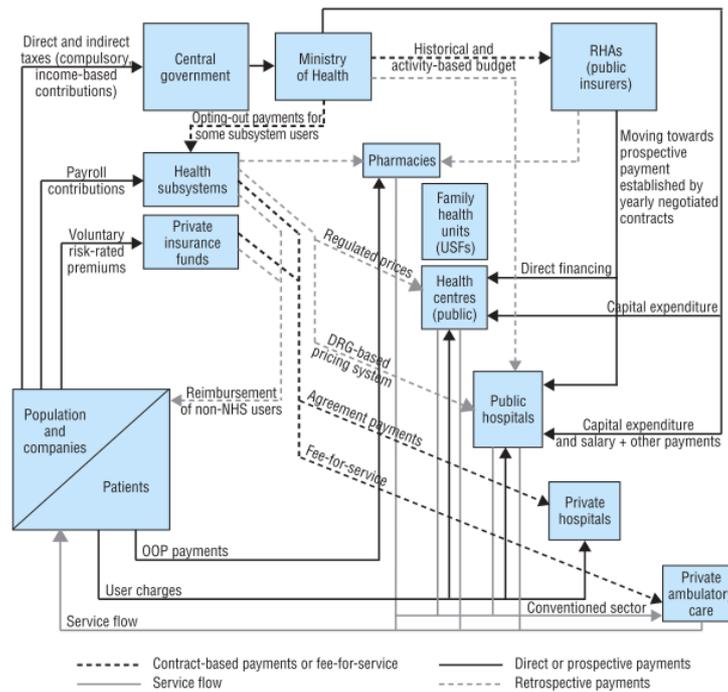


Figura 1: O Sistema de Saúde (Barros et al., 2011: 16)

2.1.2. Caracterização

Atualmente, o sistema de saúde Português é caracterizado por 3 sistemas contíguos: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os seguros públicos e privados especiais para certos profissionais (subsistemas de saúde) que cobrem cerca de um quarto da população e os seguros de saúde privados voluntários que se estima que cubram 10 a 20% da população (Barros et al., 2011).

De acordo com o Estatuto do SNS, este define-se como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde. O SNS tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva” (Decreto Lei no 11/93 de 15 Janeiro do Ministério da Saúde, 1993: 130). “A Constituição da República Portuguesa impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial” (ERS, 2011: 11).

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, estabelece na sua Base XXIV as seguintes características do SNS:

- “Ser universal quanto à população abrangida;
- Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada” (Lei no 48/90 de 24 de Agosto do Ministério da Saúde, 1990: 3456).

Na perspectiva de financiamento e de prestação de cuidados do SNS, este é universal, logo “o direito à proteção da saúde é atribuído a “todos” (expressão do n.º1 do artigo 64º da CRP), e geral, porquanto o Estado deverá “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (ERS, 2011: 11). De acordo com a CRP citada pelo mesmo autor (2011), numa perspectiva de financiamento, os cuidados de saúde no SNS tendem a ser gratuitos para os utentes, no entanto, a cobrança de determinados valores é admissível desde que estes tenham apenas uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde.

Dito de outra forma, os cidadãos têm o direito a obter todo o tipo de cuidados de saúde, devendo para isso ser garantida “uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” – cfr. alínea b) do n.º 3 do artigo 64º da CRP” (ERS, 2011: 11).

Segundo a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007: 78), citando a Lei de Bases da Saúde, “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”. Ou seja, “são beneficiários todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias nos termos das normas comunitárias aplicáveis, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (em condições de reciprocidade), e os cidadãos apátridas residentes em Portugal”.

2.1.3. Organização

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, base XXVI o SNS é tutelado pelo Ministério da Saúde, ou seja, o planeamento e a regulação dos sistemas de saúde têm lugar a nível central no MS e suas instituições (Barros et al., 2011).

A gestão do SNS ocorre a nível regional sendo esta da responsabilidade do conselho de administração da respetiva ARS, perante o Ministério da Saúde. Há 5 regiões de saúde, cada uma com a sua ARS, a qual tem como funções: a gestão estratégica da saúde da população, supervisão e controlo dos hospitais, gestão dos cuidados de saúde primários/dos centros de saúde do SNS e a implementação dos objectivos das políticas nacionais de saúde. Além destas funções, são também responsáveis pela contratação de serviços com os hospitais e com os fornecedores de cuidados de saúde privados para os utentes do SNS. Apesar de, teoricamente, as ARS terem responsabilidades financeiras, estas estão limitadas aos cuidados de saúde primários visto que os orçamentos hospitalares são definidos e alocados a nível central (Barros et al., 2011). De acordo com o Estatuto do SNS (Decreto Lei no 11/93 de 15 Janeiro do Ministério da Saúde, 1993), as regiões de saúde são: Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora e Algarve, com sede em Faro.

Os cuidados de saúde são prestados aos utentes do SNS através da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, a qual está abrangida no nº 4 da Base XII da Lei de Base da Saúde. Assim sendo, o SNS abrange os seus estabelecimentos, enquanto “conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde” (artigo 1.º do Estatuto do SNS), mas, em complementaridade, também inclui os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos (com o SNS) (ERS, 2011). O tipo de cuidados abrangidos pelo SNS são então distinguidos em cuidados de saúde primários, secundários (ou diferenciados) e continuados (que inclui os paliativos).

Cuidados de Saúde Primários:

“Os Cuidados de Saúde Primários são unanimemente considerados como uma das pedras basilares dos sistemas de saúde. Pelo facto de este tipo de cuidados se traduzir num contacto de primeira linha entre o cidadão e o sistema de saúde, por representar um processo contínuo ao longo da vida e não um ato episódico, à semelhança de outros tipos de cuidados, por estar claramente associado às atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, os Cuidados de Saúde Primários, praticados em grande medida pelos Centros de Saúde, não poderão deixar de ser encarados como o ativo do sistema de saúde que mais poderá contribuir para o bem-estar económico e social” (Grande, 2000; citado por Afonso, 2010: 59).

Os CSP estão organizados em ACES, os quais têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Estes podem ser constituídos por um ou mais Centros de Saúde e podem compreender diversas unidades funcionais, nomeadamente: 1) Unidade de Saúde Familiar (USF); 2) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); 3) Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); 4) Unidade de Saúde Pública (USP); e 5) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (ERS, 2011).

Cuidados de Saúde Secundários:

Este tipo de cuidados integram os serviços de saúde que visam assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados, sendo dotados de capacidade de internamento, de intervenções cirúrgicas, de ambulatório (consultas externas de especialidade e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população de determinada área geográfica, a assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (Ministério da Saúde, 2011; citado por Castro, 2011).

Os cuidados de saúde secundários são constituídos por 3 tipos de instituição:

1) os Hospitais que podem ser diferenciados de diversas formas: i) pela sua natureza jurídica, os quais podem ser de quatro tipos distintos: a) os hospitais integrados no SPA, como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; b) os hospitais EPE, como estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (a esmagadora maioria atualmente); c) os hospitais SA, como sociedade anónimas de capitais exclusivamente públicos (atualmente não existe nenhum); e d) os hospitais em regime de PPP, como estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com os quais sejam celebrados contratos; ii) pela sua área de influência: central, são aqueles que estão mais bem equipados e disponibilizam todas as valências, tendo uma área de influência inter-regional ou nacional; e distrital, os quais têm usualmente menor número de valências que os anteriores e uma área de influência regional; iii) quanto à hierarquização de valências ou nível de intervenção (por níveis, de I a IV); ou iv) quanto ao número de especialidades ou valências (geral ou especializado) (ERS, 2011; Ministério da Saúde, 2011; citado por Castro, 2011).

2) os Centros Hospitalares, são uma forma de articulação entre diversas unidades de saúde hospitalares que apresentam características complementares; e

3) as ULS que são um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários e diferenciados (hospitalares) (ERS, 2011).

Cuidados Continuados Integrados:

São os cuidados assegurados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a funcionar no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Este tipo de cuidados, de acordo com a ERS (2011: 14) citando a alínea a) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, compreendem “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A RNCCI é constituída através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias e integra: 1) Unidades de internamento que são constituídas por: a) Unidades de Convalescença; b) Unidades de média duração e reabilitação; c) Unidades de longa duração e manutenção; e d) Unidades de cuidados paliativos; 2) Unidades de ambulatório que são constituídas pela Unidade de dia e de promoção de autonomia; 3) Equipas hospitalares, que incluem as equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos; e 4) Equipas domiciliárias que compreendem as equipas de cuidados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ERS, 2011).

2.1.4. Financiamento

Segundo a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007, 16), “o financiamento da saúde consiste na organização das fontes de captação de fundos junto da sociedade para fazer face às despesas com cuidados de saúde. A presença de entidades que asseguram proteção contra a imprevisibilidade do montante e momento da necessidade destes cuidados leva a que a captação de fundos possa ser realizada de diferentes formas”. De um modo muito simples, os fluxos financeiros num sistema de saúde circulam entre três tipos de entidade: a população, a(s) entidade(s) financiadora(s) e os prestadores de cuidados de saúde, conforme se descreve na Figura 2.

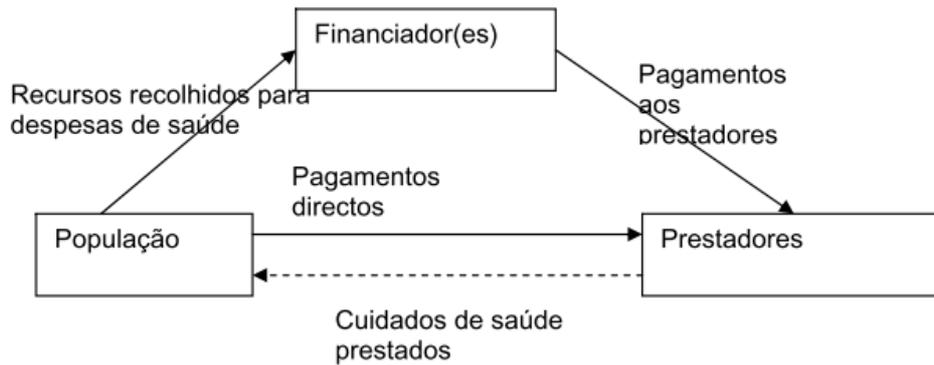


Figura 2: “Os fluxos financeiros no sistema de saúde” (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007: 16)

O financiamento do SNS é misto, conforme apresenta Baganha et al. (2002), ou seja, existem diferentes modelos de pagamento, designadamente: 1) Modelo baseado no SNS financiado através do OE. Neste caso, a contribuição para os impostos é feita por dois mecanismos, através do rendimento dos indivíduos e das empresas e através da despesa (imposto sobre o consumo, como o IVA). Estas contribuições são obrigatórias e não são feitas de forma específica para a saúde, no entanto, esta é a principal fonte de fundos do SNS (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007); 2) Modelo baseado no seguro social financiado por fundos de saúde de matriz profissional. As contribuições são realizadas de acordo com o rendimento e a sua gestão é assegurada por fundos próprios; 3) Modelo baseado no seguro voluntário financiado individualmente. As contribuições são calculadas de acordo com o risco (individual ou de grupo); e 4) Modelo baseado em pagamentos directos, os quais “compreendem todo o financiamento que é efetuado no ato do consumo, ou seja, que está diretamente relacionado com a utilização de cuidados” (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007: 15).

De acordo com a base XXXIII da Lei de Bases da Saúde (Lei no 48/90 de 24 de Agosto do Ministério da Saúde, 1990), “o SNS é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos atos, técnicas e serviços de saúde”. Segundo Barros et al. (2011), habitualmente este orçamento é brando, pois os gastos reais com a saúde, regra geral, excedem os limites do

orçamento por uma larga margem, requerendo que sejam aprovados orçamentos suplementares.

O mesmo autor refere que para além das transferências diretas do orçamento do Estado, o SNS origina as suas próprias receitas, a maioria gerada pelos hospitais. Estas incluem os pagamentos recebidos de utentes por serviços especiais como quartos privados, pagamentos de beneficiários de subsistemas de saúde e de seguradoras privadas, pagamentos recebidos pelo aluguer de instalações e equipamentos, renda de investimentos, donativos, multas e as taxas moderadoras. No total, estes pagamentos suplementares correspondem aproximadamente a 13,4% do orçamento total para os hospitais públicos (Barros et al., 2011).

Relativamente aos pagamentos diretos, no sistema de saúde português estes estão presentes sob diversas formas, sendo que o aspeto comum é o facto do desembolso ser efetuado no momento do consumo. De acordo com Barros et al. (2011), o uso da partilha de custos tem vindo a aumentar nos cuidados de saúde como forma de tornar os consumidores mais *cost aware* (mais conscientes dos custos). Assim sendo, este tipo de pagamentos estão presentes sob as seguintes formas:

1) “os pagamentos a prestadores privados por prestação de atos médicos, de enfermagem e paramédicos (por exemplo, consultas médicas num consultório, cuidados de enfermagem ou atos de fisioterapia);

2) os pagamentos efetuados na compra de aparelhos e material terapêutico;

3) as taxas moderadoras no âmbito do SNS;

4) os pagamentos efetuados na compra de medicamentos, quer sejam de venda livre ou compartilhados parcialmente por uma entidade financiadora, normalmente o SNS” (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007: 98).

As taxas moderadoras são definidas como o montante fixo cobrado por um serviço, estando presentes em muitos dos serviços de cuidados de saúde públicos. Estas taxas existem para as consultas (tanto nos cuidados de saúde primários como nos serviços de ambulatório hospitalar), nas urgências, nas visitas domiciliárias, nos exames complementares de diagnóstico e nos procedimentos terapêuticos. Os valores cobrados tipicamente são baixos comparados com o custo do serviço. O objetivo da partilha de custos é conter e regular a procura pelos serviços públicos (o argumento standard para controlo do risco moral). Isto é visível, por exemplo, no baixo valor pago pelos utentes se estes escolherem recorrer aos cuidados de saúde primários em

vez de recorrerem às urgências do hospital. Esta partilha de custos está acompanhada por mecanismos desenhados para proteger os grupos vulneráveis da população. As exceções ao pagamento das taxas moderadoras são generosas e incluem as grávidas, as crianças com idades inferiores a 12 anos, pensionistas com rendimentos baixos, pessoas responsáveis por jovens deficientes e a população com desvantagens sociais e económicas (Barros et al., 2011).

Para além das formas de financiamento referidas, em Portugal, também se podem identificar outros agentes presentes no financiamento, os subsistemas:

- subsistemas públicos de saúde: as contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são obrigatórias dentro do grupo profissional abrangido. Destes fazem parte a ADSE, os SSMJ, a ADMA, a ADME, os SAD/PSP e os SAD/GNR;

- subsistemas privados de saúde: as contribuições são realizadas de acordo com o nível de rendimento e são obrigatórias para os trabalhadores da empresa (ou grupos de empresas). Os maiores subsistemas privados de saúde são os da Portugal Telecom, dos CTT e dos SAMS, mas existem muitos outros pequenos subsistemas (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

| | Subsistemas públicos | Subsistemas privados | Seguros voluntários |
|---|---|---|---|
| Acesso | Base ocupacional (protecção social dentro do sector público) | Base ocupacional | Base individual (ou de grupo, via empresa privada) |
| Financiamento | Contribuição individual compulsória baseada no rendimento Financiamento directo e indirecto do Estado (transferências OE e benefícios fiscais) | Contribuição individual compulsória baseada no rendimento Financiamento da empresa Financiamento directo do Estado (transferências <i>opting-out</i>) e indirecto (benefícios fiscais) | Contribuição individual voluntária baseada no risco Financiamento indirecto do Estado (benefícios fiscais) |
| Exemplo de entidades | ADSE | PT, CTT, SAMS | Multicare, Medis |
| População com cobertura residente no Continente (4º INS) | Subsistemas cobrem 18% população portuguesa; ADSE cobre 10% da população portuguesa | | Seguros de saúde cobrem 9% da população portuguesa |

Figura 3: Subsistemas de Saúde (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007: 83)

“Os subsistemas funcionam como um sistema de saúde em que uma fração considerável da população beneficia de mecanismos de protecção em situação de

necessidade de cuidados médicos para além do SNS. O maior desses sistemas adicionais de proteção é a ADSE, que cobre os funcionários públicos” (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007: 82). De acordo com o mesmo autor (2007:82), “a existência de subsistemas públicos que coexistem com o SNS e que são financiados pelo SNS ou por outras componentes do Orçamento de Estado constituiu, desde o início, um factor de iniquidade dentro do sistema de saúde português, dado que introduziu elementos de dupla cobertura, acesso privilegiado a serviços de saúde para alguns segmentos da população, e financiamento público diferenciado de várias fontes para esses grupos de população (por exemplo, transferências para a ADSE via Ministério das Finanças)”.

O acesso aos subsistemas está limitado aos membros de determinadas profissões e às suas famílias (Barros et al., 2011). O mesmo autor, mais à frente, também refere que estes são normalmente financiados através das contribuições do empregador e dos trabalhadores, sendo a maior porção paga pelo primeiro. A maioria dos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde, tal como o que cobre os funcionários públicos (ADSE), contribuem com 1,5% do seu salário (bruto). Contudo, estas contribuições representam a menor fatia do financiamento dos subsistemas públicos de saúde, pelo que o Governo, através do OE, contribui quase com 90% do total dos fundos. Os subsistemas privados também recebem contribuições obrigatórias de uma forma que se aproxima às práticas dos subsistemas públicos de saúde. Contudo, nos subsistemas privados, as contribuições variam. As tendências recentes sugerem que os subsistemas privados se estão a tornar mais parecidos com os seguros de saúde privados. Geralmente, os benefícios recebidos sob a cobertura dos subsistemas excedem aqueles proporcionados pelo SNS. As contribuições do empregador e do empregado são frequentemente insuficientes para cobrir os custos totais dos cuidados e, conseqüentemente, uma proporção significativa dos custos é deslocada para o SNS.

2.1.5. Os Gastos em Saúde na OCDE, UE e Portugal

“Em todos os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico tem-se assistido a um aumento constante das despesas em saúde. Existem diversas razões que levam a este aumento, destacando-se, do lado da procura, o envelhecimento da população, o alargamento do acesso e da cobertura dos diferentes seguros e o crescimento do rendimento. Do lado da oferta, pode destacar-se o

aumento da complexidade tecnológica das ferramentas de diagnóstico e tratamento disponíveis, assim como o aumento da formação do pessoal hospitalar” (Castro, 2011: 5). De acordo com o mesmo autor, em Portugal, o aumento dos gastos com a saúde tem sido superior à média da OCDE e da UE, tendo atingido o valor de 10% do PIB, em 2004. Como se pode ver pela Figura 4, em 2012, Portugal continuava entre os 10 países da UE 28 com maiores gastos com a saúde como % do PIB, com 9,5%, estando acima da média da UE 28, 8,7%. Em 2014 situava-se em cerca de 9% do PIB, segundo dados do INE. Os gastos com a saúde per capita em Portugal, segundo dados da OCDE, em 2012, situavam-se em 1845€ per capita (a média da UE 28 é superior, com 2193€ per capita) (OCDE, 2014).

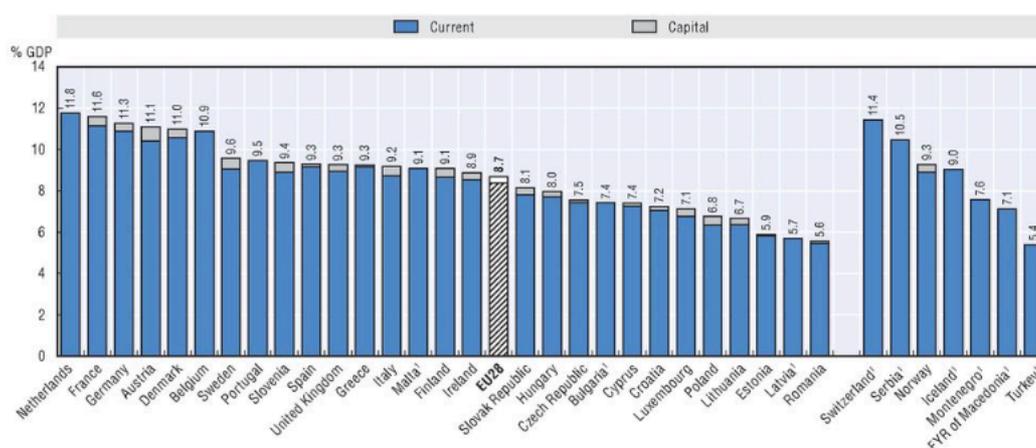


Figura 4: Gastos com a saúde como percentagem do PIB, em 2012, dos países da UE 28 (OCDE, 2014: 123)

Apesar dos gastos ainda se encontrarem acima da média da UE 28, podemos verificar na Figura 5, que os gastos com a saúde como % do PIB têm vindo a diminuir, tendo tido o seu pico máximo em 2010, 10,2%.

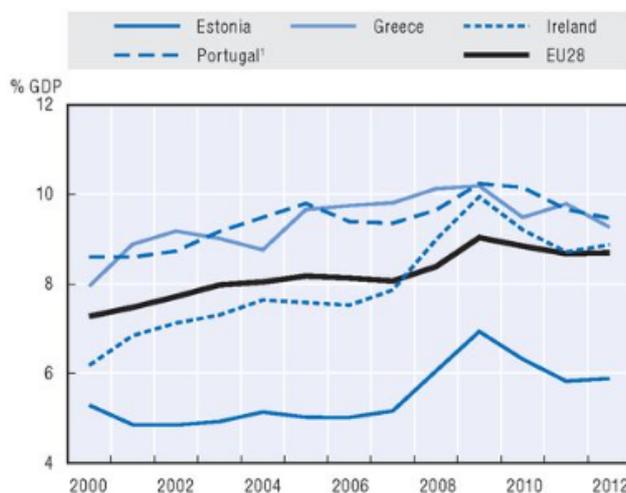


Figura 5: Evolução dos gastos com a saúde como percentagem do PIB, 2000-2012 (OCDE, 2014)

A despesa corrente em saúde é analisada, na Fig. 6, sob duas perspetivas: a perspetiva dos agentes financiadores e por prestadores de cuidados de saúde. Para a primeira perspetiva, a despesa reparte-se em despesa pública e despesa privada. A despesa pública é constituída pelas Administrações Públicas, ou seja, o SNS, os subsistemas públicos e os fundos de segurança social. A componente privada da despesa corresponde aos seguros privados, às famílias, as instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias e outras sociedades. Assim sendo, conforme se verifica na Figura 6, pertenceu ao SNS a responsabilidade pelo financiamento de 56,5% da despesa corrente em 2012, seguindo-se a despesa privada das famílias com 28,8% (ACSS, 2014).

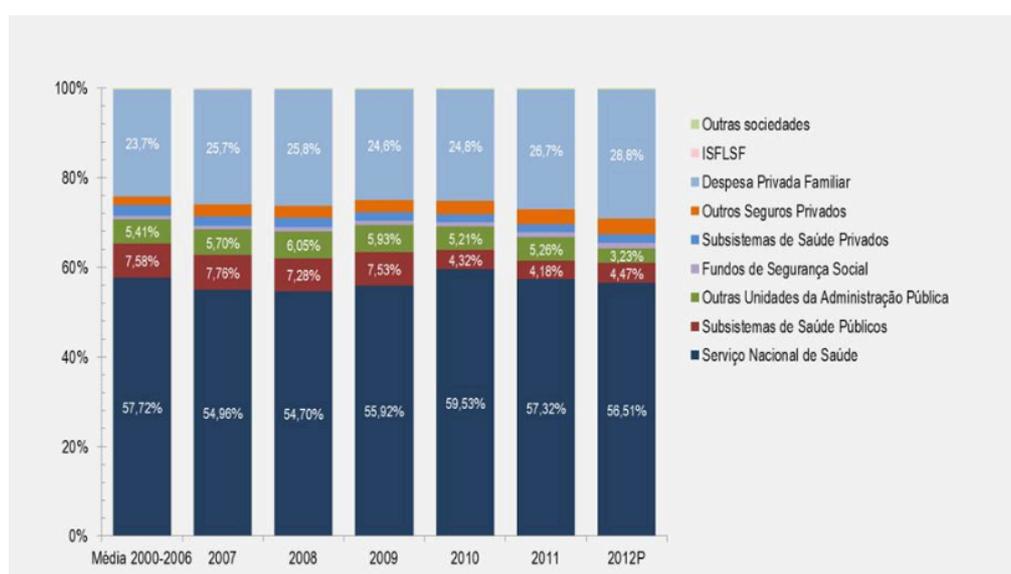


Figura 6: Despesa corrente em saúde por agente financiador, (2000-2012) (ACSS, 2014: 16)

Observando em seguida a despesa corrente distribuída por prestador de cuidados de saúde, Figura 7, podemos verificar que ao longo dos anos os Hospitais e os prestadores de cuidados de saúde em ambulatório têm sido os principais prestadores de cuidados de saúde, representando, em 2012, 37,7% e 30,9% do total da despesa corrente em saúde, respetivamente (ACSS, 2014).

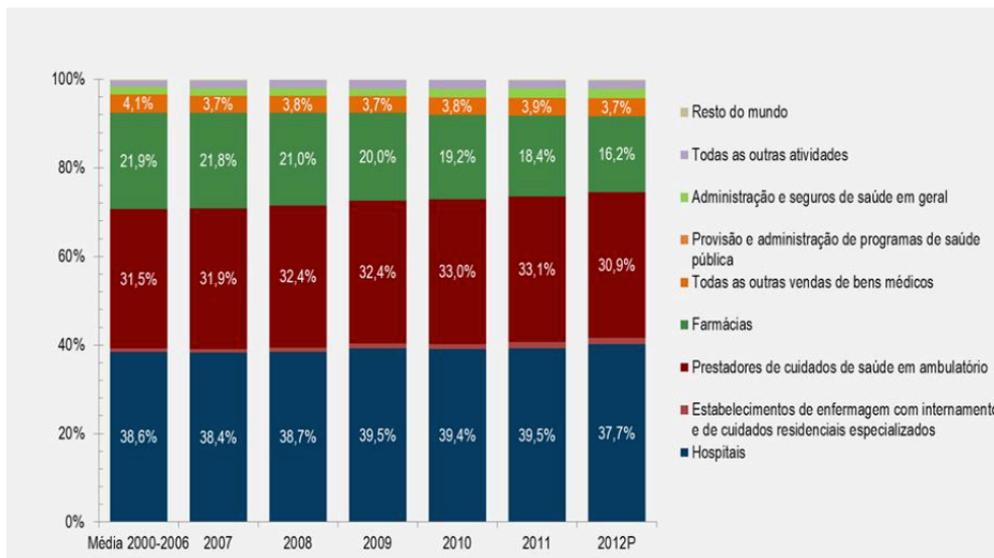


Figura 7: Despesa corrente em saúde por prestadores de cuidados de saúde (2000-2012) (ACSS, 2014: 17)

Como se pode ver na análise efetuada, os gastos em saúde têm aumentado de forma generalizada no espaço europeu, o que cria uma grande pressão sobre os défices nacionais, levando a que diversos Estados hajam no sentido da sua contenção, tendo em vista a sustentabilidade dos sistemas de saúde no longo prazo (Castro, 2011). Portugal não é diferente! Em Portugal, o SNS tem-se debatido desde há vários anos, com um problema de défice, com carácter marcadamente estrutural, evidenciado na evolução das suas contas recentes. “Se, por um lado, para tal têm concorrido os constrangimentos colocados às finanças públicas nacionais, obrigando o SNS em cada ano económico a disputar com os restantes sectores a partilha dos recursos escassos, por outro lado, a pressão no sentido do crescimento das despesas públicas com a saúde, torna os montantes financeiros previstos, do lado da receita sempre insuficientes e do lado da despesa, normalmente excessivos” (OPSS, 2003: 14).

Face a esta pressão de redução dos custos, torna-se importante avaliar o que se está a fazer bem e mal na gestão da saúde em Portugal, sendo por isso essencial avaliar a performance do SNS português.

2.2. Performance

A “necessidade de avaliação estende-se, naturalmente, ao sector da saúde, apesar da particular sensibilidade que lhe é inerente. São várias as razões que levam a considerar necessária ou inevitável a avaliação dos serviços de saúde. Destacam-se razões de natureza política e económica, como o aumento generalizado dos custos com saúde e sua repercussão nos PIB nacionais e uma gradual libertação de uma

lógica corporativa dos profissionais de saúde, por parte das entidades prestadoras de cuidados de saúde. Esta libertação desencadeará processos de controlo de atividade e tornará inevitável o surgimento de uma cultura de prestação de contas e até o *empowerment* dos cidadãos relativamente ao tema da saúde, decorrente também do alargamento do acesso às tecnologias de informação e a um maior acesso a informação sobre as doenças que afectam cada indivíduo” (Simões, 2004; citado por Castro, 2011: 17).

O termo performance é utilizado como um conceito global que representa os resultados das atividades organizacionais, tendo duas subcomponentes, a eficiência e a eficácia (Szilagyi, 1988).

Porque é que importa medir? Segundo Kaplan (1996a), porque “se não se consegue medir, não se pode gerir”. A medição para além de ajudar a priorizar as oportunidades de melhoria e de permitir avaliar a performance do que se tem realizado, é a única maneira de se praticar gestão e de se tomar decisões baseadas em factos. Para medir podem-se utilizar diversas técnicas, tais como, ouvir especialistas na área, elaborar indicadores em equipa, entre outras, as quais vão permitir que haja enfoque nas atividades de maior risco e importância (Marshall et al., 2004; citado por Castro, 2011). Também se deve ter em atenção os indicadores escolhidos, pois estes deverão ser definidos de forma clara e precisa e, se necessário, deve-se recorrer a uma explicitação da sua fórmula matemática. De acordo com o mesmo autor, Castro (2011: 32) , estes “deverão ter uma descrição de suporte que identifique o alvo da medição, como é que a medição vai ser realizada e como é que as medições podem ser afectadas ou corrigidas. Aplicado ao sector da saúde, os indicadores deverão também descrever qual a sua significância clínica e descrever a sua validade científica (este último aspecto quando os indicadores medem aspectos relacionados com a qualidade dos tratamentos, isto é, com o seu impacto na saúde das pessoas que os recebem)”.

De acordo com Walker & Dunn (2006: 97), “o propósito de avaliar a performance é ajudar os gestores a estabelecer se estão a fazer as coisas certas (se os objetivos dos serviços estão a cumprir as metas estabelecidas) e se estão a fazer as coisas bem (alcançar os objetivos de forma eficiente)”.

Para a avaliação da performance deve-se utilizar informação comparativa, no entanto, é necessário fazê-lo com algum cuidado (ex.: taxas de admissão, duração dos internamentos, normas ambientais). Ou seja, além de se medir a performance atual e a

planeada, também é útil comparar a performance corrente com a performance de departamentos históricos ou similares de outras organizações, tendo em conta que existem diferenças de objetivos e standards, nas medições práticas, nos sistemas de informação, nos fatores ambientais e nas limitações de recursos (Walker & Dunn, 2006). Apesar de existirem algumas dificuldades, há exemplos nos quais a utilização cuidada de informação comparativa simples ajudou a melhorar a qualidade e produtividade dos serviços prestados, para tal devem ser utilizados vários índices, para que se consiga obter uma imagem completa da performance.

De acordo com os mesmos autores (2006: 108), “um sistema de medição da performance/produtividade bem sucedido deve seguir alguns princípios importantes e ter em conta as características únicas dos cuidados de saúde. A aplicação destes métodos de medição juntamente com alguma criatividade, iniciativa e cooperação entre os funcionários, clientes e consumidores hospitalares podem melhorar a gestão e a distribuição dos cuidados de saúde a custos reduzidos e sem perda de qualidade”.

Atualmente, dada a autonomia que foi conferida às instituições hospitalares, esperava-se que emergisse uma nova cultura de gestão, a qual não ocorreu, pelo que tem persistindo uma indefinição estratégica, um planeamento incipiente ou inexistente e uma falta de transparência nos processos de decisão. Tudo isto leva a que haja uma desresponsabilização e uma ausência de envolvimento da organização (Ministério da Saúde, 2010). O mesmo autor (2010: 2) refere também que “a focagem, por vezes excessiva, em objetivos de produção, potenciada por mecanismos de financiamento nem sempre ajustados, desguarnecida de adequados mecanismos de controlo de qualidade e efetividade, não favorece as boas práticas, compromete a formação e contribui para o desencanto e menos empenho dos profissionais. A preocupação excessiva com o aumento da produção, sem igual preocupação com a qualidade, a adequação e a pertinência dos cuidados prestados, poderá, até, ter contribuído para o deslize orçamental que ameaça a sustentabilidade do sistema de saúde.”

Também se verifica uma ausência de sistemas de informação capazes de produzir dados e indicadores consistentes e fiáveis, persistindo como uma das limitações mais significativas tanto à boa prática clínica como à de gestão. Desta forma, não se torna possível a adopção de estratégias de decisão baseadas na evidência, comprometendo a avaliação e os processos de auditoria e de controlo de qualidade (Ministério da Saúde, 2010).

A melhoria na performance dos sistemas de saúde tornou-se uma questão política fundamental na maioria dos países desenvolvidos, pelo que estão a ser postas em prática várias iniciativas para a sua mensuração. As razões para melhorar a performance dos sistemas de saúde incluem o aumento da população idosa e da prevalência de doenças crónicas, o aparecimento de tecnologias médicas novas e emergentes, o aumento da expectativa da população e a grande disponibilidade de informação disponível na internet, entre outras (McLoughlin, 2001; citado por Bankauskaite & Dargent, 2007).

De forma a avaliar, comparar e melhorar a performance entre instituições, sistemas ou até países, é necessário existir um conjunto de indicadores mensuráveis e de confiança construídos a partir de um bom sistema de informação (Hurst and Jee-Hughes, 2001; citado por Bankauskaite & Dargent, 2007). Os indicadores são utilizados para quatro funções básicas: facilitar a responsabilização, monitorizar os sistemas e os cuidados de saúde com uma responsabilidade de regulamentação, modificar o comportamento dos profissionais e das organizações tanto a nível macro (população) como micro (utente) e formar iniciativas políticas (Leatherman, 2001; citado por Bankauskaite & Dargent 2007). Os indicadores são maioritariamente indicadores de resultado e menos frequentemente medidas de processo (Arah, 2003; citado por Bankauskaite & Dargent, 2007). É claro que a seleção de indicadores de performance é baseada na decisão de “o que é importante na saúde e nos cuidados de saúde” e também naquilo que pode ser cientificamente e operacionalmente medido (Bankauskaite & Dargent, 2007; citando Ibrahim, 2001).

Também é importante identificar os utilizadores alvo das medidas de performance. Geralmente, há 3 grupos de potenciais utilizadores: o governo, as organizações de acreditação e os prestadores de cuidados de saúde. As expectativas destes 3 grupos são bastante diferentes, razão pela qual devem ser tidas em conta (Bankauskaite & Dargent, 2007).

Os mesmos autores (2007) referem que, muitos dos problemas metodológicos estão relacionados com a seleção dos indicadores: a definição dos indicadores chave e a definição do que é a variação controlável da performance, assim como a questão relacionada com a integração de indicadores num indicador composto e a definição dos parâmetros de referência. Sendo o objetivo de medir a performance, controlar as suas variações, faz sentido analisar primeiro aquilo que é controlável pelos decisores antes de fazer a seleção dos indicadores.

Pedro (2004: 14) refere que “no setor público as preocupações de gestão estão frequentemente mais associadas aos riscos de incumprimento das abundantes normas legais do que aos critérios de gestão objetiva e racional”. A fixação de objetivos é vaga, abrangente e poucas vezes tem metas quantitativas associadas à sua avaliação. Desta forma, e tendo patentes as dificuldades conceptuais e operacionais para a avaliação das organizações de saúde, torna-se cada vez mais necessário desenvolver modelos para a sua concretização (Costa & Lopes, 2014).

2.2.1. Medidas de Avaliação da Performance em Saúde

De acordo com a OCDE (2002), a performance deve ser medida tendo em conta 3 objetivos: a qualidade (presente nos resultados de saúde, segurança e eficácia, e na capacidade de resposta, centrada no utente e com pontualidade), a eficiência (técnica, custos e alocação) e a equidade (estado de saúde, capacidade de resposta e nas contribuições financeiras). Sendo assim, o autor sugere a avaliação de:

- resultados de saúde: mudanças no estado de saúde, positivas e negativas, que possam ser estritamente atribuídas às atividades dos sistemas de saúde. O tipo de indicadores utilizados para avaliar os resultados de saúde são: mortalidade evitável (o problema deste indicador é que depende não só dos cuidados de saúde mas também das condições socioeconómicas), hospitalizações evitáveis, taxa de sobrevivência a eventos agudos, como enfartes agudos miocárdio e taxas de vacinação e de rastreio. Bankauskaite & Dargent (2007) contrapõem que, de acordo com alguns críticos, os dados de mortalidade não são indicadores precisos da qualidade de uma instituição;

- eficácia;

- segurança: 2 estudos realizados nos EUA concluíram que os erros ou “eventos adversos” acontecem em cerca de 2,9 a 3,7% dos internamentos. Destes, 7% a 14% levam à morte, logo os cuidados de saúde não são seguros, tornando-os, segundo um estudo feito nos EUA, uma causa de morte mais relevante do que os acidentes de viação ou o cancro da mama ou a SIDA;

- capacidade de resposta (*responsiveness*): pode ser medida pela satisfação dos utentes como resultado dos cuidados de saúde (mede a felicidade ou infelicidade relativa à capacidade de resposta dos cuidados de saúde) e pela sua experiência no processo de cuidados (mede aspetos factuais da capacidade de resposta dos cuidados de saúde, como tempo de espera ou se os profissionais forneceram informação útil). Vários países estão a recolher dados sobre este aspeto, por exemplo, a OMS está a

recolher dados de 6 dimensões da *responsiveness*: dignidade, autonomia, comunicação, confidencialidade, atendimento rápido, acesso a suporte social, qualidade de serviços básicos e opção, para uma seleção dos seus membros. Para Bankauskaite & Dargent (2007), os indicadores de *responsiveness* são constituídos pela satisfação, pela aceitação e pela experiência dos utentes. A satisfação dos utentes depende das suas expectativas e a sua experiência é um dado mais objetivo;

- gastos com a saúde por parte do Estado;

- eficiência: uma condição necessária para a eficiência é que uma soma ponderada das melhorias de saúde e da capacidade de resposta seja maximizada em relação a um determinado nível de despesas de saúde. Infelizmente, devido à falta de informação sobre as melhorias de saúde e capacidade de resposta, é difícil operacionalizar este conceito de eficiência relacionada com o resultado. A OMS desenvolveu uma medida de micro-determinação da eficiência dos sistemas de saúde que vai de encontro ao conceito definido anteriormente. Na falta de dados sobre os resultados de saúde, a OMS utiliza os dados sobre o estado de saúde. Utilizando a análise econométrica, a OMS estima uma fronteira superior e inferior para o estado de saúde de todos os países, depois de calculado o nível de gastos de saúde e de educação em cada país. A OMS estima quão longe o estado de saúde dos países fica da fronteira inferior como uma fração da diferença entre a fronteira superior e inferior. Os resultados da medida de eficiência ficam entre 0 e 1. Para Safavi (2006), a eficiência hospitalar baseia-se em medidas tradicionais como tempo de internamento e taxas de readmissão, as quais são 2 medidas da atividade que não são dependentes da interpretação de preços unitários;

- equidade: pode ser avaliada em várias dimensões: equidade do estado de saúde (é impossível de alcançar devido às variações genéticas entre os indivíduos de uma população, mas é um objetivo a perseguir através da melhoria da equidade de acesso aos cuidados de saúde, entre outros programas sociais), equidade da capacidade de resposta e acesso e equidade das contribuições financeiras pela população para os gastos de saúde.

Para Bankauskaite & Dargent (2007), as dimensões da performance mais utilizadas são a eficácia, a eficiência, a qualidade dos cuidados e a equidade. Para estes autores a eficácia define a forma como se alcançam resultados desejáveis se forem prestados os serviços de saúde adequados de acordo com as evidências, para todos aqueles que poderiam beneficiar, mas não para aqueles que não beneficiariam.

Depende de 4 fatores chave: como é que as medidas de performance escolhidas refletem os objetivos do sistema de saúde, a natureza e a qualidade dos dados, os incentivos dados aos médicos e a cultura da organização dentro da qual os dados são implementados.

A eficiência é a utilização ótima dos recursos disponíveis no sistema para se obter os benefícios ou os resultados máximos. Deve ser avaliada através de indicadores como: o custo unitário, a duração da estadia, o rácio de cuidados cirúrgicos diários em relação com todas as cirurgias, o acesso justo ao hospital ou o custo efetividade (Bankauskaite & Dargent, 2007). Para os autores qualidade dos cuidados define-se como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis para os indivíduos e para a população e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. Por fim, a equidade pode incluir várias dimensões, tais como a saúde, os resultados de saúde, o acesso, a *responsiveness* e as finanças e deve ter em conta as disparidades existentes entre os subgrupos da população com base na idade, género, etnia, rendimentos e localização geográfica.

2.3. Definição do Modelo

2.3.1. Modelo

Após a análise das diversas informações fornecidas pelos autores supra mencionados, foi construído o modelo que se apresenta em seguida na Figura 8. Neste modelo vemos que as instituições têm características próprias que afetam a sua performance, as quais podem ser modificadas, denominadas como variáveis independentes. Existem também uma série de fatores extrínsecos e intrínsecos às instituições de saúde, que também as afetam, mas que são difíceis de modificar pois são inerentes ao ambiente externo ou a características das instituições. Todos estes fatores levam a que a instituição tenha uma determinada performance propriamente dita, que é avaliada através de diversos parâmetros, nomeados de variáveis dependentes.

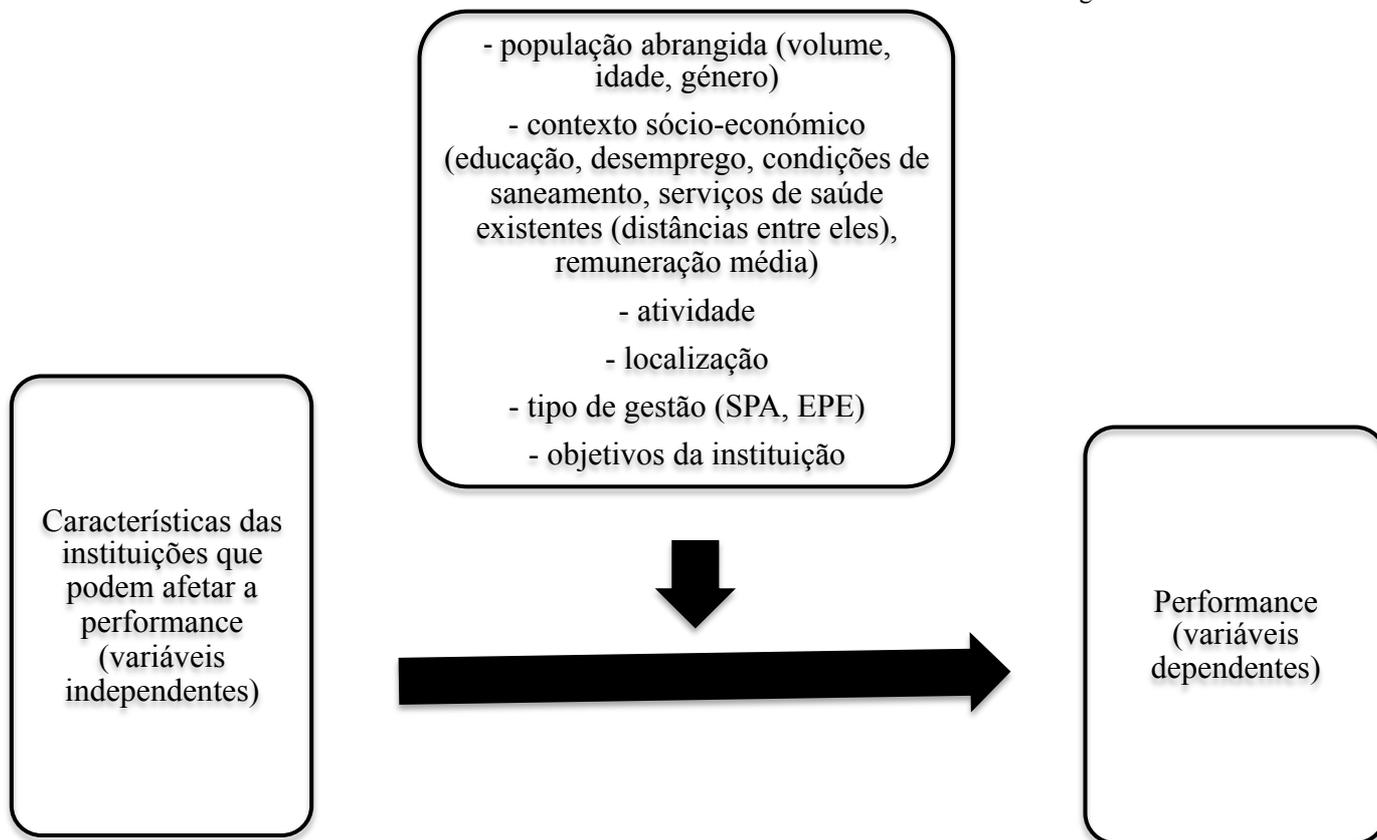


Figura 8: Modelo de avaliação da performance do SNS

Assim sendo, foram identificadas como variáveis independentes as seguintes:

- Contexto legal (recursos da instituição afetados pelo contexto, ex.: profissionais que podem contratar);
- Número de camas nos hospitais;
- Rácio médico/doente;
- Rácio enfermeiro/doente;
- Financiamento do estado à instituição;
- Gastos do Estado com a saúde (como % do PIB e per-capita).

Para as variáveis dependentes foram selecionados os seguintes indicadores:

- Hospitais: segurança (taxa de infeções hospitalares, taxa de quedas, taxa de incidência de úlceras de pressão (UP)), nº de doentes saídos/cama, taxa de ocupação (camas e BO), taxa de readmissão em 30 dias, tempo médio de internamento teórico e real, nº consultas de profissional não médico/pessoal não médico;
- Cuidados de Saúde Primários: número de utentes sem médico de família, nº atos de enfermagem/enfermeiro;

- Para ambos: nº utentes/médico ETC, tempo médio de espera para marcação de atos (consultas e cirurgias) e tempo de espera para ser atendido (na urgência e na consulta), nº de consultas médicas/médico, satisfação dos utentes (índice de satisfação dos utentes, reclamações e sugestões), taxa de rotatividade dos profissionais, % profissionais com vínculo à instituição, taxa de absentismo, tempo médio de formação/profissional, índice geral de satisfação dos profissionais, EBITDA, ROA e autonomia financeira.

2.3.2. Os Indicadores do Modelo

Uma das dimensões de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde públicos é a percepção que os utentes têm dos cuidados que lhe são prestados. Assim sendo, durante os últimos anos a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de saúde ganhou grande importância e verificou-se que esta é influenciada pela experiência mais recente dos utentes. No entanto, para o público, pessoas que não utilizam os cuidados de saúde públicos, a opinião tem sido muito influenciada pelos *media* e, em Portugal, também é afetada pela atitude demasiado negativa e crítica que os portugueses têm relativamente às suas instituições de saúde (OPSS, 2003).

De acordo com o mesmo autor (2003), a importância deste indicador de qualidade tem sido tal que, durante as últimas décadas e de uma forma gradual, as atividades de garantia e melhoria da qualidade têm vindo a ser encaradas como fazendo parte dos processos de cuidados médicos e mesmo dos programas políticos. Nomeadamente, o programa do XV Governo Constitucional preconizava, por exemplo, que “o compromisso político do Governo é o de que as reformas a realizar serão norteadas pela preocupação de dar às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e com humanidade” (OPSS, 2003: 32).

Para avaliar a qualidade dos cuidados é necessário ter em conta tanto os aspetos técnicos como os aspetos funcionais. Em termos da qualidade técnica é essencial a eliminação dos erros médicos e dos efeitos adversos. A qualidade técnica dos cuidados os utentes não têm capacidade para avaliar, a não ser que ocorra algum evento adverso, pelo que se deve ter em conta a qualidade dos aspetos funcionais, pois influencia a satisfação dos utentes (Wicks et al., 2007). Segundo este autor, os 5 fatores críticos que influenciam a satisfação dos utentes são a falta de enfermeiros, a falta de tecnologia adequada, a má comunicação entre os utentes e a equipe médica, um mau sistema de comunicação interna e o rápido aumento dos custos. Os 4

primeiros fatores estão diretamente relacionados com os aspetos técnicos dos cuidados, podendo ser causa da ocorrência de um erro médico.

Uma outra vertente relacionada com a qualidade dos cuidados é a segurança dos utentes. Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, “a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015: 2), pois as consequências nefastas que resultam dos incidentes que ocorrem com a prestação de cuidados de saúde têm repercussões para os doentes e suas famílias, em termos humanos, físicos e emocionais, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia. Fragata (2004) refere que o erro médico tem implicações económicas e sociais pois, não só aumentam os custos nos serviços de saúde, como também levam ao aumento dos tempos de internamento, ao pagamento de tratamentos adicionais ou de indemnizações, roubam dias de trabalho e a sua divulgação pública deteriora a confiança dos utentes na medicina e no sistema. Por exemplo, os estudos realizados em 2 hospitais americanos revelam que ocorreram eventos adversos em 2,9% a 3,7% das pessoas hospitalizadas em cada um dos hospitais.

Como já foi referido anteriormente, os cuidados de saúde são uma causa de morte mais relevante que os acidentes de viação. Há vários fatores evitáveis que aumentam a taxa de mortalidade, dois deles são a taxa de infeções hospitalares e a taxa de incidência de UP. De acordo com Castro (2011), a taxa de infeções hospitalares ou a taxa de UP, apesar de serem facilmente detetáveis nas complicações inscritas nos registos por GDH e de serem bons aferidores da qualidade de um hospital, há poucos estudos que as utilizam.

Assim sendo, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2016-2020, em Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde (2015), engloba diversos objetivos estratégicos, entre os quais se destacam a prevenção da ocorrência de quedas, a prevenção de ocorrência de UP e a prevenção e controlo das infeções. Estes incidentes são causa de significativa morbilidade e mortalidade, além de terem um impacto direto no aumento do consumo de recursos hospitalares e comunitários, Travanca et al. (2011) referem que os incidentes por queda têm um aumento médio do tempo de internamento em 7,5 dias e um custo médio por queda, em 2007, de 425€, enquanto que no caso das UP, Rocha et al. (2005) referem que estas podem levar a um aumento da duração do internamento hospitalar até 5 vezes. De acordo com o *International Pressure Ulcer Prevalence Survey* realizado em 2011

e citado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015), estima-se que um em cada dez doentes em hospital de agudos desenvolve uma UP e que o custo por tratamento de úlcera pode variar entre os 400€ e os 56 mil euros além dos custos humanos relativos à dor, debilidade, baixa qualidade de vida ou até à própria ameaça de vida. O mesmo plano refere uma taxa de prevalência de infeções hospitalares inferior a 8% como objetivo para este indicador.

A grande pressão existente sobre os profissionais de saúde, dada a sua escassez, também pode levar a um aumento dos erros médicos, relacionados com o cansaço, a sobrecarga em termos do número de horas extraordinárias que são necessárias para suprir as necessidades mínimas de cuidados e o número de doentes ao encargo de cada profissional. Assim sendo, é fundamental que as organizações analisem a adequação do número de profissionais por cada habitante, mais particularmente os médicos. De acordo com o Relatório da ACSS sobre as necessidades atuais e futuras de médicos, em 2011, ao nível dos cuidados de saúde primários, o número de médicos de MGF era de 62/100.000 habitantes, mas o objetivo para 2020 é alcançar o rácio de 81/100.000 habitantes (cerca de 1235 habitantes/médico) (ACSS, 2011), pelo que este rácio está também definido, como uma das metas de eficiência, no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2016). De acordo com o mesmo relatório esta análise também é importante porque a distribuição de médicos por 100.000 habitantes nas áreas de influência dos Centros de Saúde revela que esta é heterogénea, verificando-se que no Norte litoral, LVT e Alentejo litoral e interior os valores são mais baixos, ao contrário do que se verifica em alguns concelhos da Região Centro.

Outra temática que tem trazido preocupações é o acesso aos cuidados de saúde. Com as alterações demográficas verificadas nos últimos 20 anos, tem-se assistido a um aumento da procura de cuidados de saúde na maior parte dos países europeus, o qual tem sido acompanhado por um correlativo aumento da expectativa de melhoria da qualidade de vida. O acesso a novas tecnologias de informação e os elevados padrões de vida impostos, têm levado a que a população em geral tenha cada vez mais expectativas quanto à melhoria da qualidade de vida e aos cuidados de saúde prestados pelos serviços, tendo-a tornado mais exigente quanto ao acesso e melhor informada quanto aos serviços que lhe são prestados (OPSS, 2003). O mesmo autor refere que esta situação tem colocado os sistemas de saúde numa situação paradoxal,

com o aumento da esperança média de vida a criar novas necessidades em cuidados de saúde, como as cirurgias às cataratas e a substituição do colo do fémur, e o tempo médio de espera para este tipo de intervenções a aumentar mais do que a média na maior parte dos países.

De acordo com o mesmo autor, o Conselho da Europa adoptou uma Recomendação que afirma que “o acesso aos cuidados de saúde devia ser feito de acordo com as necessidades de cada um e ser independente das condições económicas de quem deles necessita” (Recommendation nº (99) 21 on criteria for management waiting lists and waiting times in health care, www.coe.int; citado por OPSS, 2003: 38). Para o Conselho da Europa, as listas de espera e os tempos de espera tornaram-se um dos principais padrões de avaliação da acessibilidade dos cuidados de saúde, assim como da efetividade dos sistemas de saúde de uma forma global. Assim sendo, o Conselho da Europa faz as seguintes recomendações relativamente ao acesso:

- fixação de objetivos para o acesso aos cuidados;
- a definição de tempos de espera garantidos segundo a especialidade médica, a condição de saúde do doente e o diagnóstico;
- a explicitação dos critérios de agendamento de doentes;
- a elaboração de orientações para o estabelecimento de prioridades;
- estabelecimento de critérios de revisão e validação das listas de espera.

Um dos indicadores de acesso é o tempo médio de espera para consulta, o qual, segundo Furtado & Pereira (2010), continua a ter problemas de iniquidade que favorecem claramente os grupos de maior rendimento, dado que estes conseguem aceder a cuidados privados de saúde. No sentido de reduzir estas iniquidades foi criada a CTH que consiste num sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar. A CTH tem como objetivo a redução dos tempos de espera para consultas hospitalares e garantir os prazos máximos de resposta de acordo com a prioridade clínica da situação, permitindo que quando estes sejam superiores aos definidos o médico possa referenciar o pedido para outra instituição hospitalar (Furtado & Pereira, 2010). Um dos constrangimentos referidos pelos hospitais para o cumprimento dos TMRG é a insuficiente capacidade de oferta devido à falta de recursos humanos, nomeadamente médicos, para poder fazer face à procura (ERS, 2013). Assim sendo, de acordo com a Portaria 87/2015 de 23 Março do Ministério da Saúde (2015), os TMRG para as consultas de especialidade hospitalar que estão definidos, para os diferentes níveis de prioridade são 30 dias (muito

prioritária), 60 dias (prioritária) e 150 dias (normal). Para calcular a meta para o tempo médio de espera para consulta foi feita uma média entre os TMRG, logo o valor médio deve ser inferior a 80 dias. Para os CSP o TMRG é 15 dias.

A nível hospitalar uma das barreiras de acesso aos cuidados são as listas de espera cirúrgicas, as quais têm vindo a ser reduzidas ao longo do tempo, assim sendo, o tempo médio de espera para cirurgia passou de 8,6 para 6,9 meses (dados de 2007 de Barros et al., 2011). No âmbito da melhoria do acesso a cirurgia foi criado o SIGIC o qual tem como objetivo a redução dos tempos de espera para cirurgia (Furtado & Pereira, 2010). Assim sendo, este estabelece os tempos máximos de espera a partir do qual os utentes podem receber um cheque para efetuar a cirurgia no setor privado. A meta para o tempo médio de espera para cirurgia foi calculada da mesma forma do que para a consulta mas utilizando os TMRG para a cirurgia programada presentes na Portaria 87/2015 de 23 Março do Ministério da Saúde (2015), que são 3 dias (nível 4), 15 dias (nível 3), 60 dias (nível 2) e 270 dias (nível 1), cuja média é 87 dias, logo este indicador deverá estar abaixo deste valor.

Um outro grande problema é o tempo de espera na urgência, pelo que foi definido no Despacho n.º 10319/2014, publicado no *Diário da República* n.º 153, 2ª série, de 11 de Agosto, a “obrigatoriedade de implementar um sistema de triagem de prioridades nos SU, que permitam distinguir graus de prioridade, de modo a que se exerçam critérios pré-estabelecidos de tempo até à primeira observação de acordo com a prioridade clínica de cada doente” (Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 Abril de 2016 do Ministério da Saúde, 2016: 2). Desta forma, foi definido no Despacho n.º 1057/2015 de 2 de Fevereiro do Ministério da Saúde (2015), o Sistema de Triagem de Manchester como o sistema de triagem obrigatório em todos os SU a partir de 31 Dezembro 2015. Este sistema de triagem assenta numa classificação dos doentes por cores que representam o grau de risco e o tempo de espera clinicamente recomendado para atendimento. Ou seja, está definido para cada tipo de situações o tempo máximo de espera, assim sendo: para situações emergentes o atendimento deverá ser imediato, para muito urgentes 10 minutos, para urgentes 60 minutos, para pouco urgentes 120 minutos e para não urgentes 240 minutos (Santos et al., 2013). O tempo médio de espera foi estabelecido da mesma forma que para os indicadores anteriores, ou seja, o tempo médio de espera para ser atendido deverá ser inferior a 86 minutos.

“Uma das dimensões mais importantes da gestão do acesso é a população e os doentes disporem de informação que lhes permitam participar nas decisões que

melhor salvaguardem a satisfação das suas necessidades em saúde” (OPSS, 2003: 38). Assim sendo, foi desenvolvida uma plataforma, que pode ser acedida através de <https://www.sns.gov.pt>, na qual é possível ver, para cada hospital do SNS, o tempo médio de espera para obter uma consulta para as várias especialidades e para cirurgia, assim como o número de pessoas que estão na urgência e o tempo médio de espera para cada nível de prioridade.

De acordo com Barros et al. (2011), a nível dos CSP o problema de acesso está relacionado com a atribuição de médico de família aos utentes. De acordo com o Relatório de Auditoria do TC de 2015, o objetivo relativamente a este indicador é atribuir médico de família a todos os cidadãos portugueses, no entanto, o que se tem vindo a verificar é um aumento do número de cidadãos sem médico de família, com um aumento de 7,69% desde Dezembro de 2013 até ao final do 1º semestre de 2015 e entre 2013 e 2014 um aumento de 13,07% (Tribunal de Contas, 2015). O respetivo relatório refere também que o custo de oportunidade associado ao tempo de espera desde o registo de confirmação de presença até ser atendido pelo médico para um utente ativo, tendo por base o salário médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, é de 10,99€ para as USF e 17,32€ para as UCSP. Tendo por base este princípio, em 2014 o custo de oportunidade global do tempo médio de espera até ser atendido terá sido de 74.684.400€, correspondente a 0,04% do PIB de 2014, traduzido na redução da produção de riqueza pelos trabalhadores/utentes que recorreram à prestação de cuidados de saúde nessas unidades. Assim, o ideal é este tempo ser igual a 0, ou seja, as pessoas chegam à hora da sua consulta e são atendidas de imediato.

Visto que o SNS é constituído por diferentes tipos de instituições, conforme vimos anteriormente, há um conjunto de indicadores para as analisar que devem ser distintos pois cada uma tem as suas particularidades. Assim sendo, iremos começar pelos indicadores de avaliação da performance hospitalar. Segundo Castro (2011: 32), “existem diversos modelos de avaliação para os hospitais. Dependendo do país e da existência ou não de um Serviço Nacional de Saúde, a forma como se avalia e mesmo o tipo de indicadores utilizados pode variar”.

Segundo Jacobs (1974) e Evans (1984), citados por Costa & Lopes (2014: 2), “os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal contribuem uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão”. Entre estas

características destaca-se “o carácter multiprodutivo da sua atividade, decorrente de uma enorme diversidade nos diagnósticos/doenças que podem ser tratados no hospital, a qual, por sua vez, pode ainda ser potenciada pelo diferente grau da evolução da doença presente no momento de contacto com o hospital” (Hornbrook, 1982 e Tatchell, 1983; citados por Costa & Lopes, 2014: 2).

“A atividade hospitalar pode dividir-se em dois sub-processos, um da responsabilidade dos gestores do hospital e outro da responsabilidade dos clínicos. Esta divisão reflete dois pontos de vista na avaliação de um hospital: o ponto de vista da eficiência na prestação dos serviços, ou a óptica dos gestores hospitalares, e o ponto de vista da eficácia dos tratamentos clínicos, a principal preocupação (ética) dos médicos e dos pacientes que recorrem aos serviços de saúde” (Castro, 2011: 39).

De acordo com o mesmo autor, citando Costa & Lopes (2007), “a literatura de avaliação de desempenho hospitalar segue a trilogia proposta por Donabedian (1980), que afirma que a qualidade da avaliação hospitalar deverá ser baseada em três vertentes: a avaliação da estrutura, de processos e dos resultados produzidos. A literatura nacional reflete isto mesmo, já que, dos estudos constantes da revisão bibliográfica, se podem observar indicadores como a taxa de mortalidade (resultados), o tempo médio de internamento (processos) ou o número de camas (estrutura). Simões (2004) utiliza a mesma filosofia no modelo que propõe para a avaliação do desempenho dos hospitais portugueses” (Castro, 2011: 33).

Barros et al (2007) citado por Castro (2011: 30), “assumiram que o hospital produz quatro elementos (o fluxo de pacientes que sai do hospital, o tempo médio que cada utente passa no hospital, o número de consultas e de casos de emergência) e consome três tipos de recursos (número de camas, pessoal e custos variáveis totais)”.

Segundo o Relatório da OCDE, Health at a Glance 2015, a demora média do internamento hospitalar é considerada uma das medidas de avaliação da eficiência, pois quanto mais curta a estadia menor o custo por alta hospitalar. No entanto, como será abordado em seguida, internamentos demasiado curtos também podem ter efeitos adversos nos resultados de saúde, que serão expressos na taxa de readmissão. A meta para o tempo médio de internamento, consultado no site da DGS, deverá ser de 6 dias.

Para vários autores, a taxa de readmissão deve ser considerada na avaliação da performance das instituições hospitalares pertencentes ao SNS. De acordo com DesHarnais, McMahon e Wroblewski (1991) citados por Costa & Lopes (2014), as readmissões têm sido utilizadas como indicador de efetividade pelo menos nas

últimas três décadas. Este indicador ganhou maior destaque com a tendência de redução da demora média, motivada pela pressão financeira para dar alta, que levou a um aumento do risco de que determinadas complicações não sejam detetadas ou tratadas definitivamente durante o internamento, levando ao aumento do risco de readmissão (Lezzoni et al, 1999; Halfon et al, 2006, citados por Costa & Lopes, 2014).

“A pertinência das readmissões enquanto indicador de efetividade advém da sua relevância para os doentes (Balla, Malnick e Schattner, 2008), do custo que implicam (Ashton e Wray, 1996, Halfon et al, 2006; Jencks, Williams e Coleman, 2009) e, o aspeto mais decisivo, da sua ligação à efetividade” (autores citados por Costa & Lopes, 2014: 24). Os mesmos autores (2014) citando Thomas (1996) referem que este indicador também se relaciona com a qualidade visto que, por um lado, os doentes que receberam cuidados de qualidade estão clinicamente estáveis antes da alta, enquanto que aqueles doentes que têm alta antes de atingirem essa estabilidade têm uma maior probabilidade de serem readmitidos, ou se por outro lado, os cuidados prestados forem de baixa qualidade, as complicações após a alta (ex.: infeções) são mais prováveis, levando ao reinternamento.

Para definir o prazo estimado para a readmissão é necessário ter em conta que não se pode considerar um período demasiado longo entre a alta do episódio inicial e a readmissão, pois menor é a probabilidade de que o tratamento inicial tenha motivado o novo internamento (falsos positivos), no entanto, também não pode ser considerado um período muito curto pois seriam detetadas apenas uma parte das readmissões motivadas por problemas no episódio inicial (falsos negativos) (Costa & Lopes, 2014). Assim sendo, e “apesar da dificuldade em definir o prazo ideal, o intervalo de 30 dias após a alta é frequentemente escolhido para a definição de readmissão” (Thomas e Holloway, 1991; Hofer e Hayward, 1995; Halm et al, 2002; Heggstad e Lilleeng, 2003; Halfon et al, 2006; Balla, Malnick e Schattner, 2008; Jencks, Williams e Coleman, 2009; citados por Costa & Lopes, 2014: 25). Num estudo sobre a taxa de reinternamento nos hospitais públicos portugueses, que analisou as hospitalizações ocorridas entre 2000 a 2008, concluiu que a taxa média de readmissões a 30 dias foi de 6,8%, pelo que este foi considerada a base para a meta estabelecida neste estudo (Sousa-Pinto et al., 2013).

A atividade cirúrgica é também um elemento muito importante no financiamento hospitalar, pois é um grande consumidor de recursos (consome 29% do

financiamento dos hospitais e tem um custo médio por hora de sala de BO de 699,98€ a nível nacional), no entanto, está muito dependente da dinâmica do bloco operatório (Ministério da Saúde, 2015). Assim sendo, a taxa de ocupação do BO que corresponde ao rácio entre o tempo efetivo de disponibilidade de sala e o tempo planeado de disponibilidade de sala, é um dos indicadores da eficiente utilização do BO, sendo que a sua taxa de utilização adequada deve rondar os 80%, pois importa ter flexibilidade para absorver flutuações diárias e sazonais.

Um dos custos importantes no setor da saúde são os recursos humanos, visto que estes têm bastante peso nas instituições de saúde, conforme refere Castro (2011). Por exemplo, a nível hospitalar, conforme estudo do referido autor, os recursos humanos correspondem a cerca de 34,38% da estrutura de custos gerais nos principais serviços. No entanto, este tipo de custos engloba grupos muito heterogéneos, diversas categorias profissionais, pelo que devem ser analisados de forma mais detalhada. Assim sendo, verifica-se que 90,06% dos custos com o pessoal é atribuível aos médicos, enfermeiros e ao pessoal operário e auxiliar. Mais especificamente, as duas grandes fatias destes custos são os custos com pessoal de enfermagem, 43,16%, e os custos com pessoal médico, 37,41%, que perfazem 80,56% do total dos custos com o pessoal, pelo que estas são as categorias profissionais que devem ser tidas em consideração quando se quer aferir quais têm maior impacto nos custos e uma ação direta no funcionamento dos serviços.

A rotatividade dos profissionais também é um tema de interesse pelas sérias implicações que causa no desenvolvimento das atividades organizacionais, principalmente no que se refere aos custos, à diminuição da produtividade e da qualidade dos serviços (Poeira & Mamede, 2011), pelo que se torna um fator de influência da performance das organizações, nomeadamente, nas organizações de saúde visto que estas funcionam com base nos seus recursos humanos. Os autores referidos estudaram a rotatividade dos enfermeiros, referindo que as “altas taxas de rotatividade em enfermagem podem ter um impacto negativo na resposta às necessidades dos utentes, bem como, na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados” (Poeira & Mamede, 2011: 108). Os mesmos autores referem ainda que a rotatividade tem um impacto negativo tanto no grupo de trabalho como na organização, destacando-se a diminuição da eficácia e da produtividade, o aumento dos custos, a diminuição da qualidade dos cuidados prestados, a perturbação da coesão da unidade de trabalho, o clima de stress por falta da pessoa e até a nova estar

integrada, a diminuição do consenso, o aumento dos conflitos e a diminuição da satisfação dos que ficam, como os efeitos da rotatividade mais referidos pelos autores.

Anselmi et al. referido por Poeira & Mamede (2011: 108) definiram rotatividade como “um movimento que se verifica no mercado de trabalho, caracterizado pelas entradas e saídas dos indivíduos de uma determinada organização que compõem esse mercado”. Para Aquino (1991) citado por Stancato & Zilli (2010), a rotatividade é a flutuação dos recursos humanos entre uma organização e o seu ambiente. O mesmo autor refere que a taxa de rotatividade considerada razoável varia entre 3-5%, no entanto, cita Mezomo (1981) que refere não existir uma taxa ideal única, pois varia de empresa para empresa, o importante é que a rotatividade não prejudique a estabilidade da organização. Por exemplo, uma taxa de rotatividade nula mostra uma estagnação da instituição e uma taxa superior ao normal significa um nível de produção reduzido, uma necessidade de novos recrutamentos, seleção e integração, problemas administrativos, problemas de relacionamento interno e externo e um desperdício económico (Stancato & Zilli, 2010). Chiavenato (1995), citado por Stancato & Zilli (2010) refere que o índice de rotação ideal é aquele que permite à organização reter o pessoal de boa qualidade, substituindo os profissionais com baixos níveis de desempenho. A fórmula utilizada para calcular a taxa de rotatividade foi a seguinte:

$$\text{Taxa de Rotatividade} = \frac{\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Admissões} + \text{N}^\circ \text{ Demissões}}{2}\right)}{\text{N}^\circ \text{ Total Funcionários Médio do Período}} \times 100 \text{ (1)}$$

Outro indicador que afeta os recursos humanos e o seu desempenho é o vínculo que estes detêm com a instituição, como referem Costa (2010) no seu estudo, para reduzir os custos de produção as instituições de saúde estão a recorrer à flexibilidade dos postos de trabalho, levando à insatisfação dos profissionais e à consequente repercussão nos cuidados de saúde prestados. O mesmo estudo refere que existe uma relação positiva entre a satisfação laboral e o sentimento de compromisso com a instituição (Ho, 2009; citado por Costa, 2010).

Assim sendo e, de acordo com a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, Lei n.º 35/2014 de 20 de Junho (2014), parte I, artigo 6º n.º 1, “o trabalho em funções públicas pode ser prestado mediante vínculo de emprego público ou contrato de prestação de serviços, nos termos da presente lei”. “O vínculo de emprego público reveste as seguintes modalidades: a) contrato de trabalho em funções públicas; b) nomeação; c) comissão de serviço”. Segundo o n.º 4 do mesmo artigo, “o vínculo de

emprego público pode ser constituído por tempo indeterminado ou a termo resolutivo”. Os contratos a termo resolutivo podem ser a termo certo ou incerto (artigo 56º). “O contrato de trabalho com pessoas colectivas públicas não confere a qualidade de funcionário público ou agente administrativo, ainda que estas tenham um quadro de pessoal em regime de direito público” (Lei n.º 23/2004 de 22 de Junho da Assembleia da República, 2004).

Na sequência do que foi referido anteriormente e sendo o setor da saúde uma área com um número elevado de recursos humanos, além de ser uma área com níveis de qualificação cada vez mais exigentes, a formação constitui uma vertente decisiva e essencial para os profissionais de saúde. Desta forma, é necessário ter um conhecimento aprofundado das necessidades de formação, para que se vislumbre, a longo prazo, a capacidade de renovação interna do próprio sistema (Baganha et al., 2002). No entanto, a importância da formação dos recursos humanos não se reflete nos investimentos estatais, visto que apenas 1% do orçamento destinado à saúde é que é investido na área educativa. De acordo com o Código do Trabalho artigo 131.º, n.º 2, “o trabalhador tem direito, em cada ano, a um número mínimo de trinta e cinco horas de formação contínua...” e é dever da entidade empregadora assegurar o nº de horas mínimo de formação mediante ações desenvolvidas na empresa ou outra entidade formadora certificada ou então deve conceder tempo para frequentar formação por iniciativa do trabalhador (Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro da Assembleia da República, 2009).

Por fim, a satisfação dos profissionais tem-se vindo a tornar um tema com crescente interesse, principalmente para a realização de estudos sobre o desempenho profissional do trabalhador relacionado com variáveis como a produtividade, o absentismo e o *turnover*, constituindo-se a satisfação no trabalho como uma das variáveis dependentes (Agapito & Sousa, 2010). O mesmo autor (2010: 133), citando Robbins (1999), define a satisfação profissional como “uma atitude geral do indivíduo sobre o seu trabalho, que consiste na diferença entre a quantidade de recompensas que recebe e a quantidade que acredita que deveria receber”.

De acordo com Agapito & Sousa (2010), mesmo não tendo sido comprovado que a satisfação profissional está relacionada com a produtividade, esta deve ser um objetivo das empresas, pois influencia a qualidade de vida dos trabalhadores. A satisfação laboral é determinante na avaliação da qualidade das instituições e apesar

desta relação não ser linear, há quem aponte para uma relação entre este indicador e outros como o *turnover*, o absentismo, o stress, entre outras.

O absentismo laboral define-se como “um fenómeno de etiologia multifactorial, caracterizado por ausências não previstas ao trabalho, que têm reflexos diretos ou indiretos nos custos das empresas, sendo que, no setor da saúde, este fenómeno tem repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados aos utentes” (Agapito & Sousa, 2010: 134). Os mesmos autores referem que em Portugal, o setor da saúde pública é dos sectores económicos que apresenta maiores taxas de absentismo laboral, de acordo com estatísticas oficiais. O valor para as metas da satisfação profissional e o absentismo foram retirados do estudo de Grigoroudis et al. (2012), para o absentismo o autor define uma taxa inferior a 3% e para a satisfação uma taxa superior a 50%, pois tem em conta condições de trabalho desfavoráveis. Para calcular a taxa de absentismo foi utilizada a mesma fórmula que o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro utiliza.

$$\text{Taxa de Absentismo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Dias de Ausência}}{\frac{(52 \text{ semanas} \times 5 \text{ dias \u00fates}) - (\text{N}^\circ \text{ Feriados} + 22 \text{ Dias F\u00e9rias})}{\text{N}^\circ \text{ de Funcion\u00e1rios}}} \times 100^{(2)}$$

De acordo com o que j\u00e1 foi referido, \u00e9 poss\u00edvel compreender que o SNS tem custos muito elevados, com os recursos humanos, recursos t\u00e9cnicos entre outros, mas que existem tamb\u00e9m v\u00e1rias vari\u00e1veis que t\u00eam muita influ\u00eancia no custo da produ\u00e7\u00e3o. Assim sendo, a \u00e1rea financeira constitui uma \u00e1rea importante para a avalia\u00e7\u00e3o da performance das institui\u00e7\u00f5es de sa\u00fade.

Para Kaissi & Begun (2008), a avalia\u00e7\u00e3o da performance financeira de um hospital deve ter em conta: o resultado l\u00edquido (receitas menos gastos), a margem de lucro (resultado l\u00edquido/receitas) e o *return on assets* (ROA) (resultado operacional/total de ativos). O ROA de uma empresa mede a sua efici\u00eancia operacional em gerar lucro a partir dos seus ativos, antes dos efeitos do financiamento (Damodaran, 1997). De acordo com o mesmo autor, o seu c\u00e1lculo permite comparar empresas diferentes da mesma \u00e1rea de neg\u00f3cio de forma a avaliar a sua efici\u00eancia operacional. Para uma empresa alcan\u00e7ar um ROA mais elevado deve faz\u00ea-lo atrav\u00e9s de 2 hip\u00f3teses: aumentar a sua margem de lucro ou utilizando de forma mais eficiente os seus ativos para aumentar as vendas/presta\u00e7\u00e3o de servi\u00e7os. Ou seja, segundo Neves (2005), o ROA permite analisar o desempenho global dos capitais da empresa, independentemente da sua origem.

$$\text{ROA} = \frac{\text{Resultado Operacional}}{\text{Ativo}} \times 100^{(3)}$$

A ACSS define como meta financeira na contratualização com as instituições de saúde o EBITDA. Este é um indicador financeiro que permite avaliar o desempenho operacional da empresa, ou seja, permite analisar a capacidade da empresa gerar recursos através da sua atividade operacional, visto que expurga os efeitos das decisões de financiamento e da política de investimento da empresa (Soares, 2012). Assim sendo, na contratualização anual que é feita com a ACSS, basta que este indicador tenha um valor superior a 0.

$$\text{EBITDA} = (\text{Somadas Contas 71 a 76}) - (\text{Soma Contas 61 a 65})^{(4)}$$

Por fim, segundo Neves (2012: 249), “solver uma dívida significa pagar uma dívida”, ou seja, uma empresa que apresente solvabilidade significa que terá meios suficientes à sua disposição para satisfazer todos os seus compromissos de dívida. Este rácio permite perceber se a empresa consegue financiar a sua atividade recorrendo apenas aos capitais próprios, ou seja, sem ter que recorrer a capital alheio. Para este trabalho a autonomia financeira foi definida de acordo com a Portaria n.º 57º-A/2015 de 27 de Fevereiro do Ministério da Economia (2015), ou seja, as instituições devem apresentar um rácio de autonomia financeira maior do que 20% (as instituições de saúde não são PME), ou seja, devem conseguir financiar pelo menos 20% da sua atividade com capital próprio.

$$\text{Autonomia Financeira} = \frac{\text{Capital Próprio}}{\text{Ativo}} \times 100^{(5)}$$

Atualmente, as organizações de cuidados de saúde estão sob uma pressão crescente para aplicar instrumentos de gestão eficazes na medição da sua performance (Grigoroudis et al., 2012). Assim sendo, após a apresentação do modelo inicial de avaliação da performance do SNS, proceder-se-á à análises dos sistemas de medição já existentes e a adaptação do modelo anteriormente sugerido ao BSC.

2.4. Instrumentos de Avaliação da Performance

2.4.1. Instrumentos de Avaliação Existentes

Segundo Costa & Lopes (2014: 3), “recentemente existem pelo menos 3 modelos distintos para avaliar o desempenho dos hospitais: a Análise de Benchmarking da ACSS (ACSS, 2013), o SINAS da ERS (ERS, 2014) e o IAmetrics da IASIST (IASIST, 2010)”.

No modelo da ACSS os hospitais são comparados em 4 dimensões: acesso, qualidade, produtividade e económica. “Estas quatro dimensões não são estanques,

relacionando-se e influenciando-se entre si. Ou seja, um bom desempenho ao nível das dimensões acesso e qualidade terá implicações na dimensão de produtividade e económica e vice-versa” (Costa & Lopes, 2014: 4).

A dimensão acesso analisa os indicadores: (1) percentagem de consultas realizadas em tempo adequado e (2) percentagem de cirurgias realizadas em tempo adequado. O tempo adequado diz respeito aos TMRG que estão dependentes do nível de prioridade definido clinicamente, os quais estão definidos e publicados na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro. A dimensão qualidade analisa os indicadores: (1) percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias ambulatorizáveis (GDH), (2) percentagem de reinternamentos em 30 dias, (3) percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, (4) percentagem de partos por cesariana e (5) percentagem de fraturas da anca com cirurgia realizada nas primeiras 48h. A dimensão produtividade analisa os indicadores: (1) demora média, (2) taxa de ocupação em internamento, (3) doentes padrão/médicos ETC, (4) doentes padrão/enfermeiros ETC e (5) demora média antes de cirurgia. Por fim, a dimensão económica analisa os indicadores: (1) custos operacionais por doente padrão, (2) custos com pessoal por doente padrão, (3) custos ajustados com pessoal por doente padrão, (4) custos com material consumo clínico por doente padrão, (5) custos com produtos farmacêuticos por doente padrão e (6) fornecimento de serviços externos por doente padrão (Costa & Lopes, 2014).

O SINAS é um sistema de avaliação da qualidade global dos serviços de saúde, em Portugal continental, desenvolvido pela ERS (Costa & Lopes, 2014). Esta entidade considera que o acesso à informação é um direito importante dos cidadãos e que a informação que se encontrava disponível era, de um modo geral, escassa, pouco inteligível e sem significado prático para os cidadãos. Assim sendo, criou um sistema que permite avaliar os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde em diversas dimensões da qualidade (Costa & Lopes, 2014). O SINAS presta informação clara e simples sobre os prestadores de cuidados de saúde do setor público, privado e social. Desta forma, “o que o SINAS propõe é a análise de indicadores de qualidade que demonstrem se a organização tem instituídas cultura, condições físicas e humanas e procedimentos que contribuam para a garantia de um elevado grau de qualidade (indicadores de estrutura), se atua de acordo com as melhores práticas (indicadores de processo), se obtém bons resultados (indicadores de resultado) e se vai ao encontro do que a organização como um todo, apontando a direção estratégica que a organização

deve seguir, e servindo, portanto, como um importante instrumento de melhoria para as próprias instituições” (Costa & Lopes, 2014, citando ERS 2014: 5).

Quanto ao modelo da IASIST, estes criaram a IAmetrics®, uma solução *online* que permite fazer *benchmarking* à atividade clínica do hospital ou dos diferentes serviços, de uma forma fácil, rápida e completa. Esta ferramenta permite níveis de detalhe desde o utente ao hospital, passando pelo procedimento e serviço, permitindo comparar o hospital com os seus pares e consigo próprio, ao longo do tempo (IASIST, 2011; citado por Castro, 2011). O IAmetrics® permite avaliar o hospital em 9 dimensões de performance: qualidade dos dados, análise da casuística atendida, análise da complexidade atendida; dimensões de avaliação: gestão de tempos de internamento, gestão de tempos de internamento pré-operatório, gestão do potencial de ambulatório, mortalidade intra-hospitalar, complicações intra-hospitalares e readmissões urgentes a 30 dias (IASIST, 2010; citado por Costa & Lopes, 2014).

Segundo Castro (2011), uma característica que é comum à maioria das ferramentas é o facto de serem de acesso restrito aos seus clientes, permitindo-lhes que se comparem apenas entre eles. Para Pedro (2004), além da imensidão de normas legais, o setor público atualmente está a ser pressionado pela escassez de recursos financeiros, estando perante a necessidade de adoptar novos instrumentos de gestão. Assim sendo, o BSC é considerado como um instrumento interessante, capaz de trazer inovação aos serviços públicos.

“O Balanced Scorecard (BSC) é um dos instrumentos desenvolvidos para o setor privado e cuja adopção pelas instituições do setor da saúde a nível mundial tem sido ensaiada com sucesso, enquanto ferramenta de controlo de gestão e de avaliação da eficiência e eficácia das unidades de saúde” (Ribeiro, 2008: 62).

2.4.2. Balanced Scorecard

O impacto da era da informação tem sido mais revolucionário para as empresas de serviços do que para as empresas de produção, pois muitas dessas empresas, principalmente nas áreas dos transportes, dos serviços públicos, da comunicação, financeiras e prestadores de cuidados de saúde, existiram durante décadas em ambiente confortáveis e não competitivos. Estas organizações tinham pouca liberdade para entrar em novos negócios e para definir preços para os seus produtos, logo o Governo protegia-as de concorrentes potencialmente mais eficientes

e inovadores e estabelecia preços que permitiam um adequado retorno dos seus investimentos e custos base (Kaplan & Norton, 1996b).

“A introdução do conceito do BSC nas organizações envolve, por um lado, o abandono dos conceitos tradicionais de gestão, assentes numa visão fragmentada da organização, fortemente baseados nos aspetos financeiros e, por outro, a disponibilidade de uma ferramenta de gestão que permite obter uma visão holística da organização e que demonstra, em todas as perspetivas, quais são as áreas em que ela é excelente e quais as áreas onde poderá aprender com outras organizações para melhorar o seu desempenho. A sua utilização enquanto sistema de gestão estratégica, pelas organizações de excelência, ultrapassa a sua utilidade como ferramenta de avaliação da performance (sua aplicação original), na medida em que as organizações estão a utilizar o BSC para realizar processos críticos de gestão” (Ribeiro, 2008: 62).

Pedro (2004: 15) também refere que “o BSC pretende ampliar a visão dos sistemas de controlo tradicionais para além dos indicadores financeiros, em vários sentidos, incluindo: informação financeira e não financeira, informação externa e interna, informação constante sobre o desempenho organizacional e informação sobre os resultados atuais e futuros da empresa”. O mesmo autor refere que “quando é aplicada adequadamente permite ainda transformações organizacionais no sentido da ação, em especial: criar uma visão integral da organização e a sua situação atual, olhar em frente de forma proactiva, alinhar a estrutura organizativa, estabelecer iniciativas prioritizadas em direção à estratégia e influenciar o comportamento das pessoas chave. O BSC é uma construção interativa feita pelos gestores da própria organização orientados por consultores externos experientes”.

Porquê utilizar um sistema de medição? De acordo com Kaplan & Norton (1996b), o objetivo de qualquer sistema de medição deve ser motivar todos os gestores e funcionários a implementar a estratégia do negócio com sucesso. Aquelas empresas que conseguem traduzir a sua estratégia num sistema de medição estão mais aptas a executar a sua estratégia pois conseguem comunicar os seus objetivos e metas. Esta comunicação foca os gestores e os funcionários nos *drivers* críticos, possibilitando-os a alinhar os investimentos, as iniciativas e as ações com o cumprimento dos objetivos estratégicos. Jordan et al. (2011: 259) citando Robert Simons (1995) refere que “um sistema de avaliação do desempenho, tem como objetivo acompanhar e avaliar a implementação estratégica, incentivando a comunicação, a motivação e o alinhamento estratégico das iniciativas operacionais”.

Muita gente pensa na medição como um instrumento para controlar comportamentos e para avaliar a performance passada. O controlo tradicional e os sistemas de medição da performance tentavam manter os indivíduos e as unidades organizacionais em conformidade com um plano pré-estabelecido. As medidas num BSC têm sido utilizadas pelos gestores de uma forma diferente, para enunciar a estratégia do negócio, para comunicar a estratégia do negócio e para ajudar a alinhar as iniciativas individuais, organizacionais e interdepartamentais para alcançar um objetivo comum. Estes gestores estão a utilizar o scorecard como um sistema de comunicação, de informação e de aprendizagem, não como um sistema de controlo tradicional (Kaplan & Norton, 1996a). Por conseguinte, um BSC bem sucedido é aquele que comunica a estratégia através de um conjunto integrado de medidas financeiras e não financeiras. Além disso, Kaplan & Norton (1996a) referem que o scorecard com as suas 4 perspetivas fornece, não só uma imagem equilibrada da performance operacional corrente, mas também os *drivers* para a performance futura. Ou seja, os indicadores financeiros refletem os resultados de ações passadas e os indicadores não financeiros (como a satisfação dos clientes, a excelência dos processos internos ou a inovação e satisfação dos empregados) são determinantes para um bom desempenho financeiro futuro (Jordan et al., 2011).

Para tal, a implementação do BSC engloba a aplicação de 5 princípios centrais: traduzir a estratégia em termos operacionais; alinhar a organização com a estratégia; tornar a estratégia uma responsabilidade para toda a gente; tornar a estratégia um processo contínuo e mobilizar a mudança através da liderança executiva (Inamdar & Kaplan, 2002).

Porque é que é importante construir um scorecard que comunique a estratégia do negócio? 1) porque o scorecard descreve a visão de futuro da empresa a toda a organização, criando um entendimento partilhado, 2) o scorecard cria um modelo holístico da estratégia que permite a todos os funcionários verem como podem contribuir para o sucesso organizacional. Sem esta ligação, os indivíduos e os departamentos podem otimizar a sua performance local mas não contribuem para alcançar os objetivos estratégicos e 3) o scorecard foca os esforços para a mudança. Se os objetivos e medidas certas forem identificados, provavelmente irá ocorrer uma implementação bem sucedida. Se não, os investimentos e as iniciativas serão um desperdício (Kaplan & Norton, 1996b).

Segundo Kaplan & Norton (1993), o scorecard apresenta aos gestores 4 diferentes perspetivas a partir das quais se escolhem medidas, de acordo com Ribeiro (2008) estas perspetivas traduzem a visão e a estratégia global da organização definidas pela gestão de topo. As perspetivas complementam os indicadores financeiros tradicionais com medidas de performance para os clientes, para os processos internos e para as atividades de aprendizagem e crescimento (Kaplan & Norton, 1993). Este conjunto de indicadores, os quais incluem medidas financeiras que traduzem os resultados das ações passadas e medidas operacionais que funcionam como geradores da performance financeira, permitem aos gestores de topo obterem uma visão holística, imediata e compreensível do comportamento passado e previsível do negócio. Estas medidas diferem de uma forma importante daquelas utilizadas tradicionalmente, pois são uma ferramenta adequada ao controlo e à tomada de decisões, que não diz apenas onde se pretende chegar (objetivos e metas) mas também mostra o caminho que deve ser seguido (ações a desenvolver) (Ribeiro, 2008).

As medidas do scorecard são fundamentadas nos objetivos estratégicos da organização e na procura competitiva. E, ao requererem aos gestores que selecionem um número limitado de indicadores críticos dentro de cada uma das 4 perspetivas, o scorecard ajuda a focar esta visão estratégica. Além do mais, ao contrário das métricas convencionais, a informação das quatro perspetivas faculta um equilíbrio entre as medidas externas tais como o lucro operacional e as medidas internas tais como o desenvolvimento de novos produtos. Estes conjuntos equilibrados de medidas revelam as concessões que os gestores já fizeram entre as medidas de performance e encoraja-os a alcançar os seus objetivos futuros sem fazer trocas entre fatores-chave de sucesso (Kaplan & Norton, 1993).

O BSC enfatiza que as medidas financeiras e não financeiras têm que fazer parte do sistema de informação dos funcionários a todos os níveis da organização. Os funcionários da linha da frente têm que compreender as consequências financeiras das suas decisões e ações e os gestores séniores devem compreender os *drivers* para o sucesso financeiro futuro. Os objetivos e as medidas para o BSC são mais do que apenas uma coleção de medidas financeiras e não financeiras de performance, eles são resultado de um processo *top-down* dirigido pela missão e estratégia da unidade de negócio. O BSC deveria traduzir a missão e a estratégia da unidade de negócios em objetivos e medidas tangíveis. As medidas representam o balanço entre medidas externas para os *shareholders* e medidas internas de processos críticos de negócio,

inovação e aprendizagem e crescimento. As medidas são um balanço entre medidas de resultado – que resultam de eventos passados – e medidas que dirigem a performance futura. E o scorecard é o balanço entre o objetivo, medidas de resultado facilmente quantificáveis, e o subjetivo, os *drivers* da performance para as medidas de resultado (Kaplan & Norton, 1996b).

Segundo Wicks et al. (2007: 312), “o BSC inclui 4 perspectivas diferentes: financeira, cliente, processos internos e aprendizagem e crescimento, e incorpora múltiplas medidas para cada perspectiva. Kaplan e Norton (1996) enfatizam que essas medidas deveriam estar ligadas aos objetivos estratégicos, não a dados genéricos; deveriam incluir tanto os resultados como os *drivers* da performance; e deveriam ser utilizadas como a base para o planeamento estratégico e tomada de decisão de curto e longo prazo. A abordagem BSC tem sido largamente utilizada nos cuidados de saúde, não só como um quadro de planeamento estratégico, mas também como parte do sistema de medição da performance”.

Na **perspetiva dos clientes** os gestores identificam os clientes e segmentos do mercado nos quais a unidade de negócio vai competir e as medidas de performance para esses segmentos alvo (Kaplan & Norton, 1996b). O BSC também exige que os gestores traduzam a declaração geral de missão sobre o serviço ao cliente em medidas específicas que reflitam os fatores que realmente importam para os clientes (Kaplan & Norton, 2005) pois estas influenciam as medidas de resultado. As medidas de resultado centrais são a satisfação dos clientes, a retenção dos clientes, a aquisição de novos clientes, a rentabilidade dos clientes e a cota de mercado em segmentos alvo.

Na **perspetiva dos processos internos de negócio** os gestores identificam os processos internos críticos nos quais a empresa tem que ser excelente, estes têm um grande impacto na satisfação dos clientes, levando à sua retenção e à atração de novos clientes dentro do segmento alvo do mercado e a alcançar os objetivos financeiros da organização (Kaplan & Norton, 1996b). Assim sendo, alguns exemplos de fatores que afetam a satisfação dos clientes são: os prazos de entrega, a qualidade, as capacidades dos funcionários e a produtividade. As empresas também deveriam tentar identificar e medir as suas competências centrais, as tecnologias críticas necessárias para assegurar uma liderança de mercado contínua e decidir os processos e competências em que se devem destacar, e especificar medidas para cada (Kaplan & Norton, 2005).

Por fim, a **perspetiva da aprendizagem e crescimento** identifica as infraestruturas que a organização deve construir para que haja uma melhoria e

crescimento no longo prazo (Kaplan & Norton, 1996b). Esta perspetiva é importante pois os alvos para o sucesso estão em constante mudança, ou seja, a competição global intensa requer que uma empresa faça melhorias contínuas aos seus produtos e processos já existentes e que tenham a capacidade para introduzir produtos completamente novos com aptidões diferentes (Kaplan & Norton, 2005). Os principais focos desta perspetiva são: as pessoas, os sistemas e os procedimentos organizacionais. Para construir um BSC para a perspetiva de aprendizagem e crescimento devem ser contempladas três categorias principais: as capacidades dos funcionários, as capacidades dos sistemas de informação e a motivação, *empowerment* e alinhamento.

A **perspetiva financeira** serve como foco para os objetivos e medidas de todas as outras perspetivas do scorecard, pelo que cada medida selecionada deveria fazer parte de uma relação causa-efeito que culmina em melhorar a performance financeira. As medidas financeiras resumem as consequências económicas de ações que já ocorreram. Os objetivos financeiros estão relacionados com a rentabilidade e desempenham um duplo papel: eles definem a performance financeira esperada da estratégia e servem como as metas finais para os objetivos e medidas de todas as outras perspetivas do BSC (Kaplan & Norton, 1996b).

As medidas referidas são as medidas utilizadas nas empresas com fins lucrativos, as quais não podem ser aplicadas de igual forma nas empresas sem fins lucrativos. Neste caso, os objetivos de índole financeira não podem ser encarados como indicadores últimos do sucesso das organizações, ou seja, “por outras palavras, enquanto para as instituições com fins lucrativos, o cumprimento dos objetivos definidos na perspetiva financeira representa um objetivo estratégico que orienta a concepção do BSC e é o foco das restantes perspetivas, nas organizações sem fins lucrativos, como é o caso dos hospitais públicos, a perspetiva financeira representa uma limitação e não um objetivo” (Ribeiro, 2008: 66).

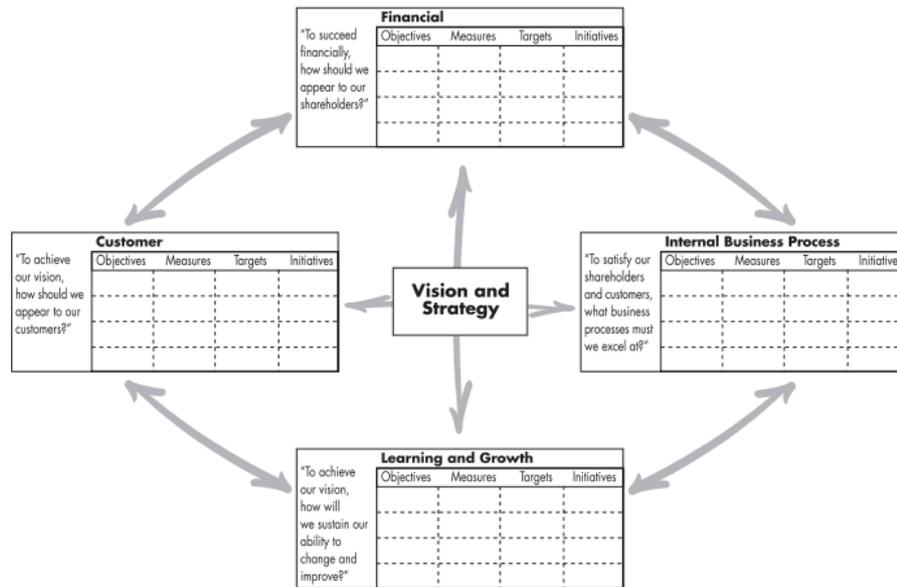


Figura 9: Translating Vision and Strategy: Four Perspectives (Kaplan & Norton 1996c: 39)

Mais importante ainda, o BSC equilibra os resultados que a organização quer alcançar (tipicamente nas perspectivas financeiras e do cliente) e os *drivers* para esses resultados (tipicamente nas perspectivas dos processos internos e de aprendizagem e crescimento). Um raciocínio causa-efeito detalhado, exposto num mapa estratégico, conecta os *drivers* da estratégia aos resultados financeiros e do cliente desejados, representando, desta forma, o sucesso da estratégia (Inamdar & Kaplan, 2002).

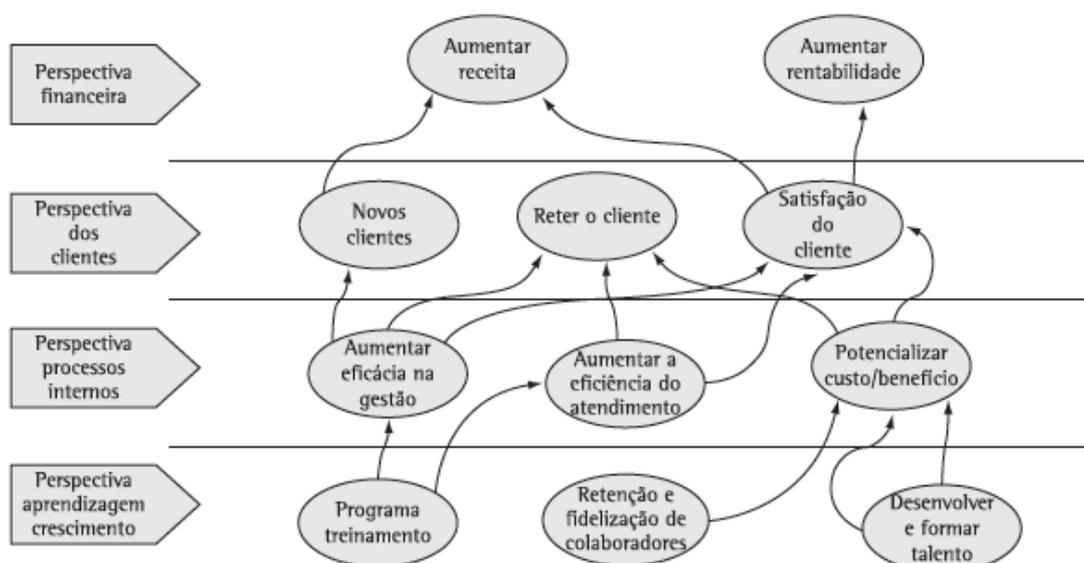


Figura 10: Exemplo de um mapa estratégico

“Sendo um instrumento de gestão inicialmente pensado para as organizações empresariais com fins lucrativos, que têm como objetivo básico o lucro, o Balanced

Scorecard constitui também uma ferramenta com forte potencial na melhoria da gestão de organizações sem fins lucrativos, para as quais o aspeto financeiro representa uma limitação e não um objetivo em si mesmo” (Ribeiro, 2008: 64). Ou seja, segundo Grigoroudis et al. (2012), no caso de instituições públicas ou sem fins lucrativos, o modelo do BSC deve considerar as características particulares deste setor, dando ênfase à missão enquanto que as instituições privadas se focam no lucro e na competição.

Também Pedro (2004: 16) refere que “as perspetivas do BSC estão todas interligadas, nenhuma pode ser vista de forma independente e a ordem é relevante. Mostram o desempenho e os resultados em toda a organização. As perspetivas do negócio no futuro determinam os objetivos estratégicos, os indicadores estratégicos a usar, as metas, os projetos estratégicos e os responsáveis. (...) O BSC é um modelo objetivo que exige a utilização sistemática de medidas objetivas de performance, foi desenhado para as empresas mas pode ser ajustado com êxito ao setor público”.

Para Jordan et al. (2011: 267), “a definição da cadeia de relações de causa e efeito depende dos atores no processo de concepção do balanced scorecard, da estratégia das organizações e da natureza das suas atividades. A ordenação apresentada entre as quatro perspetivas é defensável para entidades com fins lucrativos, podendo ser usada com outra ordenação noutra tipo de organizações, cujo fim último não seja a criação de valor para o acionista, mas o atendimento dos clientes, a satisfação das necessidades dos associados, etc.”.

Assim sendo, de acordo com o mesmo autor, em entidades públicas a primeira perspetiva a surgir será a perspetiva do cliente, visto que a finalidade destas organizações é servir o cliente, e a perspetiva financeira aparece no fim, visto que esta é uma condição necessária à realização dos objetivos principais (o orçamento disponível constitui geralmente a principal restrição), conforme se pode ver na Figura 11.

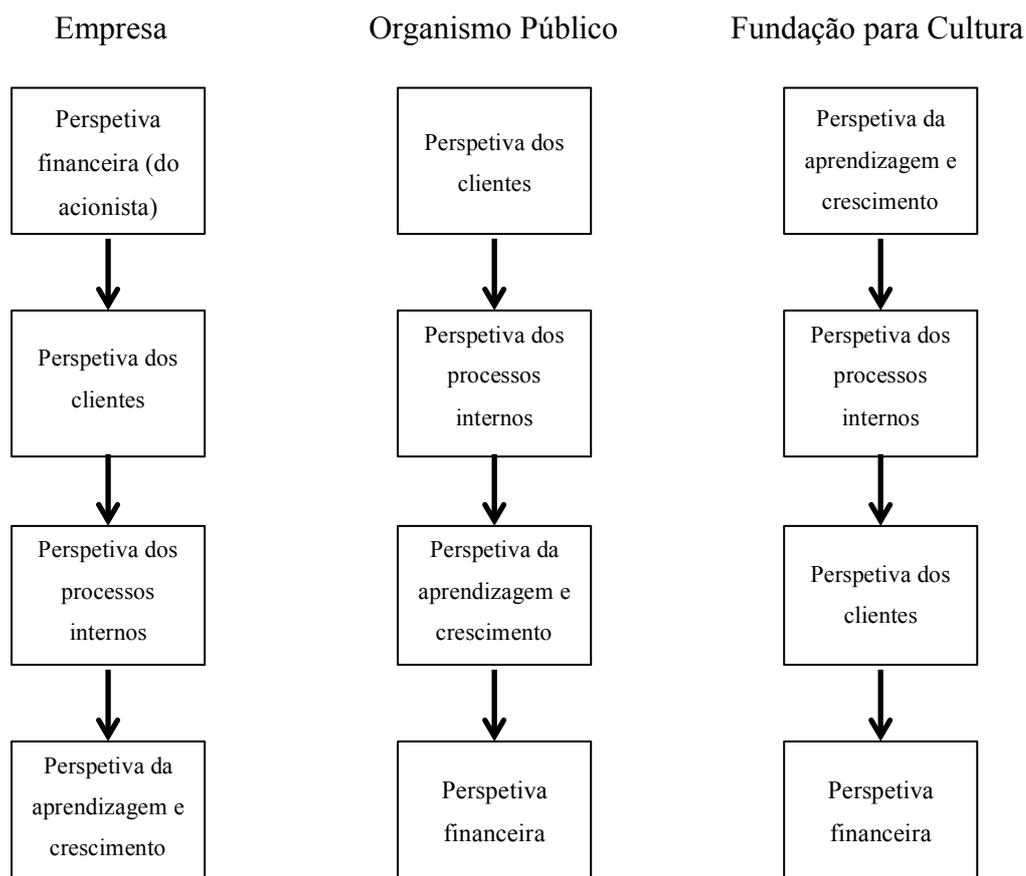


Figura 11: Ordenação das Perspetivas (Jordan et al., 2011: 268)

“A implantação da metodologia de BSC numa organização pressupõe uma visão de processo e uma orientação para o cidadão e para as empresas. Só podemos aperfeiçoar uma organização se formos capazes de identificar pontos de ineficiência e só podemos encontrar esses pontos se compreendermos perfeitamente como funcionam atualmente os processos e compará-los com uma situação ideal ou real a funcionar melhor. Quer isto dizer que só podemos inovar depois de compreender onde estamos e para onde queremos ir” (Pedro, 2004: 21).

Têm sido postas em prática algumas iniciativas saudáveis no sentido de integrar a opinião do cliente na organização dos serviços públicos, como por exemplo o Livro Amarelo. Este pretende reter e obrigar a avaliar as reclamações dos utilizadores dos serviços públicos, no entanto, raramente os cidadãos têm tempo para o preencher ou se querem sujeitar a críticas dos funcionários. Assim sendo, para que esta iniciativa fosse um êxito era necessário que os funcionários estivessem envolvidos no projeto de melhoria. O BSC é um instrumento que poderia levar a que os funcionários aceitassem as sugestões dos clientes, pois permite medir de forma

objetiva o alinhamento da perspetiva do cliente com a estratégia global da organização (Pedro, 2004).

“As disfunções não acontecem necessariamente por haver mau equipamento, más pessoas e más decisões. Na raiz da maior parte destes problemas estão processos de trabalho mal desenhados. Uma organização convenientemente estruturada é um conjunto de processos orientados e articulados para obter um fim associado aos interesses do cliente, quando alguns destes processos colapsam, toda a eficácia da organização fica visível. Um carro deixa de funcionar adequadamente ou pode parar quando uma peça fica danificada, embora todas as outras estejam em perfeito estado para funcionar em boas condições. A inovação de processo adquire assim um papel essencial porque obriga a redesenhar os serviços questionando a sua utilidade. A justificação para a inovação pode vir da necessidade de reduzir tempo de processamento dos dados do IRS, na prestação de cuidados de saúde numa urgência hospitalar ou num serviço de medicina. Inovar processos também pode ser motivado pela necessidade de redução de custos, eliminando recursos redundantes e desnecessários ou mesmo uma resposta à oferta privada dos mesmos serviços” (Pedro, 2004, 21).

Definidas todas as vantagens de construir um BSC para as organizações, os autores também identificam algumas limitações deste instrumento as quais são importantes apresentar. Assim sendo, Wicks et al. (2007) identificou 3 grandes limitações conceptuais do BSC: (1) admite o compromisso dos empregados mas não enfatiza a sua perspetiva; (2) está baseado numa filosofia de gestão baseado no controlo em vez do compromisso e (3) assume que os *trade-offs* (recompensas monetárias) são necessários para resolver os problemas, em vez de enfatizar soluções de *win-win* (funcionário ganha, mas a empresa também ganha pois evita custos se estimular o funcionário de outras formas, como participar nas tomadas de decisão).

Relativamente aos funcionários, Wicks et al. (2007) sugere que deveria existir a perspetiva dos funcionários, já que os autores do BSC sugerem ter trabalhadores motivados e preparados, no entanto, são estabelecidos objetivos e assume-se que as pessoas irão adoptar quaisquer comportamentos e ações necessários para atingir esses objetivos.

As pessoas que Inamdar & Kaplan (2002) entrevistaram para o seu trabalho também identificaram vários desafios ao desenvolvimento e implementação do BSC:

1) Obter aprovação para a implementação do BSC: como pioneiros na aplicação do BSC nos cuidados de saúde, os participantes do estudo referem como incrivelmente difícil terem suporte dos membros da administração e dos gestores séniores para o processo de desenvolvimento e implementação do BSC. Referem que os elementos mais difíceis são os diretores clínicos que referiam que os recursos despendidos no BSC eram um desperdício.

2) Obter tempo e compromisso dos gestores: o BSC causa uma grande mudança na forma como os gestores dos cuidados de saúde pensam sobre a estratégia e a sua implementação. As pessoas não aceitavam facilmente a estrutura das quatro perspetivas, sendo que os objetivos da perspetiva da aprendizagem e crescimento foram muito difíceis de aceitar. A lógica da causa e efeito também foi difícil de aprender, compreender e aplicar porque as pessoas não estavam habituadas a pensar profundamente na estratégia.

3) Desenvolver a proposição de valor para a perspetiva dos clientes: quatro grandes elementos geram receitas para os prestadores de cuidados de saúde, os contribuintes, os utentes, o governo e os médicos. Cada elemento pode exigir uma proposição de valor contraditória em termos de acesso, qualidade, custo e opção. Os gestores tiveram que fazer compensações difíceis para operacionalizar as diferentes proposições de valores com as medidas já definidas, de forma a não existir conflitos entre elas. Também, a maioria das organizações concluiu que não tinha informação suficiente sobre as preferências dos clientes e sobre a sua performance com os clientes.

4) Difundir o BSC por toda a organização: após o primeiro rascunho do BSC estar completo foi necessário muito tempo (seis meses a um ano) e muito esforço para existir consenso sobre o que era estrategicamente importante para a organização versus as medidas operacionais utilizadas para os níveis mais baixos da organização.

5) Alcançar compromisso para a implementação do BSC: muitas organizações já tinham tentado implementar outros instrumentos sem sucesso. O mesmo se verificou com o BSC pois os funcionários são sépticos e viam o BSC como “mais um capricho”. Além disso, os funcionários tinham tempo limitado para dedicar a este esforço visto terem outras responsabilidades. Este desafio foi exacerbado pelo medo de ser avaliado, visto que existem muitas interrelações nos cuidados de saúde, as quais os profissionais não têm sob o seu controlo.

6) Obter e interpretar os dados atempadamente de uma forma custo-efetiva: muitos serviços de cuidados de saúde têm que estar sincronizados para obter relatórios regulares das medidas. Obter os dados atempadamente no formato adequado era tremendamente difícil. Muitos consideravam que o custo de ter um sistema de informação com acesso à informação de diferentes fontes de forma automática, um custo exorbitante. Muitas vezes as capacidades para analisar e interpretar as medidas não existiam, tendo que as ensinar os seus funcionários.

7) Manter o scorecard simples e utilizá-lo para aprender: as organizações tinham que ser disciplinadas para evitar o excesso de indicadores, visto que a tendência era adicionar indicadores sem quaisquer resultados. A adição contínua de medidas e o atraso para ver resultados do scorecard (seis meses a um ano) tornaram difícil avaliar se as medidas estavam a motivar o comportamento adequado. Finalmente, o BSC exigia um trabalho de equipa interdisciplinar regular para que pudessem ser maximizados os seus benefícios, mas as equipas não se encontravam com regularidade para aprender com o feedback das medidas reportadas.

3. Metodologia

3.1. Objetivo

O principal objetivo deste estudo é analisar a performance global do SNS de Portugal continental, analisando a performance dos 3 principais tipos de instituições que o constituem, os hospitais, as ULS e as ARS, as quais agrupam os dados dos ACES. Este estudo também tem por objetivo a construção de um instrumento de avaliação da performance do SNS, que tenha em consideração as especificidades das instituições enunciadas. Os objetivos específicos estão definidos nas tabelas do BSC apresentadas em seguida.

3.2. Universo

Para este estudo foram consideradas todas as instituições prestadoras de cuidados pertencentes ao SNS de Portugal continental, logo o universo do estudo é a população alvo. Não foram consideradas para o estudo, apesar de pertencerem ao SNS, a Administração Central do Sistema de Saúde I. P., o Instituto Português do Sangue e da Transplantação e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge I. P., dado terem atividades muito díspares de todas as outras entidades e não serem prestadores de cuidados de saúde diretos à população.

3.3. Método e Instrumento de Recolha de Dados

De forma a dar resposta aos objetivos propostos e após a revisão da literatura realizada, o instrumento selecionado foi o BSC. Conforme referido anteriormente, este instrumento permite aos gestores terem uma visão abrangente da performance da organização relativamente aos objetivos inicialmente definidos (Grigoroudis et al., 2012). Assim sendo, e na sequência da definição inicial dos objetivos, foram definidos os indicadores a analisar para cada uma das perspetivas e, por fim, estabelecidas as metas para cada um destes. Para tal foram utilizadas as metas fixadas pela ACSS ou a DGS para alguns dos indicadores, outros estudos que utilizaram os mesmos indicadores, relatórios da OCDE (Health at a Glance) e alguma legislação, todos eles abordados na revisão da literatura realizada anteriormente. Não foi possível estabelecer metas para todos os indicadores já que não foi encontrada bibliografia que as sustentasse.

3.3.1. Balanced Scorecard Hospitais

| | Objetivos | Indicadores | Alvo |
|---|---|--|------------------------|
| Clientes | Avaliar a satisfação dos utentes com as instituições. | Índice Global de Satisfação dos Utentes Nº de Reclamações Nº de Sugestões | 100% 0 n. d. |
| | Avaliar a qualidade dos cuidados prestados. | Taxa de Prevalência de Infecção Hospitalar Taxa de Quedas Taxa de Incidência de UP | < 8% n. d. < 10% |
| | Avaliar a pressão do mercado sobre os médicos. | Nº Utentes/Médico ETC | n. d. |
| Processos Internos | Avaliar a eficiência de produção. | Nº Doentes Saídos/Cama | 50 |
| | | Tempo Médio de Internamento (teórico vs real) (dias) | 6 dias |
| | Avaliar a efetividade dos cuidados prestados. | Taxa de Readmissão em 30 dias | < 6,8% |
| | Avaliar a eficiência na utilização dos recursos. | Taxa Ocupação Camas | > 78% |
| | | Taxa Ocupação do BO | 80% |
| | Avaliar o acesso aos cuidados de saúde. | Tempo Médio de Espera para Cirurgia (dias) | ≤ 87 dias |
| Tempo Médio de Espera para Marcação de Consulta (dias) | | ≤ 80 dias | |
| Tempo Médio de Espera para ser Atendido na Consulta (min) | | 0 min | |
| Avaliar a produtividade dos médicos. | Tempo Médio de Espera para ser Atendido na Consulta (min) | 0 min | |
| | Tempo Médio de Espera na Urgência (min) | ≤ 86 min | |
| Avaliar a produtividade dos médicos. | Nº Consultas Médicas/Médico ETC | n. d. | |
| Avaliar a produtividade do pessoal não médico. | Nº Consultas não Médicas/Pessoal não Médico ETC | n. d. | |
| Aprendizagem e Crescimento | Avaliar os fatores que afetam a performance dos RH. | Taxa de Rotatividade dos Profissionais | 3-5% |
| | | % Profissionais com Vínculo à Instituição | n. d. |
| | | Taxa de Absentismo | ≤ 3% |
| | | Tempo Médio de Formação/Profissional | ≥ 35h |
| | Avaliar a satisfação dos RH. | Índice Geral de Satisfação dos Profissionais | ≥ 50% |
| Financeira | Avaliar a performance financeira. | EBITDA | ≥ 0 |
| | | ROA (RO/Ativo) | n. d. |
| | | Autonomia Financeira | ≥ 20% |

Tabela 1: Balanced Scorecard para os Hospitais

3.3.2. Balanced Scorecard Unidades Locais de Saúde

| | Objetivos | Indicadores | Alvo |
|---|--|--|------------------------|
| Clientes | Avaliar a satisfação dos utentes com as instituições. | Índice Global de Satisfação dos Utentes Nº de Reclamações Nº de Sugestões | 100% 0 n. d. |
| | Avaliar a qualidade dos cuidados prestados. | Taxa de Prevalência de Infecção Hospitalar Taxa de Quedas Taxa de Incidência de UP | < 8% n. d. < 10% |
| | Avaliar a pressão do mercado sobre os médicos. | Nº Utentes/Médico ETC | n. d. |
| Processos Internos | Avaliar a eficiência da produção. | Nº Doentes Saídos/Cama | 50 |
| | | Tempo Médio de Internamento (teórico vs real) (dias) | 6 dias |
| | Avaliar a efetividade dos cuidados prestados. | Taxa de Readmissão em 30 dias | < 6,8% |
| | Avaliar a eficiência na utilização dos recursos. | Taxa Ocupação Camas Taxa Ocupação BO | > 78% 80% |
| | Avaliar o acesso aos cuidados de saúde. | Tempo Médio de Espera para Cirurgia (dias) | ≤ 87 dias |
| | | Tempo Médio de Espera para Marcação de Consulta no Hospital (dias) | ≤ 80 dias |
| | | Tempo Médio de Espera para Marcação de Consulta nos CSP (dias) | ≤ 15 dias |
| | | Tempo Médio de Espera para ser Atendido na Consulta no Hospital (min) | 0 min |
| Tempo Médio de Espera para ser Atendido na Consulta nos CSP (min) | | 0 min | |
| Tempo Médio de Espera na Urgência (min) | ≤ 86 min | | |
| % Utentes Inscritos sem Médico de Família | 0% | | |
| Avaliar a produtividade dos médicos e pessoal não médico dos hospitais. | Nº Consultas Médicas/Médico ETC no Hospital Nº Consultas não Médicas/Pessoal não Médico ETC no Hospital | n. d. n. d. | |
| Avaliar a produtividade dos médicos e enfermeiros dos CSP. | Nº Consultas Médicas/Médico ETC nos CSP Nº Atos Enfermagem/Enfermeiro ETC nos CSP | n. d. n. d. | |
| Aprendizagem e Crescimento | Avaliar os fatores que afetam a performance dos RH. | Taxa de Rotatividade dos Profissionais | 3-5% |
| | | % Profissionais com Vínculo à Instituição | n. d. |
| | | Taxa de Absentismo | ≤ 3% |
| | | Tempo Médio de Formação/Profissional | ≥ 35h |
| Avaliar a satisfação dos RH. | Índice Geral de Satisfação dos Profissionais | ≥ 50% | |
| Financeira | Avaliar a performance financeira. | EBITDA | ≥ 0 |
| | | ROA (RO/Ativo) | n. d. |
| | | Autonomia Financeira | ≥ 20% |

Tabela 2: Balanced Scorecard para as Unidades Locais de Saúde

3.3.3. Balanced Scorecard Cuidados de Saúde Primários

| | Objetivos | Indicadores | Alvo |
|----------------------------|---|--|--------------------|
| Clientes | Avaliar a satisfação dos utentes com as instituições. | Índice Global de Satisfação dos Utes Nº de Reclamações Nº de Sugestões | 100% 0 n. d. |
| | Avaliar a pressão do mercado sobre os médicos. | Nº Utes/Médico ETC | n. d. |
| Processo Internos | Avaliar o acesso aos cuidados de saúde. | Tempo Médio de Espera Marcação de Consulta | ≤ 15 dias |
| | | Tempo Médio de Espera até ser Atendido | 0 min |
| | | % Utes Inscritos sem Médico de Família | 0% |
| | Avaliar a produtividade dos médicos. | Nº Consultas Médicas/Médico ETC | n. d. |
| | Avaliar a produtividade dos enfermeiros. | Nº Atos Enfermagem/Enfermeiro ETC | n. d. |
| Aprendizagem e Crescimento | Avaliar os fatores que afetam a performance dos RH. | Taxa de Rotatividade dos Profissionais | 3-5% |
| | | % Profissionais com Vínculo à Instituição | n. d. |
| | | Taxa de Absentismo | ≤ 3% |
| | | Tempo Médio de Formação/Profissional | ≥ 35h |
| | Avaliar a satisfação dos RH. | Índice Geral de Satisfação dos Profissionais | ≥ 50% |
| Financeira | Avaliar a performance financeira. | EBITDA | ≥ 0 |
| | | ROA (RO/Ativo) | n. d. |
| | | Autonomia Financeira | ≥ 20% |

Tabela 3: Balanced Scorecard para os Cuidados de Saúde Primários

Para a recolha dos dados foram analisados os relatórios elaborados anualmente pelas instituições, nomeadamente, os Relatórios e Contas e o Relatório de Acesso e, no caso das ARS, foram também analisados os Relatórios de Atividades que apresentam dados mais abrangentes sobre a produção ao nível dos CSP. Nos Relatórios de Atividades também foi possível retirar alguns dados sobre os hospitais e ULS respeitantes à área geográfica de cada ARS, nomeadamente, tempos médios de espera para cirurgia e consulta, taxa de ocupação das camas e tempo médio de internamento. No caso dos CSP também foi utilizado o Relatório de Auditoria às USF realizado pelo TC, pois este inclui informação sobre os tempos médios de espera para marcação de consulta e para ser atendido na consulta que não estavam contemplados nos respetivos relatórios das ARS. Os anos selecionados foram 2013 e 2014, pois à data da recolha de dados eram os anos cujos RC já estavam disponíveis para análise.

A colheita dos dados foi efetuada ao longo de cerca de 3 meses, dada a complexidade e o número de indicadores e a dimensão dos relatórios de cada instituição.

Para analisar os dados foram utilizadas 2 tipos de medidas: a média que é uma medida de tendência central e o desvio padrão que é uma medida de dispersão (Marôco, 2011). A primeira medida foi aplicada apenas aos indicadores com 2 ou mais observações ($n > 1$) e a segunda a todos aqueles a que foi aplicada a média. Posteriormente é comparada a média com a meta estabelecida para cada um dos indicadores para se verificar o seu cumprimento.

4. Análise dos Resultados

4.1. Caracterização da População

A distribuição da população pelo território português é uma das características que ajuda a compreender a forma como as instituições de saúde se distribuem pelo país. Conforme se pode verificar na Tabela 4 em baixo, cerca de 67,73% da população total do continente encontra-se distribuída pelas regiões Norte e LVT, verificando-se que as regiões do Alentejo e Algarve estão bastante desertificadas.

| Zona Geográfica | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | Total |
|---------------------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|
| População Residente | 3689609 | 2327580 | 2821699 | 757190 | 17870 | 9613948 |
| % do Total | 38,38% | 24,21% | 29,35% | 7,88% | 0,19% | 100% |

Tabela 4: Distribuição da população portuguesa pelo território português (INE, 2011)

De acordo com o Relatório dos Censos 2011 (INE, 2011), a estrutura etária da população alterou-se bastante desde 1981 até à atualidade, tendo ocorrido um fenómeno de duplo envelhecimento, caracterizado pelo aumento da população idosa e redução da população jovem. Há 30 anos, um quarto da população situava-se no escalão etário mais jovem e 11,4% no escalão dos mais idosos mas, em 2011, 19% da população tem 65 ou mais anos e apenas 15% se encontra no escalão jovem. O aumento da população mais idosa aumenta a pressão sobre os cuidados de saúde dado que, de uma forma geral, é este o grupo etário mais consumidor de recursos de saúde. A Tabela 5 mostra a distribuição da população residente (em %) pelas diferentes regiões.

| Zona Geográfica/Idade | 0-14 anos | 15-24 anos | 25-64 anos | 65 ou mais |
|-----------------------|-----------|------------|------------|------------|
| Norte | 15,1 | 11,5 | 56,2 | 17,2 |
| Centro | 13,7 | 10,3 | 53,5 | 22,5 |
| LVT | 15,5 | 10,4 | 55,7 | 18,4 |
| Alentejo | 13,6 | 9,7 | 52,4 | 24,3 |
| Algarve | 14,9 | 10,1 | 55,5 | 19,6 |

Tabela 5: Distribuição da população portuguesa pelos escalões etários, em % (INE, 2011)

Relativamente ao nível de instrução, segundo o Relatório dos Censos 2011, a população progrediu de forma muito expressiva na última década, tendo diminuído a

população com níveis de instrução mais reduzidos e aumentado nos níveis de qualificação superior, tendo esta última quase duplicado na última década. Destes 37% reside em LVT, 30% na região Norte e 19,6% na região Centro (INE, 2011).

A amostra do estudo como já foi referido é constituída pela população, ou seja, pelas instituições de prestação direta de cuidados do SNS de Portugal continental, nomeadamente, os hospitais (designação dada aos hospitais e centros hospitalares), as ULS e as ARS que agrupam todos os ACES, num total de 51 instituições. Em Portugal continental os diferentes tipos de instituições distribuem-se ao longo do país conforme se pode ver no gráfico 1.

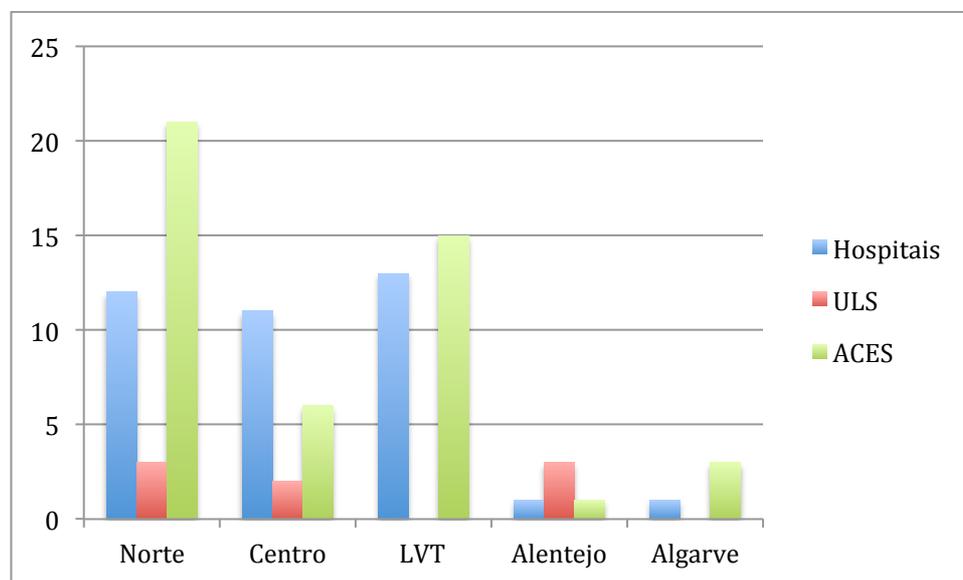


Figura 12: Distribuição das instituições de saúde por tipo e localização ¹

Observando a distribuição da população portuguesa pelo território continental consegue-se perceber a discrepância verificada na distribuição das instituições.

As instituições de saúde também têm que ser classificadas de acordo com o seu tipo de gestão dado que “a empresarialização dos hospitais teve como propósito a modernização dos hospitais, a agilização da sua capacidade de resposta à população e a gestão mais eficiente da aplicação dos recursos públicos, na prossecução do seu objetivo primordial: servir o doente de forma mais qualificada, mais célere, mais eficaz e mais humana” (Diniz, 2013: 24). Ou seja, o tipo de gestão das instituições é

¹ A região do Algarve tinha 2 centros hospitalares que se fundiram em Julho de 2013, pelo que foi considerado que tem apenas 1.

uma característica importante, visto que a gestão empresarial das instituições de saúde foi criada no sentido de ser um elemento facilitador e potenciador da maior eficiência dos hospitais públicos. Assim, relativamente ao tipo de gestão da instituição existem 7 hospitais e 5 ARS que pertencem ao SPA e os restantes 31 hospitais e 8 ULS pertencem ao SEE. Neste estudo não foram consideradas as PPP pois, em termos da sua gestão, distinguem-se muito das outras condicionando os resultados do estudo.

Não é considerada como característica importante a classificação das instituições hospitalares e ULS de acordo com a natureza das suas responsabilidades, quadro de valências exercidas e seu posicionamento na rede hospitalar, visto que as instituições não serão analisadas entre si.

4.2. Apresentação dos Resultados e Discussão

Após a colheita dos dados nos diversos relatórios das instituições estes foram organizados em excel, foram calculadas as médias e o respetivo desvio-padrão para cada um dos indicadores e, posteriormente, foram dispostos em 4 tabelas de acordo com as 4 perspetivas do BSC, permitindo uma análise dos dados perspetiva a perspetiva e possibilitando ter uma visão geral dos resultados dos diferentes tipo de instituições para cada indicador. As tabelas do BSC efetuadas são apresentadas em seguida, com a respetiva análise e discussão dos resultados.

Como se pode verificar ao olhar para as tabelas, cada um dos indicadores apresenta o respetivo número de observações (n). Esta informação permite a percepção da representatividade dos resultados de determinados indicadores, dado que, como foi referido na metodologia, sempre que $n > 1$ foi calculada a respetiva média e desvio padrão. Foi necessário proceder desta forma pois não há uniformização dos RC das instituições de saúde, não sendo possível recolher para todas elas toda a informação desejada sobre cada um dos indicadores.

Começando pela perspetiva do cliente, verifica-se ao observar a Tabela 6 que, de um modo geral, qualquer um dos 3 tipos de instituição demonstra uma escassez de observações. Nesta perspetiva, verifica-se que os hospitais são as instituições que mais dados apresentam, não tendo sido possível obtê-los para as ULS para indicadores como a taxa de infeção hospitalar, taxa de quedas e taxa de incidência de UP, assim como para o índice global de satisfação dos utentes nas ULS e ARS.

Nas últimas décadas, a avaliação da satisfação dos utentes passou a ser uma medida da qualidade na prestação de cuidados de saúde públicos e as atividades de

garantia e melhoria da qualidade têm vindo a ser encaradas como parte do processo de cuidados médicos e até mesmo dos programas políticos conforme OPSS (2003). Apesar desta preocupação crescente, não foi possível recolher dados representativos sobre o índice global de satisfação dos utentes, visto que na população estudada apenas 9 instituições em 2013 e 7 em 2014 é que apresentam algum tipo de análise da satisfação dos seus utentes. Estas análises diferem de instituição para instituição, o que não permite uma análise comparativa, porque as escalas utilizadas são diferentes.

No entanto, têm sido realizados estudos, como o apresentado no Relatório de Primavera de 2003 da OPSS, “Saúde e Doença em Portugal”, o qual avaliou a satisfação dos utentes relativamente aos serviços públicos de saúde. Este estudo demonstrou que a maioria dos utentes estão satisfeitos, no entanto, existem 2 áreas onde se verifica uma maior insatisfação, as consultas externas hospitalares e os serviços de urgência. Por sua vez, os centros de saúde e os internamentos hospitalares são as áreas onde se verificam maiores níveis de satisfação entre os cidadãos (OPSS, 2003).

Neste estudo referido por OPSS (2003: 32), verificou-se que dos “utentes 77,8% referiram como positiva a avaliação da última consulta nos hospitais públicos e 67,2% referiram como boa a avaliação global dos cuidados recebidos. Os serviços de urgência foi onde se verificou um menor nível de satisfação e em relação aos quais 61,9% referiram terem ficado satisfeitos com o tratamento aí recebido”. No entanto, segundo Villaverde Cabral citado por OPSS (2003), estes números contrastam com a informação divulgada diariamente pelos *mass media*. O autor referido verificou que os títulos dos jornais “refletem bem a forma predominantemente negativa da cobertura mediática dos problemas de saúde na sociedade portuguesa”. O mesmo autor refere que “a representação negativa que a população, sobretudo aquela que não possui experiência pessoal dos serviços públicos de saúde, é levada a construir a partir dos *mass media*, pode ter os efeitos mais desencontrados”.

Relativamente aos cuidados de saúde primários, dos 54% dos inquiridos que utilizaram o centro de saúde pelo menos uma vez no último ano, 49,3% avaliaram os cuidados prestados como bons ou muito bons e apenas 12,7% os consideraram maus ou muito maus, verificando-se que 58% dos indivíduos têm uma boa relação com o seu médico do Centro de Saúde (OPSS, 2003). Um outro estudo referido pelo mesmo autor, “A voz dos utentes dos centros de saúde”, que avaliou as seguintes componentes dos cuidados: (i) cuidados médicos, (ii) relação e comunicação, (iii)

informação e apoio, (iv) continuidade e cooperação e (v) organização dos serviços, verificou um índice de satisfação global de 70%. Com estes resultados conclui-se mais uma vez que existe uma boa aceitação dos utentes dos centros de saúde relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, o que mostra que estes confiam nos serviços, têm com eles uma boa relação e que estão satisfeitos. Contudo, o nível de satisfação dos utentes relativamente à organização e gestão dos centros de saúde e às redes de referência do SNS revelou-se bastante mais reduzido (OPSS, 2003).

Analisando os dados anteriores pode-se afirmar que em Portugal as pessoas recebem cuidados de qualidade e que se tem verificado uma melhoria contínua destes. Isto é particularmente verdade se nos restringirmos às componentes técnicas dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (OPSS, 2003). No entanto, o Relatório de Primavera 2003, refere que se formos analisar as áreas organizacionais ou a resposta dos serviços de saúde em áreas como o respeito do sistema pelos cidadãos como pessoas (respeito pela dignidade, confidencialidade, direito à informação e autonomia na participação das escolhas relacionada com a sua saúde) e a forma como estes cidadãos são recebidos enquanto consumidores de cuidados (prontidão no atendimento, amenidades adequadas, acesso a redes de apoio social e liberdade de escolha do prestador e da instituição), o panorama é diferente e não é tão bom.

Outra forma de avaliação da qualidade dos cuidados é através do número de reclamações realizadas pelos cidadãos portugueses nas instituições que frequentam. De acordo com Villaverde Cabral, citado no Relatório de Primavera da OPSS (2003: 33), há uma “baixa propensão da população portuguesa para a mobilização e participação sociais observada em todo o género de estudos sociológicos”, com apenas 4,9% dos inquiridos no estudo a referirem que já apresentaram pelo menos uma vez uma reclamação. Neste mesmo estudo, 21,8% dos indivíduos que não reclamaram, referiram que não o fizeram porque acharam inútil efetuar qualquer reclamação (OPSS, 2003). O número de reclamações foi objeto de análise neste estudo e, como se pode ver pela Tabela 6, é o indicador com maior número de observações (32 em 2013 e 30 em 2014), demonstrando que nos 3 tipos de instituições em média o seu número é bastante superior à meta que se pretende atingir, 0 reclamações quando em média as instituições têm > 600 reclamações por ano.

Os indicadores que permitem analisar a qualidade técnica dos cuidados hospitalares apenas são analisados por 3 hospitais em 2013 e 1 em 2014. Para a taxas de prevalência de infeções hospitalares e de incidência de UP as metas foram cumpridas, no entanto, dado que o número de observações é muito baixo, os resultados não são representativos do que se passa nas instituições de cuidados de saúde portuguesas. Estes indicadores são de extrema importância, conforme refere o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais no Relatório sobre A Organização Interna e a Governação dos Hospitais, pois, por exemplo, as infeções podem afetar os profissionais de saúde no decorrer da sua atividade e as quedas são um fator de morbilidade (e até de mortalidade), susceptíveis de aumentar o número e severidade das complicações, levando a um aumento dos custos, do tempo de internamento e do número de MCDT's, pelo que são um importante indicador de qualidade e segurança do doente em meio hospitalar (Ministério da Saúde, 2010).

Ao nível dos CSP a falta de informação é atribuída ao índice global de satisfação dos utentes e ao número de utentes por médico ETC – 40h. Relativamente a este último indicador, que permite analisar a pressão sobre os profissionais, particularmente os médicos, verifica-se que no universo de 5 ARS, nenhuma apresenta o número de médicos ETC, pelo que não é possível analisar o indicador.

O indicador nº utentes/médico ETC – 40h não está presente na análise de dados para os hospitais, dado que, de acordo com o relatório da ACSS sobre as necessidades atuais e futuras previsionais de médicos (ACSS, 2011), a análise deste rácio deveria ser feita discriminadamente para cada uma das especialidades, o que não é possível num trabalho deste género. No entanto, como é importante a sua consideração numa análise hospitalar, este foi mantido na estrutura inicial do BSC e fica como sugestão para trabalho futuro.

| | Indicadores em Estudo | Metas | Instituições | Média | | Desvio Padrão | | n | |
|-----------------------------|--|-------|--------------|--------|--------|---------------|--------|------|------|
| | | | | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 |
| Clientes | Índice global de satisfação dos utentes | 100% | Hospital | - | - | - | - | 1 | 1 |
| | | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | | | ARS | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | Nº de reclamações | 0 | Hospital | 695,61 | 817 | 725,98 | 782,98 | 28 | 26 |
| | | | ULS | 616 | 693,67 | 79,20 | 146,27 | 2 | 3 |
| | | | ARS | 4726,5 | - | 5578,37 | - | 2 | 1 |
| | Nº de sugestões | n. d. | Hospital | 13 | 21,35 | 11,04 | 31,11 | 17 | 17 |
| | | | ULS | - | - | - | - | 1 | 1 |
| | | | ARS | 56,5 | - | 75,66 | - | 2 | 1 |
| | Taxa de Prevalência de Infecção Hospitalar | < 8% | Hospital | 6,10% | - | 6,03% | - | 3 | 1 |
| | | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | Taxa de quedas | n. d. | Hospital | 6,66% | - | 1,71% | - | 2 | 1 |
| | | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | Taxa de incidência de UP | < 10% | Hospital | 3,82% | - | 4,21% | - | 2 | 1 |
| ULS | | | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| Nº Utentes/Médico ETC – 40h | 1235 | ARS | - | - | - | - | 0 | 0 | |

Tabela 6: Perspetiva do Cliente

Na perspetiva dos processos internos há vários indicadores para os quais não foi possível obter dados, como se pode ver na Tabela 7 abaixo, nomeadamente, ao nível hospitalar não há informação sobre o tempo médio de espera para ser atendido na consulta e o número de profissionais médicos e não médicos ETC que fazem consulta. Ao nível das ULS a informação pretendida que deveria estar presente nos relatórios ainda é mais escassa, já que, para além dos indicadores referidos, não existem dados para o tempo médio de espera para marcação e para ser atendido em consulta de CSP, o número de consultas médicas por médico ETC e o número de atos de enfermagem por enfermeiro ETC. Para esta perspetiva as ARS não apresentam dados sobre o número de médicos e enfermeiros ETC, não sendo possível a análise do número de consultas por estes profissionais.

Relativamente ao número de doentes saídos por cama observa-se que em média tanto os hospitais como as ULS, nos 2 anos analisados, ficaram aquém da meta estabelecida pela DGS, verificando-se um aumento a nível hospitalar de 39,29 para 40,15 e uma redução nas ULS de 39,1 para 36,6. Analisando o desvio padrão pode-se concluir que nenhuma destas instituições sequer se aproximou dos 50 doentes saídos por cama. A par deste indicador devem ser analisados outros dois: a taxa de

readmissão e o tempo médio de internamento real, visto que se podem influenciar uns aos outros, ou seja, tempos de internamentos demasiado curtos, motivados pela pressão financeira para dar alta, podem levar ao aumento do número de doentes saídos por cama, melhorando este indicador, e ao aumento do risco de readmissão se as altas forem dadas de forma demasiado precoce, pelo risco de não serem detetadas ou tratadas de forma definitiva determinadas complicações durante o internamento, conforme refere Costa & Lopes (2014). Observando a Tabela 7 verifica-se que o tempo médio de internamento aumentou para os hospitais e ULS, a par de um aumento do número de doentes saídos por cama nos hospitais e redução nas ULS e de um aumento da taxa de readmissão a 30 dias em ambas as instituições. Nenhum dos três indicadores cumpre as metas estabelecidas.

Relativamente à taxa de readmissão a 30 dias, conforme se pode ver na Tabela 7, em média não é cumprido o valor da meta estabelecida em nenhum dos anos e a sua dispersão é pequena. Neste caso, observando a média e respetivo desvio padrão verifica-se que há instituições que cumprem a meta estabelecida. Este indicador é contratualizado anualmente com a ACSS e, pela sua análise mais aprofundada, verifica-se que dos hospitais que apresentaram o valor contratualizado e o real no seu relatório, apenas 19,05% o cumpriram em 2013 e 11,76% em 2014, e no caso das ULS, 16,67% em 2013 e em 2014, ou seja, a maioria destes ficou aquém da meta por si contratualizada.

O tempo médio de internamento é outro dos indicadores que a ACSS contratualiza com os hospitais e ULS anualmente e cuja meta definida pela DGS é de 6 dias. Pela análise da média do tempo médio de internamento teórico pode-se perceber que nem na contratualização estas instituições conseguem cumprir o exigido para este indicador. Além disso, em termos reais também se verifica que em média as instituições não cumpriram aquilo que foi contratualizado com a ACSS, logo também não cumprem a meta. Assim sendo, verificou-se que, para os hospitais e ULS que apresentaram os valores teóricos e reais, no caso dos hospitais apenas 37,5% em 2013 e 26,32% em 2014 cumpriram aquilo que por si foi contratualizado e no caso das ULS 42,86% em 2013 e 16,67%.

Relativamente à taxa de ocupação das camas, em média tanto os hospitais como as ULS cumprem a meta estabelecida nos 2 anos, verificando-se uma ligeira melhoria do indicador de um ano para o outro nos hospitais e o inverso para as ULS. Ao analisar o desvio padrão pode-se concluir que continuam a existir hospitais que

não cumprem a meta deste indicador. Para a taxa de ocupação do BO em média os hospitais, em 2013, não alcançaram a meta, mas com um nível de representatividade do resultado baixo, dado que só 2 hospitais é que apresentaram este indicador.

Abordando a temática do acesso aos cuidados de saúde, há 4 indicadores de extrema importância, são eles o tempo médio de espera para marcação de cirurgia, de consulta no hospital, de consulta nos CSP e para ser atendido na urgência. Relativamente aos 3 tipos de instituições analisadas nenhuma conseguiu atingir a meta estabelecida para estes indicadores. Para as ULS, a média do tempo médio de espera para marcação de cirurgia e de consulta no hospital piorou de um ano para o outro, ao contrário daquilo que se verificou para os hospitais para estes indicadores. Para os CSP, a média do tempo médio de espera para marcação de consulta apresenta uma melhoria de um ano para o outro. Ao analisar o desvio padrão para estes indicadores percebe-se que há hospitais e ULS a cumprirem a meta estabelecida, ao contrário daquilo que acontece com as ARS. De acordo com a ERS (2013), o incumprimento dos TMRG gerou, no segundo semestre de 2012, reclamações em 45% dos estabelecimentos de saúde.

O tempo médio despendido à espera para ser atendido na consulta só é apresentado pelas ARS e em média também não alcançou a meta, registando-se uma ligeira melhoria de 2013 para 2014. Relativamente à média do tempo médio de espera para ser atendido na urgência, a percentagem de hospitais e ULS que apresentam este valor, conforme se pode verificar pelo respetivo n , é muito baixa, mas não deixa de permitir afirmar que, para as unidades que apresentam este valor, a meta não é cumprida, logo os TMRG também não. Além disso, o tempo médio piorou bastante de 2013 para 2014, existindo mesmo um hospital que tem um tempo médio de espera para os doentes considerados emergentes, de 13 minutos, os quais de acordo com Santos et al. (2013) deveriam ser atendidos imediatamente e cujo estudo provou que são um grupo com elevado risco de morte. O mesmo estudo também refere existir um problema de sobrelotação, verificando-se que os utentes com níveis de prioridade baixo poderiam ser redirecionados para os cuidados de saúde primários.

Por fim, ainda relativo ao acesso, é necessário analisar a percentagem média de utentes inscritos nos CSP que não têm médico de família, verificando-se que não cumpre a meta estabelecida. Da análise dos dados verifica-se que as regiões de LVT e Algarve estão entre as ARS com piores resultados para este indicador e que a percentagem de utentes sem médico de família aumentou de 2013 para 2014, estando

em consonância com o Relatório do TC (2015). Este indicador sofre sempre uma influência externa, dado que há utentes que não têm médico de família por opção, neste caso, cerca de 0,2%, o que pode levar a que este indicador nunca seja cumprido.

| | Indicadores em Estudo | Metas | Instituições | Média | | Desvio Padrão | | n | |
|---|--|-----------|--------------|------------|--------|---------------|-------|------|------|
| | | | | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 |
| Processos Internos | Nº Doentes Saídos/Cama | 50 | Hospital | 39,29 | 40,15 | 8,43 | 5,92 | 31 | 24 |
| | | | ULS | 39,10 | 36,60 | 5,73 | 4,35 | 8 | 7 |
| | Tempo Médio de Internamento Teórico (dias) | 6 dias | Hospital | 7,40 | 7,27 | 0,88 | 0,81 | 24 | 21 |
| | | | ULS | 7,61 | 7,32 | 7,67 | 7,84 | 7 | 7 |
| | Hospital | | 7,67 | 7,73 | 1,01 | 0,96 | 33 | 26 | |
| | ULS | | 7,67 | 7,84 | 0,73 | 0,67 | 8 | 7 | |
| | Tempo Médio de Internamento Real (dias) | < 6,8% | Hospital | 8,22% | 8,31% | 1,94% | 1,47% | 21 | 17 |
| | | | ULS | 7,41% | 7,45% | 2,26% | 2,20% | 7 | 6 |
| | Taxa de Readmissão em 30 dias | 78% | Hospital | 82,66% | 82,87% | 5,69% | 6,80% | 30 | 25 |
| | | | ULS | 83,0% | 81,9% | 6,81% | 9,38% | 7 | 6 |
| | Taxa Ocupação Camas | 80% | Hospital | 72,07% | - | 23,67% | - | 2 | 1 |
| | | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | Tempo Médio de Espera para Marcação Cirurgia (dias) | ≤ 87 dias | Hospital | 126,07 | 122,53 | 51,40 | 44,89 | 31 | 25 |
| | | | ULS | 117 | 141 | 41,74 | 52,74 | 6 | 3 |
| | Tempo Médio de Espera para Marcação Consulta Hospital (dias) | ≤ 80 dias | Hospital | 139,20 | 128,00 | 58,73 | 69,86 | 32 | 32 |
| | | | ULS | 113,72 | 130,59 | 35,16 | 59,16 | 5 | 5 |
| | Tempo Médio de Espera para Marcação Consulta CSP (dias) | ≤ 15 dias | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | | | ARS | 49,4 | 44,6 | 12,99 | 11,06 | 5 | 5 |
| | Tempo Médio de Espera para ser Atendido Consulta (min) | 0 min | Hospital | - | - | - | - | 0 | 0 |
| | | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 |
| ARS | | | 61,8 | 60 | 14,13 | 12,39 | 5 | 5 | |
| Tempo Médio de Espera para ser Atendido Urgência (dias) | ≤ 86 min | Hospital | 90min10seg | 162min7seg | - | - | 3 | 3 | |
| | | ULS | - | 98min56seg | - | - | 1 | 3 | |
| % Utentes Inscritos sem Médico de Família | 0% | ULS | 2,51% | 1,61% | 1,45% | 0,65% | 5 | 4 | |
| | | ARS | 14,31% | 15,52% | 15,18% | 16,46% | 5 | 5 | |
| Nº Consultas Médicas/Médico ETC no Hospital | n. d. | Hospital | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| Nº Consultas não Médicas/Pessoal não Médico ETC no Hospital | n. d. | Hospital | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| Nº Consultas Médicas/Médico ETC nos CSP | n. d. | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| | | ARS | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| Nº Atos Enfermagem/Enfermeiro ETC nos CSP | n. d. | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| | | ARS | - | - | - | - | 0 | 0 | |

Tabela 7: Perspetiva dos Processos Internos

Na perspetiva de aprendizagem e crescimento as personagens principais deixam de ser os utentes e passam a ser os profissionais das instituições. Os indicadores desta perspetiva são de extrema importância visto que uma boa performance dos profissionais é essencial para que a performance de todos os indicadores anteriores admita uma melhoria progressiva, conforme refere Kaplan & Norton (1996b), os objetivos desta perspetiva fornecem a infraestrutura para permitir que os objetivos das outras três perspetivas sejam atingidos e se alcancem excelentes resultados. Por exemplo, o Relatório elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, refere estudos em que os indicadores de qualidade analisados anteriormente, taxa de infeção hospitalar, taxa de UP e taxa de quedas, são complicações que foram associadas a uma baixa dotação de enfermeiros (Ministério da Saúde, 2010).

De acordo com Castro (2011), os recursos humanos correspondem a cerca de 34,38% da estrutura de custos nas instituições de saúde, pelo que todas as variações que ocorrem neste grupo têm um impacto muito grande nas instituições, tanto ao nível dos custos como também ao nível da produtividade e da qualidade dos serviços (Poeira & Mamede, 2011). Neste caso, os autores referem que num estudo realizado em Inglaterra, os custos com a rotatividade dos profissionais de saúde num centro médico principal representavam 3,4-5,8% do orçamento de funcionamento anual. O impacto de questões como esta torna muito relevante a análise seguinte.

Analisando a Tabela 8, verifica-se que em média a taxa de rotatividade está dentro da meta para as ULS em ambos os anos, que em média os hospitais em 2013 também a cumpriram, mas em 2014 excederam ligeiramente o limiar superior, assim como aconteceu com as ARS nos 2 anos. De acordo com Stancato & Zilli (2010), se estas taxas ligeiramente mais elevadas não alterarem a estabilidade da organização, então não são um problema para a organização. Não foi possível analisar a percentagem média de profissionais com vínculo à instituição visto não terem sido encontrados dados disponíveis na literatura para definir uma meta para este indicador.

A média da taxa de absentismo não cumpre a meta estabelecida em nenhuma das instituições ou anos analisados e, analisando o desvio padrão, não há nenhuma instituição que cumpra a meta. O mesmo se verifica para a média de horas de formação por profissional, a qual “é um pilar essencial na dinâmica de funcionamento dos hospitais, é necessária e fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de

saúde, introduzir mudanças e atualização nos contextos de trabalho e da organização dos serviços, assumindo um papel fulcral na política de gestão dos recursos humanos” (Ministério da Saúde, 2010: 33). Neste caso, em média as instituições não cumprem nem metade do número de horas de formação recomendada por profissional por ano, essencial não só para transmitir conhecimentos, a formação é imperiosa para desenvolver capacidades (Ministério da Saúde, 2010), além de ser crucial no suporte de um processo de mudança.

Por fim, o índice geral de satisfação dos profissionais tem uma baixa representatividade, dado que apenas 2 hospitais em 2013 e 1 em 2014 apresenta um valor para este indicador, denotando-se que ainda existe pouca preocupação com este aspeto nas instituições de saúde.

| | Indicadores em Estudo | Metas | Instituições | Média | | Desvio Padrão | | n | |
|--|---|----------|--------------|--------|--------|---------------|--------|------|------|
| | | | | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 |
| Aprendizagem e Crescimento | Taxa de Rotatividade dos Profissionais | 3-5% | Hospital | 4,92% | 7,77% | 1,60% | 2,63% | 12 | 11 |
| | | | ULS | 3,50% | 4,64% | 0,13% | 0,64% | 3 | 3 |
| | | | ARS | 6,80% | 8,46% | 4,17% | 0,83% | 3 | 2 |
| | % Profissionais com Vínculo à Instituição | n. d. | Hospital | 62,69% | 56,96% | 15,20% | 15,77% | 29 | 21 |
| | | | ULS | 60,42% | 64,31% | 16,24% | 6,68% | 6 | 5 |
| | | | ARS | 97,70% | 95,44% | 1,81% | 5,45% | 4 | 3 |
| | Taxa de Absentismo | ≤ 3% | Hospital | 8,81% | 11,12% | 1,79% | 2,96% | 21 | 17 |
| | | | ULS | 8,06% | 7,33% | 3,13% | 1,08% | 4 | 3 |
| | | | ARS | 7,98% | 10,18% | 0,93% | 2,16% | 3 | 3 |
| | Tempo Médio de Formação/Profissional | ≥ 35h | Hospital | 8,28 | 10,35 | 9,86 | 9,26 | 22 | 17 |
| | | | ULS | 9,01 | 13,66 | 3,58 | 3,29 | 3 | 2 |
| | | | ARS | 12,11 | - | 4,92 | - | 2 | 0 |
| Índice Geral de Satisfação dos Profissionais | ≥ 50% | Hospital | 67% | - | 21,21% | - | 2 | 1 | |
| | | ULS | - | - | - | - | 0 | 0 | |
| | | ARS | - | - | - | - | 0 | 0 | |

Tabela 8: Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento

Finalmente, na perspetiva financeira as ARS não serão analisadas pois as suas contas englobam as verbas de financiamento das farmácias pertencentes a cada uma das ARS, não permitindo uma análise realística dos resultados financeiros dos ACES. Assim sendo, ao analisar o EBITDA médio dos hospitais e ULS pode verificar-se que em média houve uma melhoria muito grande dos resultados para este indicador de 2013 para 2014, passando de valores médios negativos para valores médios positivos.

A sua dispersão também reduziu de um ano para o outro, de uma forma mais significativa ao nível dos hospitais do que das ULS.

Apesar do ROA não ter uma meta definida, pode-se afirmar que em média os resultados obtidos para o indicador não são favoráveis a uma boa performance, dado que, tanto em 2013 como em 2014, em média, os hospitais e as ULS tiveram um valor médio de ROA negativo. Isto significa que os resultados operacionais foram negativos, ou seja, as instituições têm custos e perdas operacionais superiores aos proveitos e ganhos operacionais, logo o desempenho operacional da empresa é deficiente.

Relativamente à autonomia financeira quanto mais elevada maior é o equilíbrio da situação económico-financeira da empresa, pois significa que a empresa consegue financiar a sua atividade com os capitais próprios, sem recorrer a capital alheio (Neves, 2012). Assim sendo, de acordo com a meta definida, verifica-se que em média este equilíbrio melhorou bastante de 2013 para 2014 relativamente aos hospitais e ULS, e que estes, em média, passaram a cumprir a meta estabelecida para o indicador. Analisando a grande dispersão dada pelo desvio padrão pode-se retirar que os desempenhos ao nível deste indicador são muitos díspares e que há instituições com um desempenho muito negativo.

| | Indicadores em Estudo | Metas | Instituições | Média | | Desvio Padrão | | n | |
|------------|-----------------------|-------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|------|
| | | | | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 |
| Financeira | EBITDA | ≥ 0 | Hospital | -4 803 787,69 € | 1 228 356,12 € | 12 891 659,71 € | 4 385 931,85 € | 34 | 27 |
| | | | ULS | -88 313,94 € | 1 891 112,20 € | 5 915 125,04 € | 4 023 727,63 € | 8 | 8 |
| | | | ARS | 18 995 535,52 € | -7 659 935,19 € | 32 952 210,49 € | 10 784 615,11 € | 5 | 4 |
| | ROA | n. d. | Hospital | -10,19% | -3,87% | 14,75% | 7,68% | 38 | 30 |
| | | | ULS | -1,46% | -1,27% | 12,05% | 6,09% | 8 | 8 |
| | | | ARS | 2,20% | -2,14% | 12,24% | 11,21% | 5 | 4 |
| | Autonomia Financeira | ≥ 20% | Hospital | -5,62% | 22,77% | 69,94% | 38,72% | 38 | 29 |
| | | | ULS | 5,72% | 23,85% | 41,34% | 26,69% | 8 | 8 |
| | | | ARS | 16,44% | -4,68% | 25,91% | 23,76% | 5 | 4 |

Tabela 9: Perspetiva Financeira

5. Conclusões, Contribuições, Limitações e Trabalhos Futuros

5.1. Conclusões

“Os serviços de saúde existem para proporcionarem cuidados de qualidade susceptíveis de melhorar o estado de saúde da população portuguesa” (OPSS, 2003: 105). Assim sendo, o mesmo autor refere que as reformas de gestão interessam se forem capazes de contribuir para essa melhoria de resultados, tendo como o objetivo final acentuar o princípio enunciado. Por outro lado, a OCDE (2002) afirma que o objetivo último da prestação de cuidados de saúde é a prestação equitativa, eficiente e eficaz dos serviços que o utente quer e necessita, não só de uma forma aceitável para estes, mas também para os prestadores de cuidados. Ou seja, cada sistema procura maximizar o impacto positivo tanto na saúde dos indivíduos como das comunidades, a um custo que é aceitável para aqueles que financiam os sistemas de saúde tanto direta como indiretamente.

Alves reforça a ideia de que o sistema de saúde em primeiro lugar deve cumprir a sua missão, ou seja, produzir bons cuidados, com eficácia, qualidade e segurança, satisfação de doentes e profissionais, que melhorem a saúde e a qualidade de vida da população. No entanto, deve ter em conta um fim único: aumentar a produtividade das empresas e do país, o equilíbrio das pessoas e das famílias e a coesão da população. Alguns bons resultados em saúde permitem menores encargos no futuro, como por exemplo a redução de incapacidades (Alves, 2012).

Da mesma maneira que o fez Kaplan & Norton, também a OCDE (2002) questiona sobre porquê medir a performance, neste caso, dos sistemas de saúde? Em resposta a esta pergunta refere que a avaliação da performance é a única forma de compreender o que está a ser feito de forma correta, onde se está a falhar e que tipo de soluções têm sido eficientes noutras instituições (OCDE, 2002). Segundo o Ministério da Saúde (2010), a avaliação, teimosamente escassa e pouco rigorosa, que tem sido feita, é um elemento crítico no funcionamento global do sistema de saúde, mas também para o processo de mudança, tanto na prestação de cuidados de saúde como na sua gestão. Outro autor refere que, no setor público, o financiamento raramente está associado à produção, sendo pouco habitual falar-se em performance (Pedro, 2004). Assim sendo, o principal objetivo deste estudo que era analisar a performance

global do SNS de Portugal continental não foi atingida, não só pela indisponibilidade de metas para alguns indicadores como pelas dificuldades encontradas ao longo do estudo em alguns casos obter dados e noutros casos, dados que fossem coerentes. Todas estas limitações e outras que foram encontradas neste percurso serão detalhadas em seguida em capítulo próprio.

Relativamente ao segundo objetivo do estudo, construir um instrumento de análise de performance para o SNS, adaptado às especificações das suas diferentes instituições, este foi parcialmente alcançado, dado que para alguns indicadores não foi possível, através da literatura, estabelecer metas adequadas. No entanto, em termos de indicadores apresentados para cada perspetiva e do tipo de instrumento construído, vai de encontro ao que refere Pedro (2004), o setor da saúde tem um ambiente propício à utilização de instrumentos como o BSC pois nestas instituições raramente se conseguem aproveitar os benefícios empresariais da gestão por objetivos, alinhados com estratégias consistentes previamente delineadas (Pedro, 2004). Outro autor também refere que, com um objetivo final de melhoria contínua dos cuidados prestados e perseguindo padrões elevados de desempenho, devem ser criados contextos de excelência. “No processo de mudança não basta apontar o destino, é indispensável planear a viagem, quase sempre atribulada por múltiplos obstáculos, nem sempre antecipáveis. A estratégia da mudança, onde frequentemente reside a chave do sucesso, implica definição de estruturas e processos (planeamento, monitorização e avaliação), que acompanhem e orientem o seu percurso, que se adivinha logo nas etapas decisivas” (Ministério da Saúde, 2010: 4).

Os sistemas de controlo de gestão de diagnóstico, como o BSC, são importantes para monitorizar a implementação da estratégia e prender os gestores às variáveis críticas de performance (Simões & Rodrigues, 2014). No âmbito deste estudo também foram definidos objetivos específicos com a finalidade de analisar tópico a tópico os vários indicadores de performance propostos. Estes já foram analisados um por um, no entanto, de uma forma geral, o que se pode concluir é que a maioria das metas para os indicadores não foram atingidas, demonstrando uma performance deficitária. Por exemplo, no caso dos indicadores de performance financeira, pode-se verificar uma melhoria em 2014, comparativamente aos resultados obtidos em 2013. Neste sentido, Simões & Rodrigues (2014) referem que os instrumentos de controlo de gestão têm subjacente uma gestão de exceção, ou seja, se as informações recolhidas mostrarem um desempenho realizado próximo do esperado,

os gestores não precisam de dedicar muito tempo à análise dos relatórios, caso contrário, se existirem desvios desfavoráveis face às metas definidas, então os gestores deverão despende algum tempo para identificar as causas e lançar ações corretivas. Isto significa que, no caso do estudo efetuado, com os desvios às metas que foram verificados, os gestores de saúde necessitam de investir mais tempo na análise dos indicadores e na implementação de ações corretivas.

“A construção de uma rede integrada de informação para a saúde poderá não ser um objetivo concretizável a curto prazo, mas constitui uma meta estruturante e disciplinadora na concepção dos sistemas de informação e na aquisição de tecnologia de informação, à qual devem ser associados recursos adequados que permitam o desenvolvimento e exploração em tempo útil” (Ministério da Saúde, 2010: 2).

5.2. Contribuições

Verificou-se ao longo da realização deste estudo a inexistência de um método estruturado de análise das instituições, que exija a apresentação de determinados dados de forma igual para todas, permitindo a sua comparação, a análise de forma centralizada do seu desempenho e, eventualmente, uma análise do SNS como a apresentada neste estudo. Desta forma, o trabalho apresentado contribui com a construção de um modelo que permite avaliar o SNS, considerando as suas diferentes instituições e adaptando às especificidades de cada uma delas, o que também permite a sua análise de uma forma isolada. Para além da análise apresentada através do BSC, sugere-se que cada instituição faça a sua própria análise, de uma forma mais particular e adaptada à sua própria realidade, desenvolvendo áreas que denotem maiores dificuldades e necessidades de intervenção ou que considerem pertinentes para si. Conforme refere Costa & Lopes (2007) citado por Castro (2011) duas das vantagens deste tipo de análise são: reduzir a assimetria da informação existente no setor da saúde e permitir que a atividade das instituições seja mais transparente, em detrimento do atual modelo “fechado” existente.

5.3. Limitações ao Estudo

No que toca às dificuldades, neste estudo foram encontradas diversas limitações que impediram o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos. Uma das grandes limitações verificadas e que mais interferiu neste trabalho foi a falta de dados, em várias instituições, para muitos dos indicadores definidos neste trabalho, muita desta informação deveria ser de comunicação obrigatória visto que, como por

exemplo no caso do EBITDA ou da taxa de readmissão a 30 dias, pertencem à tabela de indicadores contratualizados entre as instituições e a ACSS. Outra situação que importa referir é a incoerência nos dados ao longo dos RC. Por exemplo, para o valor do EBITDA, em 2013, este é apresentado por 87,18% dos hospitais (34 hospitais), destes 26,47% apresenta diferentes valores de EBITDA ao longo do RC 2013 e, dos 32 hospitais que, para além do EBITDA apresentam as suas contas, permitindo o seu cálculo, verificou-se uma discrepância no seu cálculo em 21,88%. Estas questões de incoerência também se aplicam ao tempo médio de espera para cirurgia ou para as consultas de especialidade nos hospitais, observando-se valores diferentes entre o RC e o respetivo Relatório de Acesso da instituição e destes com os valores apresentados pelo Relatório de Atividades da ARS. Algumas das diferenças entre estes valores poderiam ser explicadas pelo uso de diferentes fórmulas de cálculo, no entanto, como estas não são especificadas nos relatórios apenas se pode inferir como inconsistência.

Estas situações são de extrema preocupação, mas já são do conhecimento de instituições como o TC, já que no seu Relatório de Auditoria (Tribunal de Contas, 2015: 27), se lê o seguinte “a inconsistência de alguma informação disponibilizada pelas ARS e as divergências face à informação facultada pela SPMS, EPE, tornou a análise mais morosa, devido à validação e uniformização de dados que foi necessário realizar”. Também se pode ler nas Conclusões constantes no Relatório da Auditoria à Situação Financeira do SNS que “as deficiências da informação prestada pelas instituições condicionam o cálculo correto do valor da receita e da despesa relevada na contabilidade. Não obstante, é com base nesta informação, não validada, que o IGIF procede ao cálculo da “situação financeira do SNS” que comunica à DGO” e “conclui-se que os dados constantes das demonstrações financeiras das instituições integradas no SNS não são fidedignos, integrais e consistentes, o que implica um juízo desfavorável sobre a informação económico-financeira produzida pelas instituições e consequentemente sobre a informação global, agregada e consolidada, relativa à “situação financeira do SNS” produzida pelo IGIF” (OPSS 2003: 52).

Com base nesta informação, as fórmulas de cálculo para cada um dos indicadores, assim como as suas regras de cálculo deveriam ser, à partida, definidos por um organismo central, no sentido de uma uniformização que permitisse uma futura comparação destes dados. No caso das ARS, não é possível compreender se a análise que é feita dos CSP abarca as ULS ou se é apenas dirigido para os ACES que pertencem a cada uma das ARS. A interpretação que foi feita dos relatórios é que os

ACES pertencentes às ULS são analisados juntamente com estas e não estão incluídos nas ARS, mas a informação não é explícita para os utilizadores dos relatórios. Além disso, as contas apresentadas pelas ARS incluem as farmácias incluídas na sua zona geográfica, o que inviabilizou a análise da performance financeira dos CSP.

Ainda relativamente à inexistência de dados, verificou-se que 3,85% dos RC de 2013 e 15,69% dos de 2014, atualmente, ainda não se encontram disponibilizados nos sites das respetivas instituições. Também se verificou em alguns relatórios a falta de visibilidade de tabelas com dados importantes para análise, exemplos: Hospital Fernando da Fonseca 2014, Hospital Garcia da Orta 2014 (tabela dos indicadores). Esta falta de uma correta visibilidade dos dados impediu a sua utilização neste trabalho. Ao longo de vários relatórios verificaram-se outras incorreções como: datas incorretas, dos RC 2013 para os de 2014 há tabelas de dados que se mantêm exatamente iguais e, ao contrário, há dados de 2013 que são apresentados nos RC 2014 com valores diferentes.

Por fim, houve uma grande dificuldade em estabelecer metas para vários dos indicadores pela sua indisponibilidade em termos de literatura, existência de poucos estudos semelhantes, ou mesmo pela falta da sua definição a nível central nacional (DGS, MS, ACSS) ou internacional (OMS, OCDE).

5.4. Trabalhos Futuros

Para o futuro propõe-se uma análise semelhante à realizada, mas em contexto de doutoramento, visto ser uma análise demorada e complexa, que feita com mais tempo poderia permitir a aplicação do instrumento às instituições e uma posterior recolha dos dados diretamente com as instituições. Também seria importante incluir a RNCCI, visto que está a crescer fisicamente e em termos de importância e que está integrada na estrutura de alguns hospitais e ACES.

Para a análise financeira, como as instituições de saúde são maioritariamente financiadas pelo OE, seria mais interessante uma análise na perspetiva dos custos, ex.: custo por doente padrão ou por GDH, e não tanto dos resultados obtidos, visto que na sequência de um aumento dos custos ocorre um financiamento extra das instituições.

6. Bibliografia

- ACSS. 2011. *Actuais e futuras necessidades previsionais de médicos (SNS)*. Lisboa.
- ACSS. 2014. *Ministério da saúde - Relatório e contas 2014*. Lisboa.
- Afonso, P. B. 2010. Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9: 59–64.
- Agapito, S. M., & Sousa, F. C. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28 (2): 132–139.
- Alves, A. D. 2012. Sustentabilidade na saúde em tempos de mudança: Uma perspectiva de gestão, 1–10.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S. 2002. O setor da saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Centros de Estudos Sociais. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Bankauskaite, V., & Dargent, G. 2007. Health systems performance indicators: Methodological issues. *Presupuesto Y Gasto Público*, 49: 125–137.
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. A. 2011. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition - European Observatory on Health Systems and Policies*, 13(4).
- Castro, R. A. S. 2011. *Benchmarking de hospitais portuguesas: Modelação com data envelopment analysis*. Dissertação de Mestrado, FEUP - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. 2007. *Relatório final*.
- Costa, C., & Lopes, S. 2014. *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (internamento) em Portugal continental - 2013*. Relatório provisório. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.
- Costa, S. C. S. L. 2010. *Satisfação profissional e vínculo laboral: Prestadores de cuidados directos num hospital distrital*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Damodaran, A. 1997. *Corporate finance: Theory and practice* (2ª Edição). United States: John Wiley & Sons, Inc.
- Decreto - Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro do Ministério da Saúde. *Diário da República, I Série - A*, n.º 12 (1993). Acedido a 3 Setembro 2015. Disponível em www.dre.pt.
- Despacho n.º 1057/2015 de 2 de Fevereiro do Ministério da Saúde. *Diário da República, 2ª Série*, n.º 22 (2015). Acedido a 29 Setembro 2016. Disponível em www.dre.pt.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. *Diário da República, 2ª Série*, n.º 28 (2015). Acedido a 11 Setembro 2016. Disponível em www.dre.pt.

Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de Abril do Ministério da Saúde. *Diário da República, 2ª Série*, n.º 69 (2016). Acedido a 14 Setembro 2016. Disponível em www.dre.pt.

Diniz, V. C. A. 2013. *A influência das políticas de financiamento no desempenho económico-financeiro dos hospitais públicos portugueses: O caso da contratualização nos hospitais E.P.E.* Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra.

DGS. 2015. História do Serviço Nacional de Saúde. *Portal da Saúde*.

DGS (2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.

ERS. 2011. *Relatório sobre “A Carta dos Direitos dos Utentes”*. Porto.

ERS. 2013. *Relatório dos processos de monitorização e atuação regulatória futura para a garantia do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos*. Porto.

Fragata, J., & Martins, L. 2004. *O erro em medicina – Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (1ª Edição). Coimbra: Almedina.

Furtado, C., & Pereira, J. 2010. *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública.

Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E., & Zopounidis, C. 2012. Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, 40: 104–119.

Inamdar, N., & Kaplan, R. S. 2002. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management*, 47 (3): 179–195.

INE. 2011. *Censos 2011 - Resultados provisórios*. Lisboa.

Jordan, H., Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. 2011. *O controlo de gestão ao serviço da estratégia e dos gestores* (9ª Edição). Lisboa: Áreas Editora.

Kaissi, A. A., & Begun, J. W. 2008. Strategic planning processes and hospital financial performance. *Journal of Healthcare Management*, 53 (3): 197–209.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. 1993. Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, 1º artigo da coleção Focusing your Organization on Strategy - with the balanced scorecard (2ª edição) 2-18.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1996a. Linking the balanced scorecard to strategy. *California Management Review*, 39 (1): 53–79.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. 1996b. *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. 1996c. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 3º artigo da coleção Focusing your Organization on Strategy - with the balanced scorecard (2ª edição): 35-48

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2005). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 1-11.

Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro da Assembleia da República. *Diário da República - 1ª Série*, n.º 30 (2009). Acedido a 18 Setembro 2016. Disponível em ww.dre.pt.

Lei n.º 23/2004 de 22 de Junho da Assembleia da República. *Diário da República - I Série - A*, n.º 145 (2004). Acedido a 16 Setembro 2016. Disponível em ww.dre.pt.

Lei n.º 35/2014 de 20 de Junho da Assembleia da República. *Diário da República - 1ª Série*, n.º 117 (2014). Acedido a 16 Setembro 2016. Disponível em ww.dre.pt.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto da Assembleia da República. *Diário da República - I Série*, n.º 195 (1990). Acedido a 3 Setembro 2015. Disponível em www.dre.pt.

Marôco, J. 2011. *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª Edição). Pero Pinheiro: Report Number Análise e Gestão de Informação, Lda.

Ministério da Saúde. 2010. *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais.

Ministério da Saúde. 2015. *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios: relatório final*. Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios

Neves, J. C. 2005. *Análise Financeira – Técnicas Fundamentais* (1ª Edição). Lisboa: Texto Editores, Lda.

Neves, J. C. 2012. *Análise e Relato Financeiro – Uma Visão Integrada de Gestão* (5ª Edição). Alfragide: Texto Editores.

OCDE. 2002. *Measuring Up - Improving health system performance in OECD countries*. França: OECD Publications Services.

OCDE. 2014. *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

OCDE. 2015. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing. Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

OPSS. 2003. *Relatório de primavera 2003 - Saúde: que rupturas?*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Paulo, A. 2010. SNS: Caracterização e Desafios. *Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação E Relações Internacionais - Ministério Das Finanças E Da Administração Pública*, 1–16.

Pedro, J. M. 2004. O balanced scorecard (BSC) no sector público. *Informação & Informática*, 28: 14–23.

Poeira, A., & Mamede, R. P. 2011. Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: Vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4): 107–114.

Portaria n.º 57-A/2015 de 27 de Fevereiro do Ministério da Economia. *Diário da República, 1.ª Série*, n.º 41 (2015). Acedido a 22 Setembro 2016. Disponível em www.dre.pt.

Portaria n.º 87/2015 de 23 de Março do Ministério da Saúde. *Diário da República - 1.ª Série*, n.º 57 (2015), Acedido a 19 Setembro 2016. Disponível em www.dre.pt.

Ribeiro, C. M. S. 2008. O controlo de gestão nas unidades de saúde: O balanced scorecard. *TOC*, 100: 61–66.

Rocha, J. A., Miranda, M. J., & Andrade, M. J. 2006. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. *Acta Médica Portuguesa*, 19: 29-38.

Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. 2013. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 0: 1–5.

Safavi, K. M. D. 2006. Paying for efficiency. *Journal of Healthcare Management*. 51 (2): 77-80

Simões, A. M. D., & Rodrigues, J. A. 2014. Relação entre controlo de gestão e estratégia. Perspetiva histórica. *RIGC*, XII (23): 1–23.

Soares, H. M. M. 2012. *EBITDA , um estudo exploratório – as cotadas PSI-20 e IBEX-35*. Dissertação de Mestrado. Faculdade Economia da Universidade do Porto.

Sousa-Pinto, B., Gomes, A. R., Oliveira, A., Ivo, C., Costa, G., Ramos, J., Silva, J., Carneiro, M. C., Domingues, M. J., Cunha, M. J., Costa-Pereira, A., & Freitas, A. 2013. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (6): 711–720.

Stancato, K., & Zilli, P. T. 2010. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: Uma revisão de literatura. *RAS*, 12 (47): 87–99.

Szilagy, A. D. 1988. *Management & Performance* (3ª Edição). EUA: University of Houston. Scott, Foresman and Company.

Travanca, C., Rato, E., Carmo, M., & Paulino, N. 2011. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Projeto quedas*. Relatório Centro Hospitalar Médio Tejo. Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional do Sul.

Tribunal de Contas. 2015. *Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (UCSP e USF) (Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção)*.

Walker, K. B., & Dunn, L. M. 2006. Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*, 2: 85–110.

Wicks, A. M., Clair, L. St., & Kinney, C. S. 2007. Competing values in healthcare: Balancing the (un)balanced scorecard. *Journal of Healthcare Management*, 52 (5): 309-324.

Sítios web:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde+em+percentagem+do+PIB-610>, consultado a 6 Maio 2016

<http://impns.dgs.pt/sistema-de-saude/numero-de-doentes-saidos-por-cama-hospitalar-ano>, consultado a 13 Setembro 2016

Relatório e Contas das Instituições:

ARS Alentejo. 2013. Relatório de Gestão. Évora.

ARS Alentejo. 2014. Relatório de Gestão. Évora.

ARS Alentejo. 2013. Relatório de Atividades. Évora.

ARS Alentejo. 2014. Relatório de Atividades. Évora.

ARS Algarve. 2013. Relatório de Atividades.

ARS Algarve. 2014. Relatório de Atividades.

ARS Centro. 2013. Relatório de Gestão. Coimbra.

ARS Centro. 2014. Relatório de Gestão. Coimbra.

ARS Centro. 2013. Relatório de Atividades. Coimbra.

ARS Centro. 2014. Relatório de Atividades. Coimbra.

ARS LVT. 2013. Relatório de Gestão.

ARS LVT. 2014. Relatório de Gestão.

ARS LVT. 2013. Relatório de Atividades. Núcleo de Estudos e Planeamento.

ARS LVT. 2014. Relatório de Atividades. Núcleo de Estudos e Planeamento.

ARS Norte. 2013. Relatório de Gestão. Porto.

ARS Norte. 2014. Relatório de Gestão. Porto.

ARS Norte. 2013. Relatório de Atividades. Departamento de Estudos e Planeamento.
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Dr. Rovisco Pais. 2013.
Relatório de Gestão.
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Dr. Rovisco Pais. 2014.
Relatório de Gestão.
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Dr. Rovisco Pais. 2013.
Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Dr. Rovisco Pais. 2014.
Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar Barreiro Montijo. 2013. Relatório e Contas. Barreiro.
Centro Hospitalar Barreiro Montijo. 2014. Relatório e Contas. Barreiro.
Centro Hospitalar Barreiro Montijo. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a
Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar Barreiro Montijo. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a
Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar da Cova da Beira. 2013. Relatório e Contas.
Centro Hospitalar da Cova da Beira. 2014. Relatório e Contas.
Centro Hospitalar da Cova da Beira. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a
Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar da Cova da Beira. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a
Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. 2013. Relatório e Contas.
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. 2014. Relatório e Contas.
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a
Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a
Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal. 2013. Relatório e Contas.
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a
Cuidados de Saúde.
Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2013. Relatório e Contas.
Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2014. Relatório e Contas.
Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2013. Relatório Anual do Acesso a Cuidados de
Saúde.

Centro Hospitalar de Lisboa Central. 2014. Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de Lisboa Norte. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar de Lisboa Norte. 2014. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar de Lisboa Norte. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de Lisboa Norte. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. 2013. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. 2014. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de São João. 2013. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar de São João. 2014. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar de São João. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de Setúbal. 2013. Relatório de Atividades e Contas.

Centro Hospitalar de Setúbal. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de Setúbal. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Algarve. 2013. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar do Algarve. 2014. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar do Algarve. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Algarve. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Alto Ave. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar do Alto Ave. 2014. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar do Alto Ave. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Alto Ave. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar Baixo Vouga. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar Baixo Vouga. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Médio Ave. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar do Médio Ave. 2014. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar do Médio Ave. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Médio Tejo. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar do Médio Tejo. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Oeste. 2013. Relatório de Atividades.

Centro Hospitalar do Oeste. 2014. Relatório de Atividades.

Centro Hospitalar do Oeste. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Oeste. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Porto. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar do Porto. 2014. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar do Porto. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Porto. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. 2013. Relatório de Gestão e Documentos de Prestação de Contas Relativos ao Exercício de 2013. Penafiel

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. 2014. Relatório de Gestão e Documentos de Prestação de Contas Relativos ao Exercício de 2014. Penafiel

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Penafiel

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Penafiel

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar Póvoa do Varzim – Vila do Conde. 2013. Relatório de Gestão e Contas. Póvoa do Varzim.

Centro Hospitalar Póvoa do Varzim – Vila do Conde. 2014. Relatório de Gestão e Contas. Póvoa do Varzim.

Centro Hospitalar Póvoa do Varzim – Vila do Conde. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS. Póvoa do Varzim.

Centro Hospitalar Póvoa do Varzim – Vila do Conde. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS. Póvoa do Varzim.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. 2013. Relatório de Gestão.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. 2014. Relatório de Atividades.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar de Tondela – Viseu. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar de Tondela – Viseu. 2014. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar de Tondela – Viseu. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. 2013. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. 2014. Relatório de Gestão e Contas.

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia – Espinho. 2013. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia – Espinho. 2014. Relatório e Contas.

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia – Espinho. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo. 2013. Relatório de Gestão.

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo. 2014. Relatório de Gestão.

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital do Arcebispo João Crisóstomo. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital de Faro. 2013. Relatório de Gestão e Prestação de Contas.

Hospital José Luciano de Castro. 2013. Relatório de Atividades de 2013.

Hospital José Luciano de Castro. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Distrital da Figueira da Foz. 2013. Relatório de Gestão e Contas.

Hospital Distrital da Figueira da Foz. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Distrital da Figueira da Foz. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Distrital de Santarém. 2013. Relatório e Contas.

Hospital Distrital de Santarém. 2014. Relatório e Contas.

Hospital Distrital de Santarém. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Distrital de Santarém. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital do Espírito-Santo de Évora. 2013. Relatório de Gestão.

Hospital do Espírito-Santo de Évora. 2014. Relatório de Gestão.

Hospital do Espírito-Santo de Évora. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital do Espírito-Santo de Évora. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. 2013. Relatório e Contas. Amadora.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. 2014. Relatório e Contas. Amadora.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Amadora.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Amadora.

Hospital Garcia da Horta. 2013. Relatório & Contas.

Hospital Garcia da Horta. 2014. Relatório & Contas.

Hospital Garcia da Horta. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Garcia da Horta. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital de Magalhães Lemos. 2013. Relatório e Contas.

Hospital de Magalhães Lemos. 2014. Relatório e Contas.

Hospital de Magalhães Lemos. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital de Magalhães Lemos. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Hospital Santa Maria Maior. 2013. Relatório e Contas. Barcelos.

Hospital Santa Maria Maior. 2014. Relatório e Contas. Barcelos.

Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto. 2013. Relatório de Gestão/ Atividades.

Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto. 2014. Relatório de Gestão/ Atividades.

Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Instituto Português de Oncologia de Coimbra – Francisco Gentil. 2013. Relatório e Contas.

Instituto Português de Oncologia de Coimbra – Francisco Gentil. 2014. Relatório e Contas.

Instituto Português de Oncologia de Coimbra – Francisco Gentil. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Instituto Português de Oncologia de Coimbra – Francisco Gentil. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil. 2013. Relatório e Contas.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil. 2014. Relatório e Contas.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa – Francisco Gentil. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Instituto Português de Oncologia do Porto – Francisco Gentil. 2013. Relatório e Contas. <https://issuu.com/ipoporto/docs/rc>. Consultado a 26 Agosto 2015.

Instituto Português de Oncologia do Porto – Francisco Gentil. 2014. Relatório e Contas. https://issuu.com/ipoporto/docs/rc_2013. Consultado a 26 Agosto 2015.

Instituto Português de Oncologia do Porto – Francisco Gentil. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. https://issuu.com/ipoporto/docs/ra_2013_ipo_porto_final_138d7fb0758e57.

Consultado a 26 Agosto 2015.

Instituto Português de Oncologia do Porto – Francisco Gentil. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. https://issuu.com/ipoporto/docs/relat_rio_anual_sobre_o_acesso_aos. Consultado a 26 Agosto 2015.

Unidade Local de Saúde da Guarda. 2013. Relatório de Gestão.

Unidade Local de Saúde da Guarda. 2014. Relatório de Gestão.

Unidade Local de Saúde da Guarda. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde de Castelo-Branco. 2013. Relatório e Contas. Castelo-Branco.

Unidade Local de Saúde de Castelo-Branco. 2014. Relatório e Contas. Castelo-Branco.

Unidade Local de Saúde de Castelo-Branco. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Castelo-Branco.

Unidade Local de Saúde de Castelo-Branco. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Castelo-Branco.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos. 2013. Relatório e Contas.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho. 2013. Relatório e Contas.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho. 2014. Relatório e Contas.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. 2013. Relatório e Contas.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. 2014. Relatório e Contas.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. 2013. Relatório e Contas. Santiago do Cacém.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. 2014. Relatório e Contas. Santiago do Cacém.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Santiago do Cacém.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Santiago do Cacém.

Unidade Local de Saúde do Nordeste. 2013. Relatório de Gestão e Contas.

Unidade Local de Saúde do Nordeste. 2014. Relatório de Gestão e Contas.

Unidade Local de Saúde do Nordeste. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde do Nordeste. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. 2013. Relatório e Contas. Portalegre.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. 2014. Relatório e Contas. Portalegre.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. 2013. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Portalegre.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. 2014. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Portalegre.