

PLANO DE NEGÓCIO – HOME HOSPITAL

Paulo Filipe Marques Palma

Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Empresas

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, ISCTE Business School, Departamento de Métodos
Quantitativos Aplicados à Gestão e Economia

Coorientadora:

Mestre Margarida Cecília da Silva Azenha Matias, Agrogarante, Sociedade de Garantia Mútua SA,
Técnica Analista de Risco Empresarial

outubro 2017

RESUMO

O presente trabalho consiste na elaboração de um plano de negócios para um projeto de serviços de cuidados de saúde ao domicílio, representado pela marca Home Hospital, na região da Grande Lisboa.

Neste plano foi elaborada uma revisão de literatura, que serviu de apoio teórico aos principais temas que, segundo o seu promotor, sustentam os pilares para a construção de um serviço de saúde ao domicílio moderno e de futuro: a perspetiva da família, a integração de cuidados, a hospitalização domiciliária e a inovação.

Para estudar a envolvente ao negócio foi feita uma análise macro ambiental e uma análise de Porter, que serviram de principais fontes de informação para a análise SWOT. A estratégia da Home Hospital foi delineada para que permita criar valor, sucesso e vantagem competitiva face à concorrência.

O investimento total atualizado é de 6106,81€ e foi considerado um período de exploração de cinco anos, a uma taxa de atualização de 5%. Após a análise da viabilidade económico-financeira verifica-se que o projeto é viável, com um Valor Atual Líquido de 38.659,55€ e uma Taxa Interna de Rentabilidade de 565,5%. O investimento inicial é recuperado ao fim de 1,21 anos e de acordo com a previsão, cada euro investido consegue gerar 7,33€ (Índice de Rendibilidade do Projeto).

Finalmente, e assumindo o quadro de incerteza, foram analisados seis cenários. Fizeram-se alterações à receita e a parte dos custos de exploração desembolsáveis para a taxa de atualização de 5%.

Palavras-chave: Gestão, Cuidados de saúde, Cuidados domiciliários, Inovação

ABSTRACT

This paper is about the creation of a business plan for a home health care service project represented by the Home Hospital brand in the Greater Lisbon area.

A literature review was carried out and served as theoretical support for the main topics that the sponsor believes uphold the pillars for the creation of a modern and sustainable home health care service: the family's perspective, the integration of care, the home hospitalization and the innovation.

In order to study the business environment, a macro environmental analysis and a Porter analysis were conducted, both of which served as the main sources of information for the SWOT analysis. The Home Hospital strategy has been designed in such a way to create value, success and a competitive advantage over the competition.

The updated total investment is € 6106,81 for an exploratory 5-year period at a 5% refresh rate. After analysing the economic and financial viability, it was found that the project is viable with a Net Present Value of € 38.659,55 and an Internal Rate of Return of 565,5%. The initial investment is recovered after 1,21 years and according to the forecast every euro invested manages to generate € 7,33 (Profitability Index).

Assuming the uncertainty framework, a six-scenario analysis was then carried out. Changes to revenue and part of payable operating costs were made for the 5% refresh rate.

Keywords: Management, Healthcare, Homecare; Innovation

AGRADECIMENTOS

Sinto que a vida tem de ser vivida com calma, paz e junto daqueles que todos os dias nos ajudam a sermos melhores pessoas. Agradeço a todos os que durante a minha vida, se cruzaram comigo, se relacionaram, todos sem exceção, acrescentaram algo de bom ao meu crescimento como homem.

Agradeço à minha família, pela força e apoio que sempre me deram para conseguir investir na minha formação. Sem vocês tudo seria muito mais difícil.

Agradeço à minha professora e orientadora Sofia Portela, à Margarida e a todos os meus colegas de mestrado pelo empenho, força, dedicação e conhecimento que sempre disponibilizaram para conseguir desenvolver este projeto com sucesso.

À Ana um especial agradecimento por estar comigo todos os dias, pela paciência e pelo Amor que tanto precisei para chegar até aqui. Acredito que sem ti não estaria agora a escrever estas palavras. Por último, à minha pequenina Maria Benedita, obrigado pelo teu sorriso, pelo teu cheirinho, tens sido a nossa luz.

ÍNDICE

1 – SUMÁRIO EXECUTIVO	1
2 – IDENTIFICAÇÃO DO PROMOTOR E DO PROJETO PROPOSTO	5
3 – REVISÃO DE LITERATURA	7
3.1 – APOIO DOMICILIÁRIO DO SÉCULO XXI	7
3.1.1 – A PERSPETIVA DA FAMÍLIA	9
3.1.2 – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	10
3.1.3 – HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA	11
3.1.4 - INOVAÇÃO	14
4 – ANÁLISE DO SETOR DA SAÚDE	17
5 – ANÁLISE MACRO-AMBIENTAL.....	21
5.1 – ANÁLISE POLÍTICO-LEGAL	21
5.2 – ANÁLISE SOCIO-ECONÓMICA	23
5.4 - ANÁLISE DEMOGRÁFICA	28
5.5 – ANÁLISE TECNOLÓGICA	32
6 – ANÁLISE DE PORTER.....	35
6.1 – RIVALIDADE ENTRE OS CONCORRENTES.....	35
6.2 – PODER DE NEGOCIAÇÃO DOS CLIENTES	37
6.3 – PODER DE NEGOCIAÇÃO DOS FORNECEDORES	38
6.4 – AMEAÇA DE ENTRADA DE NOVOS CONCORRENTES.....	39
6.5 – AMEAÇA DE PRODUTOS SUBSTITUTOS.....	39
7 – FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DO NEGÓCIO	41
8 – CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA – HOME HOSPITAL.....	43
8.1 – A EMPRESA.....	43
8.2 – VISÃO, MISSÃO E VALORES	43
8.3 – PROPOSTA DE VALOR	44
8.4 – PÚBLICO-ALVO	46
8.5 - LOCALIZAÇÃO	47
8.6 – PREÇO DOS SERVIÇOS.....	47

8.7 – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	48
8.8 – COMUNICAÇÃO.....	50
8.9 – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....	51
8.10 – PROCESSOS ORGANIZACIONAIS.....	54
9 - ANÁLISE SWOT.....	59
10 – ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO NEGÓCIO.....	61
11 – ANÁLISE DA VIABILIDADE ECONOMICO-FINANCEIRA DO PROJETO HOME HOSPITAL.....	63
11.1 – CAPEX.....	63
11.2 – RECEITAS.....	64
11.3 – CUSTOS DE EXPLORAÇÃO	67
11.3.1 - FSE.....	67
11.3.2 – GASTOS COM DEPRECIACÕES E AMORTIZACÕES	68
11.4 – MEIOS LIBERTOS DO PROJETO.....	69
11.5 – NECESSIDADES EM FUNDO DE MANEIO (NFM)	69
11.6 - PREVISÃO DOS <i>CASH FLOW</i> DO PROJETO	70
11.7 - AVALIAÇÃO DO PROJETO	71
11.8 - ANÁLISE DE CENÁRIOS	72
12 - BIBLIOGRAFIA.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Radar da Inovação	15
Figura 2 - Despesa Total de Saúde em % do PIB de Portugal Comparativamente a Outros Países da União Europeia (2013)	17
Figura 3 - Despesa Corrente em Cuidados de Saúde (Milhares de Euros)	18
Figura 4 - Percentagem da População com 15 ou Mais Anos que Obteve uma Consulta na Área da Saúde por Tipo de Profissionais e Sexo, Portugal, 2014.....	19
Figura 5 - Proporção da População com 15 ou Mais Anos com Determinadas Doenças Crónicas por Sexo, Portugal, 2014.....	19
Figura 6 - Taxa de Crescimento Real do PIB (%) em Portugal Entre os Anos 2000 e 2016... 24	
Figura 7 - Poder de Compra Per Capita (nº Índice - %) - Regiões de Portugal (NUTS II) 2013	27
Figura 8 - Poder de Compra <i>Per Capita</i> (nº Índice - %) - Municípios da Grande Lisboa - 2013	27
Figura 9 - Despesa Total Anual Média por Agregado, Portugal, 2015/2016.....	28
Figura 10 - Evolução da População por Grandes Grupos Etários em Portugal	29
Figura 11 - Evolução da População por Grandes Grupos Etários na Área Metropolitana de Lisboa	29
Figura 12 - Projeção da População Residente em Portugal para 2060.....	31
Figura 13 - Economias Mais Inovadoras do Mundo	32
Figura 14 - Processo de Ativação dos Serviços da Home Hospital	55
Figura 15 - Processo de Faturação dos Serviços de Saúde	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População Residente (%) por Grandes Grupos Etários nos Municípios da Grande Lisboa	30
Tabela 2 - Esperança Média de Vida aos 65 Anos em Portugal	30
Tabela 3 - Caracterização da Concorrência Privada da Home Hospital na Área Metropolitana de Lisboa por Oferta de Serviços	36
Tabela 4 - Radar da Inovação na Home Hospital.....	45
Tabela 5 - Canais de Comunicação da Home Hospital.....	50
Tabela 6 - Estrutura Inicial de Prestadores de Serviços de Saúde	52
Tabela 7 - Estrutura de Remunerações dos Profissionais de Saúde.....	54
Tabela 8 - Análise SWOT	59
Tabela 9 - Investimento em Capex.....	64
Tabela 10 - Previsão de Receitas do Projeto	66
Tabela 11 - Gastos com Profissionais de Saúde de 2018 a 2022	67
Tabela 12 – FSE	68
Tabela 13 - Amortizações e Desinvestimento em Capex.....	68
Tabela 14 - Meios Libertos do Projeto.....	69
Tabela 15 - NFM e sua Variação	70
Tabela 16 - <i>Cash Flow</i> do Projeto.....	70
Tabela 17 - <i>Cash Flows</i> Atualizados do Projeto	71
Tabela 18 - Análise de Sensibilidade com Variação da Receita, por Serviço Prestado, à Taxa de Atualização de 5%	72
Tabela 19 - Análise de Sensibilidade com Variação de Gastos com Parte dos FSE à Taxa de Atualização de 5%	73

ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

CRP – Constituição da República Portuguesa

CIP – Confederação Empresarial de Portugal

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte a Cuidados Paliativos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FSE – Fornecimentos e Serviços Externos

NFM – Necessidades em Fundo de Maneio

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

VAL - Valor Atual Líquido

PRI - Período de Recuperação do Investimento

TIR - Taxa Interna de Rentabilidade

IRP - Índice de Rendibilidade do Projeto

1 – SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente trabalho trata-se de um Plano de Negócio para a criação de uma empresa de cuidados de saúde ao domicílio na região da Grande Lisboa. Com ele, pretende-se apresentar uma estrutura de serviço organizado que otimize a oferta desta tipologia de serviços e alicie futuros investidores.

A perspetiva da família, a integração de cuidados, a hospitalização domiciliária e a inovação são considerados os quatro principais pilares teóricos usados para fundamentar o que poderá sustentar um serviço de saúde ao domicílio efetivo e de futuro. Na perspetiva da família, foram abordados conceitos que se revelam cruciais para construir um serviço de acordo com as necessidades reais, gostos e preocupações dos clientes e seus familiares cuidadores. Na integração de cuidados de saúde, conceptualiza-se o que é essencial para uma oferta organizada, personalizada e capaz de oferecer a possibilidade da intervenção de múltiplos profissionais, no momento mais oportuno.

A hospitalização domiciliária, apesar de ser um conceito relativamente recente, representa uma solução muito poderosa que permite que se prestem cuidados de saúde mais complexos, em ambiente domiciliário, com a qualidade e a segurança necessária. Por último, um olhar sobre o foco da inovação com vista ao sucesso do negócio.

De forma a contextualizar o macro ambiente em que o negócio está inserido foram analisadas questões político-legais, socioeconómicas, demográficas, tecnológicas e do setor da saúde que têm influência no negócio em estudo. Desta análise destacam-se fatores como o envelhecimento gradual da população, o aumento da dependência e o aumento das doenças crónicas. Estes representam condições oportunas ao desenvolvimento de empresas que respondam às necessidades sociais e de saúde da população. O desenvolvimento de tecnologia portátil de suporte às atividades de saúde está cada vez mais disponível, o que facilita o seu uso em ambiente domiciliário. Aliado a isto, o quadro político-legal e económico mais favorável do que em anos anteriores. Destaca-se também que o maior poder de compra *per capita* em Portugal se concentra na Área Metropolitana de Lisboa.

Foi também efetuada uma análise de Porter, onde se destaca o conhecimento sobre o comportamento e a forma como interage a concorrência, assim como a ameaça de entrada de novos concorrentes, poder negocial de fornecedores e clientes, assim como a ameaça de produtos substitutos. Desta análise, verifica-se que, apesar de se identificarem várias empresas que fornecem serviços de saúde ao domicílio, na região da Grande Lisboa são poucas as que conseguem integrar serviços médicos, principalmente especializados, dirigidos ao acompanhamento de clientes com doenças crónicas incapacitantes e serviços de enfermagem e fisioterapia especializada em áreas específicas de intervenção - serviços estes integrados e a desenvolver pela Home Hospital. Assim, a empresa propõe-se a colocar do seu lado o conhecimento e os serviços necessários à conquista de novos clientes e fornecedores, mantendo poder negocial.

O projeto Home Hospital pretende levar alguns dos cuidados hospitalares a casa dos seus clientes, tendo como missão prestar cuidados de saúde médicos, de enfermagem e fisioterapia de elevada qualidade à pessoa e família no seu domicílio. Para cumprir a sua missão, terá na política de recursos humanos uma estratégia muito forte e integradora de profissionais de saúde dotados de elevado nível de conhecimento especializado e humanismo que procuram diariamente aumentar o nível de saúde e o bem-estar dos clientes. No mesmo sentido, todas as ações serão direcionadas para se garantir uma cultura organizacional que promova as relações interpessoais e ao mesmo tempo orientadas para o mercado para que os profissionais atinjam, no menor espaço de tempo, o melhor resultado possível.

A entrada de novos clientes marca também uma prioridade para a empresa. Para isso, a Home Hospital pretende aproveitar a cooperação interempresarial existente no mercado para estabelecer parcerias fortes e duradouras com outras empresas que prestem serviços domiciliários, principalmente a idosos, para chegar ao segmento de clientes que já usa esta tipologia de serviços. Por outro lado, e para que a empresa consiga chegar aos clientes que procuram pela primeira vez um serviço deste tipo, foram definidas ações que permitem, de forma eficaz, comunicar e chegar mais perto das pessoas no lugar e no momento certo de necessidade.

Os processos organizacionais foram definidos de modo a aproximar os clientes dos profissionais de saúde e a simplificar a comunicação interna. De forma contínua, serão implementadas políticas de segurança, prevenção do erro e melhoria da qualidade do serviço.

Para isso, o principal indicador de qualidade do serviço de saúde será avaliado através da satisfação dos clientes e por esta importância, no futuro, este indicador estará alinhado com a política de remunerações dos profissionais de saúde.

Para a análise da viabilidade económico-financeira do projeto foram estimados todos os custos de exploração e receita anual, para os próximos cinco anos. O investimento total atualizado do projeto será de 6106,81€ e será financiado a 100% por capitais próprios.

Posteriormente foram calculados os indicadores económico-financeiros e, segundo o quadro previsional, o projeto é viável e remunera os investidores acima do mínimo exigido, uma vez que o Valor Atual Líquido (VAL) é positivo (38.659,55€), a Taxa Interna de Rentabilidade (TIR) é igual a 565,5% e o Período de Recuperação do Investimento (PRI) é alcançado ao fim de 1,21 anos. Foi também calculado o Índice de Rendibilidade do Projeto (IRP), e por cada 1€ investido, conseguem gerar-se 7,33€.

Através da análise de sensibilidade efetuaram-se alterações à receita e a parte dos custos de exploração desembolsáveis, tendo-se obtido no final seis cenários. Para as receitas, um cenário com aumento de 10% e dois com redução de 30% e 50%, consoante a categoria de serviço. Para a rubrica de custos desembolsáveis, dois cenários com aumento de 30% e 50% e, por último, um cenário com redução de 10%. Todos os cenários foram calculados para uma taxa de atualização de 5%.

Perante esta realidade, e mesmo com toda a incerteza associada, o projeto tem tudo para ser viável e bastante lucrativo para os seus investidores.

2 – IDENTIFICAÇÃO DO PROMOTOR E DO PROJETO PROPOSTO

A ideia do projeto Home Hospital surgiu da vontade de desenvolver um serviço de saúde capaz de integrar áreas de intervenção específicas, tecnologia portátil e profissionais num processo eficaz de prestação de cuidados de saúde domiciliários na região da Grande Lisboa.

Este projeto, para além de afastar, sempre que possível, os seus clientes da institucionalização desnecessária, permite reduzir a exposição a infeções cruzadas, filas de espera e deslocações que, muitas vezes, exigem logísticas familiares bastante complicadas. Assim, serão oferecidos serviços domiciliários de medicina geral e interna, enfermagem geral e especializada e fisioterapia. Posteriormente serão assumidos outros serviços ao domicílio através da criação de parcerias formais com empresas locais.

Será constituída uma Sociedade por Quotas, com capital social de 5000€, repartido por dois sócios, da seguinte forma: 60% para um e 40% para o outro. O promotor do projeto será um dos sócios da Home Hospital, licenciado em enfermagem, com experiência hospitalar em cirurgia geral pós-operatória e intervenção na comunidade tanto no setor público, como no privado. Tem também formação pós-graduada em cuidados intensivos e em gestão de serviços de saúde. Nos últimos anos esteve inserido num projeto empreendedor, constituído por enfermeiros independentes, onde assumia as funções de prestação de cuidados de enfermagem ao domicílio, coordenação da equipa de enfermagem em Lisboa e criação de parcerias com empresas locais de apoio à comunidade.

A elaboração deste plano de negócio insere-se no final da fase de experimentação (10º capítulo). Nesta fase, o caminho percorrido pelo promotor integra então o desenvolvimento de um protótipo de serviços de saúde ao domicílio, o conhecimento do seu preço e de alguma interação com a maioria das empresas privadas que fornecem serviços domiciliários à população nesta área geográfica. O caminho percorrido serviu para um conhecimento da concorrência e das necessidades dos clientes que recorrem a esta tipologia de serviços.

Com o desenvolvimento deste plano de negócio fica espelhada a vontade e a convicção de que é possível criar um modelo diferente de oferta de serviços de saúde, de elevada qualidade e segurança no conforto do ambiente domiciliário.

3 – REVISÃO DE LITERATURA

3.1 – APOIO DOMICILIÁRIO DO SÉCULO XXI

Segundo a Fundação Calouste Gulbenkian (2014), nos próximos anos, em Portugal, irá transitar-se de um serviço de saúde baseado nos cuidados hospitalares para um modelo em que a maioria dos cuidados será prestada na comunidade e onde a tecnologia terá um papel muito significativo. Este tipo de cuidados desempenhará um papel crescente numa população envelhecida e caracterizada pela incidência de doenças crónicas (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014; OCDE, 2015).

Os internamentos hospitalares prolongados são muitas vezes desnecessários e podem indicar uma fraca capacidade para serviços de reabilitação e de cuidados a doentes crónicos após a alta clínica. Há assim um argumento muito forte para o desenvolvimento da capacidade de cuidados primários e comunitários, promovendo cuidados de qualidade (OCDE, 2015).

Este investimento na comunidade deverá resultar na diminuição da despesa com encargos hospitalares. Durante esta transição, muitos dos serviços criados na comunidade duplicarão serviços prestados a nível hospitalar. Esta fase transitória “é crucial e tem de ocorrer nos próximos 25 anos” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014: 190).

O apoio domiciliário inclui ações curativas, acompanhamento e manutenção, cuidados de reabilitação, ações paliativas, apoio nas atividades de vida diária (AVD) e instrumentais de vida diária (AIVD), apoio familiar e promoção de saúde (Outcalt, 2013).

De acordo com Colombo *et al.* (2011) encorajar os cuidados domiciliários é desejável e os custos são menores face aos cuidados hospitalares. Poderá haver exceções, como é o caso de pacientes que necessitem de cuidados altamente especializados durante 24h por dia e pacientes que vivam em zonas remotas.

Neves *et al.* (2016) referem que na prestação de cuidados de saúde ao domicílio é nos cuidados de enfermagem, e principalmente a clientes que procuram os enfermeiros para

tratamento de feridas de maior complexidade, que se centram os maiores gastos em materiais para a produção de serviços de saúde.

Kok *et al.* (2015) sustentam que a atividade de um paciente institucionalizado reduz significativamente, deixa de ajudar nas tarefas de casa, de se preocupar com elas e a mobilidade reduz. Contrariamente com o que acontece no domicílio que todas ou parte destas atividades ficam mantidas. Com a institucionalização aumenta o nível de dependência associada, por haver uma constante delegação de cuidados que antes eram executados pelo próprio ou com ajuda de familiar, nos profissionais. Segundo os mesmos autores, a inadaptação das estruturas habitacionais condicionam em muito o cuidar no domicílio e os custos que levariam à sua adaptação são por vezes muito elevados. Esta poderá ser uma das muitas razões que levam os pacientes a serem institucionalizados pelas suas famílias.

Apesar de a institucionalização ser mais dispendiosa para a sociedade, na atualidade, são raros os incentivos governativos para os cuidadores informais. Por vezes não existe qualquer incentivo para as famílias em manterem e cuidarem dos seus familiares dependentes no domicílio, preferindo assim a institucionalização (Kok *et al.*, 2015).

A melhor forma de prevenir o aumento da institucionalização será assegurando que todas as partes interessadas beneficiam com mais pessoas a serem cuidadas em casa. Colombo *et al.* (2011) propôs que os custos “hoteleiros” associados à institucionalização fossem pagos pelas pessoas. Esta medida poderia incentivar a prevenção da institucionalização e, por outro lado, dar benefícios ao fornecimento de cuidados domiciliários.

Em Portugal, o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o apoio de todas as instituições sociais e particulares no aumento da oferta de cuidados/apoio domiciliário, apesar das suas limitações, têm mostrado ao longo dos últimos anos os esforços governativos e de outros investidores na implementação de uma estrutura integrada que seja eficaz na continuidade de cuidados. É visível uma tentativa de responder a esta continuidade após a alta clínica a nível hospitalar e colocar na comunidade todos os pacientes que já não necessitam de cuidados hospitalares (Carvalho, 2012).

Segundo a Fundação Calouste Gulbenkian (2014), uma mudança de paradigma, uma passagem de um serviço centrado no hospital para um serviço centrado na comunidade poderá

permitir maior sustentabilidade do sistema de saúde em termos de custos, maior prevenção, menos infecções partilhadas, maior responsabilidade da família e cuidadores informais.

3.1.1 – A PERSPETIVA DA FAMÍLIA

Do ponto de vista do cuidador informal (família, amigos, vizinhos), cuidar no domicílio é fisicamente e emocionalmente esgotante, ainda mais quando o cuidador tem problemas de saúde. O tempo dispensado para cuidar de um familiar dependente muitas vezes faz com que o cuidador assuma vários papéis sociais, como cozinheiro, enfermeiro ou até empregado doméstico e muitas são as ocasiões em que resistem aos cuidados formais até ao último instante, encaminhando-os a um sentimento de rutura emocional e/ou física e perda de vida social. Esta situação pode ser explicada porque a presença de cuidadores estranhos é fator de ansiedade, limitação de liberdade e invasão da privacidade (Fraser *et al.*, 2014). Segundo os mesmos autores, a informação sobre cuidados domiciliários está muitas vezes encoberta e nem os próprios profissionais de saúde ou gestores de cuidados são capazes de informar bem as famílias sobre os serviços e meios técnicos existentes. Muitas famílias não sabem aceder aos cuidados domiciliários e muitas também nem sequer sabem que existem.

Há situações que causam ansiedade na família ou no cuidador informal relativamente aos cuidados formais em contexto domiciliário. A falta de capacidade técnica e de conhecimento específico para lidar com a situação, a frequente alternância de cuidador obriga a uma constante familiarização com a “pessoa estranha”, o que dificulta a construção da relação de confiança necessária na tríade cuidador-família-paciente. É muito importante que os cuidadores formais sejam competentes, confiáveis, respeitadores, que demonstrem compaixão e se adaptem bem à personalidade individual de cada paciente. É também crucial que sejam dedicados e dotados de elevado nível de conhecimento (Hautsalo *et al.*, 2012; Fraser *et al.*, 2014). Daí o interesse no planeamento em gestão de recursos humanos para o melhor desempenho em ambiente domiciliário.

Segundo Cardoso (2016: 17), “as pessoas proporcionam vantagens competitivas por serem potencialmente valiosas, raras e dificilmente imitáveis ou substituíveis e por evidenciarem possibilidades de adaptação às mudanças contínuas e cada vez mais rápidas e profundas.” Para Nica (2013) os recursos humanos são responsáveis por desenvolver a qualidade dos

serviços e a satisfação dos clientes. São também cruciais em todas as práticas nos serviços de saúde e contribuem com um papel vital para o sucesso destes serviços.

Todos os que experimentam os cuidados domiciliários identificam o domicílio como o melhor sítio para as pessoas serem cuidadas e referem que os cuidados domiciliários formais vieram trazer um alívio enorme para muitas famílias. Daí que os programas domiciliários devam ser também centrados na família e não somente no paciente, adaptados a cada situação e flexíveis de forma a garantir o suporte adequado à família e ao paciente (Hautsalo *et al.*, 2012; Fraser *et al.*, 2014).

3.1.2 – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

O sucesso de uma organização depende da diferenciação dos seus produtos e ofertas. Assim, ao se descobrir as necessidades do público-alvo, a organização terá de ter como foco satisfazer essas necessidades de forma superior. Desta forma, a sua oferta e imagem terá uma posição de destaque no mercado alvo (Kotler *et al.*, 2008).

A OMS (2001: 7) define integração de cuidados como “um conceito que reúne *inputs*, entrega, gere e organiza serviços relacionados com o diagnóstico, tratamento, cuidados, reabilitação e promoção de saúde.”

Torna-se pertinente refletir e discutir sobre o formato de contratação e de gestão de serviços de saúde, a formulação do seu preço, volume e valor. A pressão do mercado é para a redução dos custos e, segundo Porter (2009), os atuais sistemas de saúde não estão organizados em volta do valor que os cuidados de saúde produzem nas pessoas. Promovem a redução de custos, fontes de receita, maior quantidade de serviços e não necessariamente quem produz serviços mais valiosos aos seus clientes.

Para Porter (2010), o valor de determinado cuidado de saúde mede-se pelo resultado obtido e não pela quantidade de cuidados prestados. Contrariamente à redução de custos, a focalização deverá situar-se na maximização dos resultados no final do ciclo de cuidados.

Os cuidados domiciliários estão a expandir-se em Portugal e, em algumas regiões, este suporte tem-se desenvolvido através de parcerias com os serviços municipais, administrações

regionais de saúde e instituições sociais (Santana *et al.*, 2007). De acordo com o mesmo autor, é muito importante que a população, principalmente os mais idosos, tenham acesso a um conjunto de serviços que, ao mesmo tempo e de forma integrada, sejam prestados por múltiplos profissionais.

Apostar em serviços diversificados, que não se reduzam apenas à simples confecção de refeições e ajuda nos cuidados de higiene, poderá ser uma forma de melhorar o modelo mais básico de apoio domiciliário. A aposta num modelo que coloque à disposição da população alvo serviços médicos, de enfermagem, de reabilitação, atividades ocupacionais, entre outros, que se interliguem, dirigidos e centrados na pessoa, parece ser a forma estratégica de modernização dos serviços de apoio domiciliário (Gil, 2009).

Applebaum e Koehn (2013) referem que um sistema integrado de cuidados de saúde bem implementado poderia ajudar a garantir que as pessoas recebam os cuidados certos, no lugar certo e à hora certa.

Por sua vez, a tecnologia pode ajudar os novos modelos de serviços de saúde a desenvolverem sistemas tecnológicos integrados de elevada importância. O registo eletrónico individual de saúde, as redes de informação de saúde da comunidade, as bases de dados de informação em saúde e as aplicações de telemedicina são as maiores componentes tecnológicas que ajudam a desenvolver a integração nos cuidados de saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014; Mercer, 2001).

As maiores barreiras para a implementação destes sistemas são o subfinanciamento, a falta de padrões de dados clínicos que universalizem a informação em saúde, a falta de regulamentos de segurança e privacidade informática, resistências às mudanças organizacionais, adversidades de risco, falta de liderança e de planos negociais (Mercer, 2001).

3.1.3 – HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

O desenvolvimento de redes de suporte a cuidados de longa duração parece ser uma prioridade política, muito devido ao envelhecimento populacional e aumento da longevidade, como referido anteriormente. As consequências deste quadro, relativamente certo, são o aumento da prevalência de doenças crónicas e da dependência. Desta forma, surge a

necessidade da criação de modos de abordagem aos cuidados de longa duração que sejam sustentáveis.

Cardoso *et al.* (2012: 401) concluiu que “ao efetuar-se um planejamento de uma rede de cuidados de longa duração caracterizada por breves institucionalizações, sugere que a prestação de cuidados institucionais para todos que necessitam de institucionalização pode resultar em poupança. Por outro lado, quando são observadas longas institucionalizações, vale a pena considerar-se a opção dos cuidados domiciliários como serviço substituto dos cuidados institucionais para alguns indivíduos que o necessitam”. Contudo, há que considerar certos aspetos quando se transferem cuidados hospitalares para cuidados domiciliários. Por exemplo, uma pessoa que necessite de institucionalização e que esteja a ser cuidada no domicílio pode não ter um cuidador informal que o auxilie, desta forma as visitas domiciliárias de profissionais tendem a aumentar e os custos serão superiores.

Um estudo de Shepperd (2009) realça que os estudos com ensaios controlados que evitam a institucionalização hospitalar com cuidados domiciliários têm aumentado nos últimos anos. O mesmo autor refere que as tecnologias médicas portáteis e de comunicação para fornecimento de cuidados hospitalares no domicílio devem ser exploradas em estudos piloto, para que mais facilmente se consiga determinar a viabilidade económica destas intervenções em determinados grupos de pacientes. Desta forma, seria possível determinar o impacto destas intervenções nos sistemas de saúde.

A hospitalização domiciliária é um conceito inovador que se tem expandido lentamente ao longo dos últimos anos. O objetivo principal deste conceito seria permitir o aumento de camas disponíveis no hospital para pacientes que necessitem efetivamente de hospitalização. Inicialmente este conceito era usado para permitir que determinados pacientes que necessitavam de tratamentos relativamente simples permanecessem no seu domicílio. Atualmente as estruturas de hospitalização domiciliária permitem integrar, no domicílio, tratamentos mais complexos como cuidados paliativos, quimioterapia e reabilitação (Verjan *et al.*, 2013). Estes autores concluem que de momento existe falta de pressão para o envio de pacientes para tratamento em ambiente domiciliário e que esta situação poderá ser um fator da não evolução destas estruturas, mesmo que o seu uso significasse uma melhor performance económica.

Em cuidados pós-cirúrgicos, existe evidência de que tratamentos específicos em determinados grupos de pacientes conseguem ser seguros, efetivos e com grande receptividade no domicílio, em particular na cirurgia ortopédica, onde há evidência de vantagens clínicas e financeiras, desde que a dor seja efetivamente controlada. O mesmo acontece com outros tipos de cirurgia, incluindo os pós-operatórios de hérnias, varizes, *bypass* coronário e cataratas (Paul, 2013). O mesmo autor refere que, relativamente a outros cuidados de saúde, são numerosos os exemplos na literatura de sucesso em tratamentos como controlo da diabetes, complicações respiratórias, acompanhamento de doenças crónicas complexas, fornecimento de alimentação parentérica, transfusões sanguíneas, tratamento de feridas complexas e controlo de úlceras de decúbito, entre outras.

Cryer *et al.* (2012) referem haver evidência literária de tratamentos hospitalares praticados no domicílio associados à redução em 38% na mortalidade em 6 meses em comparação com tratamento hospitalar. Estes autores concluíram também que a satisfação com o cuidado em casa era maior e que os custos foram menores comparativamente aos mesmos cuidados, em pacientes semelhantes, mas em ambiente hospitalar.

Segundo Vladeck e Westphal (2012) as pessoas portadoras de doenças crónicas necessitam de cuidados de saúde regulares, mas não precisam do nível de tecnologia ou de recursos humanos disponível, somente, nos hospitais. Estes sítios podem ser perigosos para idosos fragilizados, particularmente vulneráveis a infeções, desorientações e lesões acidentais, para além de serem ambientes desencadeadores de desconforto e *stress* físico e emocional (Vladeck e Westphal, 2012).

De acordo com a OCDE (2015: 34), a introdução de cuidados de proximidade poderá reduzir os custos dos cuidados hospitalares, tendo-se “estimado que 30% da atividade hospitalar em Portugal poderia ser feita em contexto comunitário e que 20 milhões de euros poderiam ser poupados por ano, com a transferência de mais cuidados de enfermagem para fora dos hospitais.”

A hospitalização domiciliária permite prestar cuidados continuados de saúde de forma integrada e ao mesmo tempo reduzir custos. O caso do programa “Hospital em Casa” do Presbyterian Health Care Services (Novo México) tem tido resultados bastante favoráveis. Este sucesso levou também ao desenvolvimento e implementação de um programa de

atendimento domiciliário contínuo com o objetivo de evitar os reinternamentos hospitalares desnecessários em casa de idosos com doenças crônicas complexas e de custos elevados em saúde. Nos Estados Unidos, apesar dos resultados positivos do Presbyterian, existem barreiras ao desenvolvimento de mais programas de hospitalização domiciliária, como o pressuposto de que os cuidados de saúde prestados no hospital são mais seguros e a forma de pagamento que é diferente da forma tradicional devido a políticas de cobertura comum que não dispõem de uma forma de pagamento eficaz para a integração no “Hospital em Casa” (Cryer *et al.*, 2012).

Em Portugal, destaca-se que “a eventual implementação de respostas de hospitalização domiciliária nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a desenvolver em 2017, deve constituir-se como uma resposta integrada e centrada no utente, e não como uma simples extensão da resposta hospitalar para além das fronteiras físicas da instituição, o que exige, entre outros, que sejam definidos os critérios de articulação com os cuidados de saúde primários, RNCCI, setor social e com a comunidade, assim como uma articulação com outras respostas inovadoras no SNS” (ACSS, 2016a: 28).

3.1.4 - INOVAÇÃO

Cunha *et al.* (2006: 737) definem inovação como “ (...) um pequeno rótulo para uma grande variedade de fenómenos. O conceito pode incluir práticas tão diversas como a adoção de novas soluções tecnológicas ou processos de trabalho, o lançamento de novos produtos, a competição em novos mercados, o estabelecimento de novos acordos com clientes ou fornecedores, a descoberta da nova fonte de matérias-primas, um novo processo de fabricação, um novo modo de prestar serviço pós-venda, um novo *modus operandi* para a relação com a clientela, etc.”.

Atualmente, um negócio inovador é muito mais do que novos produtos ou tecnologia inovadora. Deste modo, a inovação só é relevante se com isso houver criação de valor para o cliente (Sawhney *et al.*, 2006). Estes autores explicam que o sucesso passa obrigatoriamente por um olhar atento por todos os aspetos do negócio e que uma empresa que queira inovar deverá focar-se em doze dimensões, sendo que quatro delas são os eixos principais (Figura 1).

Figura 1 - Radar da Inovação

Fonte: Sawhney *et al.* (2006)

Relativamente a aspetos singulares que melhor caracterizam os serviços de saúde e que ajudam a compreender a sua dinâmica, Cinaroglu (2016) destaca que as organizações de saúde são compostas por profissionais, a maioria deles especialistas, peritos em diferentes áreas e boa parte do sucesso passa pela comunicação, interligação e integração dos conhecimentos destes profissionais. O mesmo autor refere que para gerir organizações de saúde modernas é necessário olhar para elas como um todo, combinando eficazmente a estrutura, os processos e os resultados.

Os serviços de saúde modernos usam a telemedicina e as tecnologias associadas, como o telefone, vídeo, Internet, utilizam as tecnologias de informação para prestar cuidados à distância. Vários serviços por todo o mundo usam a telemedicina ao domicílio para auxiliar na prestação de cuidados de saúde a adultos e crianças, não só com doenças crónicas, mas também em situações agudas como pneumonia adquirida na comunidade, infeções da pele e tecidos moles, entre outros (Paul, 2013).

Paul (2013) sustenta que as novas tecnologias permitem que os registos clínicos estejam mais disponíveis aos doentes, prestadores de cuidados e que a pesquisa eletrónica de informação em saúde seja mais facilitada. Também a comunicação entre profissionais de saúde está muito mais facilitada através das telecomunicações móveis, redes de videoconferência como o

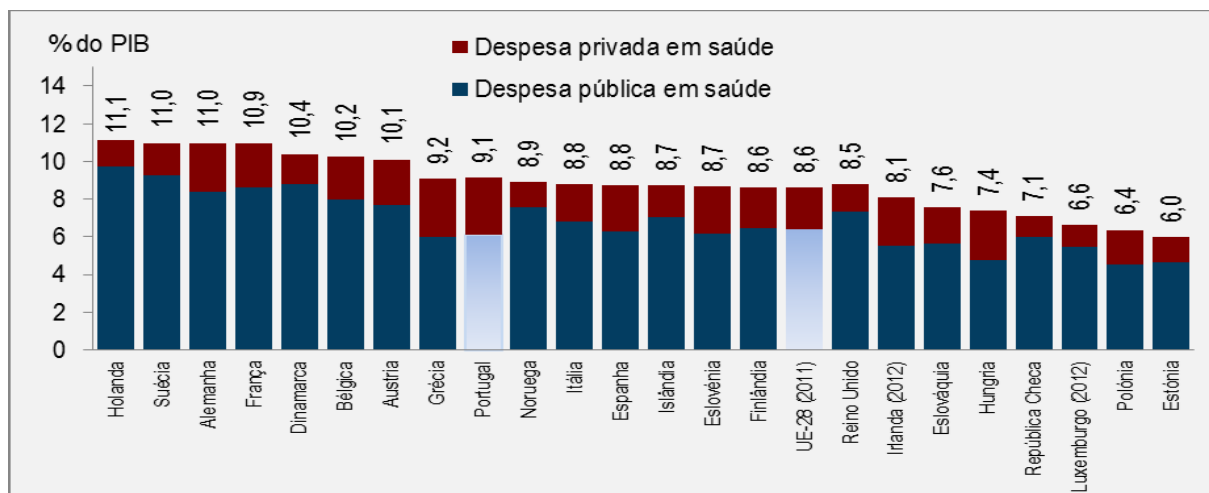
Skype e o Webex, blogues e salas de *chat*. Os aparelhos portáteis de monitorização de sinais vitais, os aparelhos portáteis de infusão endovenosa, de concentração de oxigénio, aparelhos de radiologia e ecografia para diagnóstico estão cada vez mais disponíveis para os cuidados de saúde no domicílio.

As tecnologias de informação podem igualmente contribuir para a melhoria da efetividade dos serviços de cuidados à pessoa. Segundo um estudo de Bezboruah *et al.* (2014), as atitudes e comportamentos de gestores avessos à mudança e à inovação fazem com que as tecnologias de informação não evoluam adequadamente dentro deste tipo de serviços. O mesmo estudo reflete que a indústria de cuidados de saúde serve múltiplos grupos de clientes e que este facto pode inibir o máximo potencial deste tipo de tecnologias. Daí que o desenvolvimento de *software* que permita atualizações personalizadas possa melhorar a contribuição deste tipo de tecnologia, para os resultados, nesta tipologia de serviços.

4 – ANÁLISE DO SETOR DA SAÚDE

De acordo com a ACSS (2016b), no ano de 2013, Portugal regista um valor de despesa total em saúde correspondente a 9,1% do PIB, sendo que 6,08% corresponde a despesa pública em saúde e 3,05% de despesa privada em saúde (Figura 2). Para o mesmo ano, a despesa total *per capita* regista um valor de 1836 euros e, tendo em conta o espaço europeu, este valor é inferior à maioria dos países, ficando só acima dos situados na Europa de Leste.

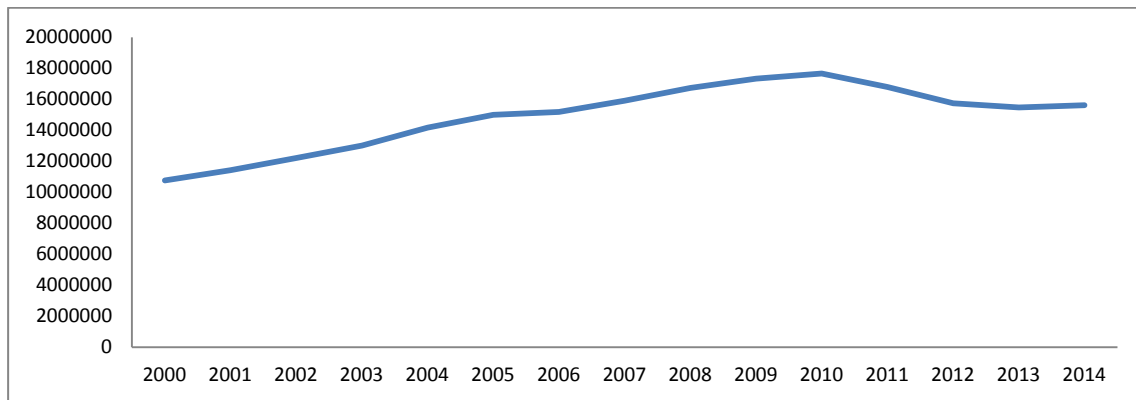
Figura 2 - Despesa Total de Saúde em % do PIB de Portugal Comparativamente a Outros Países da União Europeia (2013)



Fonte: OECD Health Statistics (2015) in ACSS (2016)

Dados mais recentes indicam que em Portugal a despesa total de saúde em percentagem do PIB, após o ano de 2013, decresceu para 9% em 2014, sendo este o mesmo valor provisório para 2015. Em 2016, o valor preliminar é de 8,9% (PORDATA, 2017).

Relativamente à despesa corrente em cuidados de saúde em Portugal, os dados mais recentes são respetivos ao ano de 2014 e registam um valor de 15.615.760 milhões de euros, mais 4.856.962 milhões de euros do que no ano 2000, representando um agravamento de 45%, apesar de este indicador ter atingido o seu pico em 2010 (Figura 3) e ter vindo a decrescer após esse ano (PORDATA, 2017).

Figura 3 - Despesa Corrente em Cuidados de Saúde (Milhares de Euros)

Fonte: PORDATA (2017)

Segundo a Comissão Europeia (2016), não são de excluir pressões futuras em termos de custos em saúde decorrentes da evolução demográfica desfavorável e do aumento das doenças crónicas.

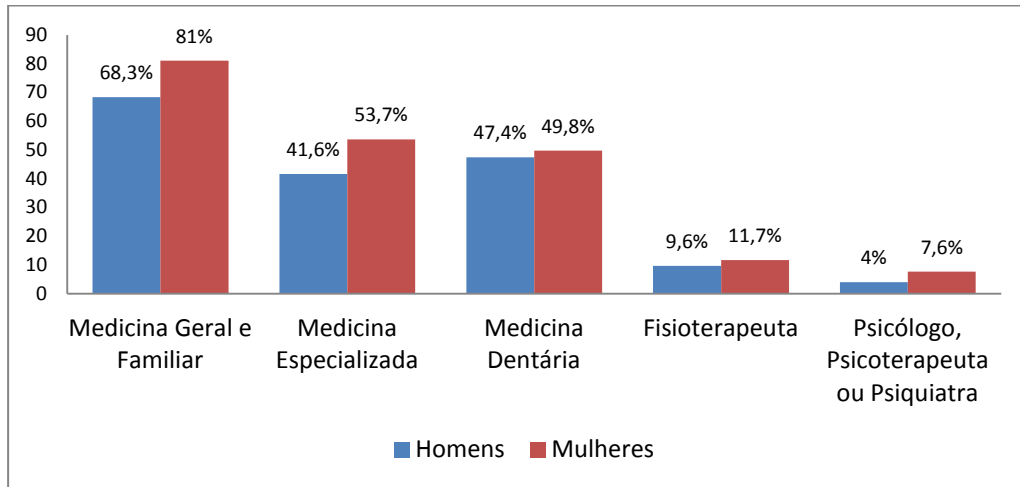
No setor da saúde estão a ser envidados esforços para planear e implementar uma estratégia orçamental mais rigorosa a nível hospitalar, de redução do preço do medicamento no mercado farmacêutico e de expansão da medicina familiar e das unidades de cuidados na comunidade (Comissão Europeia, 2016).

De acordo com a Fundação Calouste Gulbenkian (2014), a crise económica afetou severamente o nível de vida da população portuguesa, com consequências na saúde e no bem-estar das pessoas. Nos próximos anos, o aumento da incidência de doenças crónicas, nomeadamente a diabetes, cancro, doenças respiratórias e cardiovasculares poderão afetar negativamente a despesa do Estado em cuidados de saúde.

De acordo com o INE (2016b), em 2014 as consultas de Medicina Geral e Familiar foram as mais efetuadas à população com 15 ou mais anos em Portugal (Figura 4).

De referir a falta de informação disponível não só sobre outras especialidades, mas também sobre consultas relativas à intervenção domiciliária continuada de profissionais de saúde quando é cada vez mais visível o quadro de envelhecimento e dependência da população mais idosa.

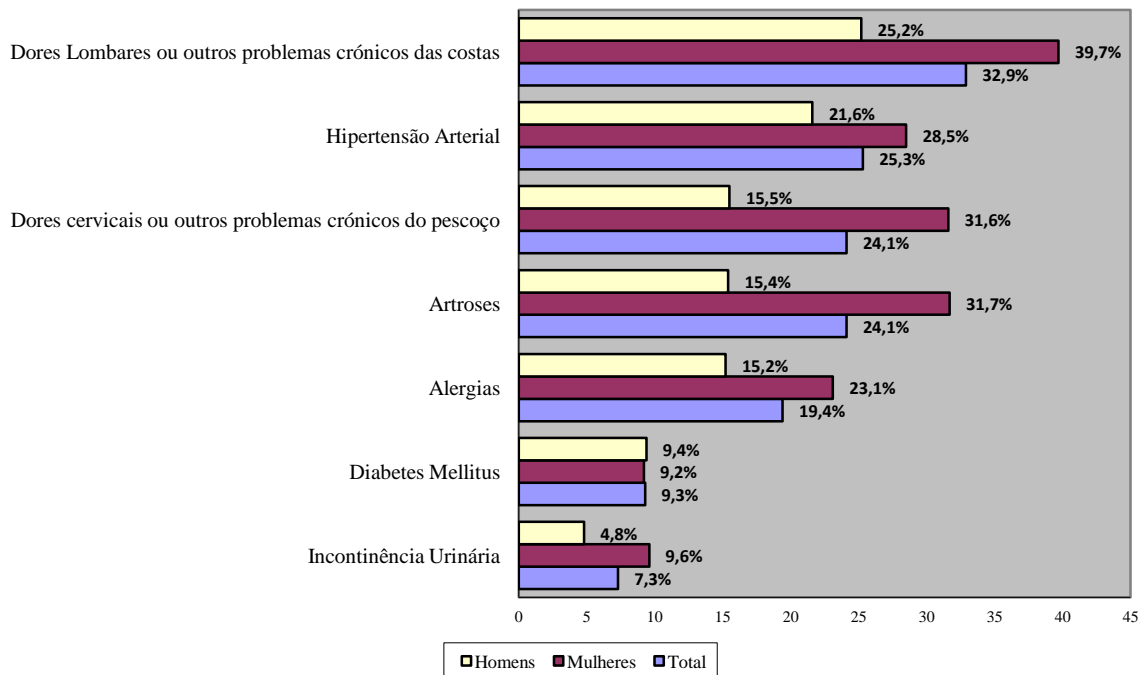
Figura 4 - Percentagem da População com 15 ou Mais Anos que Obteve uma Consulta na Área da Saúde por Tipo de Profissionais e Sexo, Portugal, 2014



Fonte: INE (2016b)

No mesmo ano (Figura 5), a dor crónica, principalmente nas zonas lombar (32,9%) e cervical (24,1%), as artroses (24,1%) e a hipertensão arterial (25,3%) foram as doenças crónicas mais referidas entre a população total, com idade igual ou superior a 15 anos (INE, 2016b).

Figura 5 - Proporção da População com 15 ou Mais Anos com Determinadas Doenças Crónicas por Sexo, Portugal, 2014



Fonte: INE (2016b)

A Fundação Calouste Gulbenkian (2014) defende que são então necessários novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados, dando especial atenção ao apoio domiciliário e ao desenvolvimento de redes de especialidades associadas a centros de referência.

A redução da mobilidade como consequência do aumento da longevidade e de doenças crónicas incapacitantes poderá dificultar os deslocamentos e o acesso a múltiplos profissionais de saúde poderá ser comprometido. Em 2014, em Portugal, quase 1 milhão de pessoas com quinze anos ou mais referiu no Inquérito Nacional de Saúde ter dificuldade em caminhar 500 metros num terreno plano sem ajuda; cerca de 1,1 milhões de pessoas referiu que era difícil subir ou descer doze degraus sem ajuda (INE, 2016b).

Segundo o mesmo inquérito, em 2014, no conjunto da população com 65 ou mais anos (2,1 milhões), cerca de 458 mil pessoas referiram ter pelo menos uma dificuldade na realização dos cuidados pessoais e cerca de 1,6 milhões referiram não ter quaisquer dificuldades. Dentro das pessoas que referiram dificuldades, 122 mil foram as que referiram não ter necessidade de ajuda (26,7%) e 162 mil precisavam de ajuda ou ainda mais ajuda (35,3%).

Segundo a ACSS (2016c), em 2015, foram referenciados para a RNCCI, a partir de hospitais e centros de saúde, cerca de 41.117 utentes, incluindo as admissões diretas, foram 44.501 utentes. Em 2015, existiam 2136 vagas para ECCI para a região de Lisboa e Vale do Tejo. Para o mesmo ano, tipologia e região, foram referenciados cerca de 3477 utentes e foram assistidos cerca de 5043 utentes. A nível nacional, os principais motivos de referência para esta tipologia foram: desnutrição, ventilação assistida, doença pulmonar obstrutiva crónica, ensino ao utente/cuidador, dependência nas AVD, existência de feridas/úlceras de pressão e existência de múltiplas úlceras de pressão. Alguns dos outros motivos de referência para intervenção domiciliária foram:

- Reabilitação;
- Cuidados pós-cirúrgicos;
- Manutenção de dispositivos.

5 – ANÁLISE MACRO-AMBIENTAL

5.1 – ANÁLISE POLÍTICO-LEGAL

O direito à saúde está consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP) e a proteção da saúde dos cidadãos é realizada através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Cabe ao Estado garantir o acesso à saúde a todos os cidadãos, sendo que para isso uma das suas prioridades tem sido disciplinar e orientar a articulação entre as entidades públicas e privadas de forma a garantir elevados padrões de qualidade dos serviços de saúde prestados (Assembleia da República, 2015).

Segundo o Ministério das Finanças (2016), as políticas que o XXI Governo pretende adotar na área da saúde visam melhorar o desempenho do SNS, melhorando o acesso, a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde. Na área dos cuidados de saúde na comunidade, o atual Governo tem como prioridades implementar medidas de forma a reduzir o número de cidadãos sem médico de família, a abertura de novos centros de saúde nos próximos anos, otimizar a integração da rede de cuidados continuados e de outros serviços de apoio a pessoas dependentes, alargar a RNCCI com o aumento do número de camas disponíveis e reforçar os cuidados ao domicílio, em especial, os cuidados paliativos.

Segundo o artigo 12º do Decreto-Lei nº 101/2006, a RNCCI assegura serviços de cuidados continuados integrados aos utentes através de:

- Unidades de Internamento: Convalescença, Longa Duração/Manutenção, Média duração/Reabilitação e Cuidados Paliativos;
- Unidade de Ambulatório: Unidades de dia e de promoção da autonomia;
- Equipas hospitalares: Equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- Equipas Domiciliárias: Equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

O mesmo artigo define as ECCI como equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Estas equipas asseguram cuidados de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa,

reabilitadora e ações paliativas, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional, educação para a saúde, apoio nas AVD e AIVD e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

O artigo 12 supra define igualmente as ECSCP como equipas multidisciplinares da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e devem integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Asseguram formação em cuidados paliativos às equipas de saúde familiar do centro de saúde e às equipas de cuidados continuados domiciliários, após avaliação integral do doente, efetuam tratamentos e ações paliativas a doentes complexos, gestão e controlo de procedimentos, assessoria e apoio às ECCI e aos familiares ou cuidadores.

De acordo com o artigo 86º da CRP, o Estado Português tem um papel de incentivador da atividade empresarial, em particular das pequenas e médias empresas (Assembleia da República, 2015). Neste sentido, em 2017, a estratégia do XXI Governo será a promoção de políticas dirigidas às atividades económicas relacionadas com a capitalização e financiamento das empresas, a produção de bens e serviços e outras visando a competitividade, a internacionalização e a defesa dos direitos dos consumidores (Ministério das Finanças, 2016).

Em Portugal, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) “exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e de defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, tendo a missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.” (ERS, 2015: 1). O licenciamento deste tipo de estabelecimentos serve para atestar o cumprimento dos requisitos mínimos de funcionamento e é comprovado através de uma licença emitida por esta entidade (ERS, 2015).

Os novos estatutos da ERS estão descritos no Decreto-Lei nº 126/2014, de 22 de agosto, e com eles esta entidade vê reforçadas as competências de auditoria e fiscalização, de resolução de conflitos, de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de prevenção e punição de práticas de indução da procura, de gestão de queixas e reclamações, entre outras. Para que termos como a qualidade, segurança, prevenção de acidentes, ética e prática baseada na evidência caminhem lado a lado com as estratégias de um melhor desempenho organizacional (Anjos, 2015).

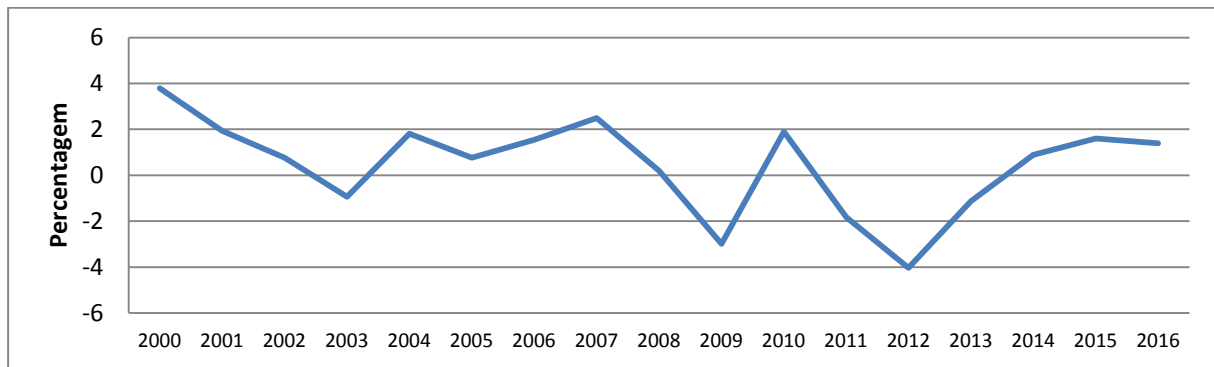
De acordo com o Regulamento nº 66/2015, de 11 de fevereiro, “compete à ERS, nos termos do artigo 26º dos respetivos Estatutos, proceder ao registo obrigatório e público dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, bem como à sua atualização.” Este registo é efetuado através do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados e “destina-se a dar publicidade e a declarar a situação jurídica dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde sujeitos à jurisdição regulatória da ERS, e constitui condição de abertura e funcionamento dos mesmos.”

No artigo 9º deste Regulamento estão identificadas as condições específicas de registo e atualização de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que funcionem em instalações móveis que correspondem às unidades que realizam a mesma atividade da Home Hospital de cuidados de saúde ao domicílio.

5.2 – ANÁLISE SOCIO-ECONÓMICA

Portugal conheceu uma crise económica e financeira após o ano de 2009. Durante mais de uma década, antes do período de início de crise, o Produto Interno Bruto (PIB) apresentou um fraco crescimento, entrando mesmo em declínio após o ano de 2007 e esse facto ficou a dever-se ao fraco crescimento da produtividade e ao aumento dos custos com o trabalho (Comissão Europeia, 2016).

Após o ano de 2012, a economia portuguesa iniciou a sua recuperação e, em 2014, a taxa de crescimento real do PIB (Figura 6) foi de 0,9%, segundo as contas nacionais (Base=2011). Desde aí, e segundo dados preliminares, em 2015, a riqueza cresceu 1,6% e em 2016, caiu para 1,4%. No entanto, se analisarmos o último trimestre desse ano, verifica-se que a mesma taxa subiu para um valor de 2%. Segundo dados mais recentes, no primeiro trimestre de 2017, o crescimento da riqueza foi de 2,8%, projetando um cenário económico cada vez mais favorável (INE, 2017b; PORDATA, 2017).

Figura 6 - Taxa de Crescimento Real do PIB (%) em Portugal entre os Anos 2000 e 2016

Fonte: PORDATA (2017)

Segundo o Banco de Portugal (2016), entre 2016 e 2019, a economia portuguesa deverá manter a trajetória de recuperação que caracterizou os últimos anos. Assim, o PIB deverá crescer 1,4% em 2017, estabilizando nos 1,5% nos anos seguintes. O enquadramento externo encontra-se progressivamente mais favorável, pelo que a recuperação económica deve manter-se sustentada no dinamismo das exportações. A procura interna apresentar-se-á caracterizada por uma moderação do consumo privado e o número total de desempregados em Portugal não se perspectiva que aumente (Banco de Portugal, 2016).

A taxa de desemprego tem vindo a decrescer desde 2013 (16,3%), passando para 11,1% em 2016 e, segundo os últimos dados disponíveis, em maio deste ano, no grupo etário dos 15 aos 74 anos, esta taxa situava-se nos 9,4% (INE, 2017b; PORDATA, 2017).

Segundo a Confederação Empresarial de Portugal (CIP) (2016), o consumo privado deverá crescer 1,7% em 2017 e 1,8% em 2018 em linha com o crescimento do nível de rendimentos disponíveis, influenciado pela reposição dos cortes salariais e a eliminação progressiva da sobretaxa de IRS até 2018. O consumo de bens duradouros deverá crescer 2,5% em 2017 e 2018, ao passo que o consumo de bens não duradouros deverá apresentar um crescimento de 1,8% em 2017 e 1,3% em 2018.

A CIP afirma que a formação bruta de capital fixo (FBCF) deverá ter um crescimento de 4,3% em 2017 e de 4,6% em 2018. A nível empresarial, a FBCF deverá crescer, nos próximos anos, para valores a rondar os 5%. Relativamente ao investimento público, verificou-se uma queda de 60% no período de 2011-2015. A evolução deste investimento deverá continuar

condicionada pela necessidade de consolidação das contas públicas. O peso das exportações no PIB deverá manter a perspetiva de aumento, muito pela componente do turismo, que se tem revelado como um dos setores que mais tem contribuído para o processo de recuperação da economia portuguesa. Ao nível das importações, o abrandamento que se verificou em 2016 tenderá a acelerar até ao horizonte de 2018. No que respeita à inflação, as projeções apontam para o seu aumento nos próximos anos, 1,4% já em 2017 e 1,5% em 2018 (CIP, 2016).

Apesar destes indicadores positivos, existem constrangimentos que persistem e que criam impacto no quadro de incerteza, como o elevado nível de endividamento das famílias e das empresas, a desfavorável evolução demográfica, um elevado nível de desemprego de longa duração e um nível de recuperação do investimento aquém do verificado anteriormente. Neste contexto, é importante aumentar incentivos à inovação, à mobilidade de fatores e ao investimento em capital físico e humano (Banco de Portugal, 2016; CIP, 2016).

A Comissão Europeia (2016) salienta que apesar de um quadro macroeconómico favorável, persistem algumas barreiras ao investimento: a dificuldade de financiamento para as pequenas e médias empresas; a pouca margem para ajustamentos salariais nas empresas que em linha com baixos níveis médios de qualificações da mão-de-obra afeta negativamente o investimento; a complexidade burocrática, a reforma da legislação fiscal mais favorável ao crescimento que tem sido uma realidade, mas o retorno em benefício tem evoluído muito lentamente; os enormes obstáculos à concorrência no setor dos serviços constituem um problema para as empresas. Por último, outro aspeto essencial e que teima em não progredir significativamente é a cooperação entre as instituições de investigação e o setor empresarial (Comissão Europeia, 2016).

Ao nível empresarial existem responsabilidades que as empresas portuguesas têm com a administração fiscal e que afetam o rendimento das empresas. O Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Coletivas (IRC) incide sobre o lucro das empresas que operam em Portugal, o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) sempre que se transacionam produtos, bens ou serviços, o Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares (IRS) sobre os salários dos trabalhadores da empresa e a Taxa Social Única (TSU) que incide sobre o salário mensal do trabalhador e é encaminhado para a Segurança Social. A estes impostos as empresas poderão ter de contar com outros, tais como o Imposto de Selo sobre atos, contratos, documentos, etc., o Imposto sobre Imóveis (IMT) no momento da compra de um imóvel, o Imposto Municipal

de Imóveis (IMI) pela posse de determinado imóvel, os Impostos sobre as viaturas da empresa, ISV (Imposto Sobre Veículos) no momento da compra e o IUC (Imposto Único de Circulação) pela circulação dos veículos comprados (AIP, 2016).

Os custos com a matéria energética têm também impacto no rendimento líquido das empresas. No caso da eletricidade e do gás natural, Portugal situa-se na metade dos países da União Europeia que apresentam os preços mais elevados (CIP, 2016). A mesma confederação refere que, no caso dos combustíveis, Portugal tem-se situado nos primeiros dez países da União Europeia com os preços mais elevados e significativamente acima da vizinha Espanha.

Portugal está integrado num acordo de parceria com a Comissão Europeia (Portugal 2020), no qual se definem os princípios de programação que consagram a política de desenvolvimento económico, social e territorial.

O acordo de parceria inclui um financiamento de mais de 25 mil milhões de euros que Portugal receberá até 2020, dos quais cerca de 4,5 mil milhões de euros serão destinados ao apoio das pequenas e médias empresas, cerca de 4,3 mil milhões de euros para Educação e 2,2 mil milhões de euros para a área da inovação, sendo estas as áreas de maior afetação dos fundos (Comissão Europeia, 2016).

Entre 2011 e 2014, Portugal sofreu um programa de ajustamento económico através de um acordo entre as autoridades portuguesas, o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e a Comissão Europeia. Os rendimentos das famílias, no período de ajustamento, sofreram uma redução na ordem dos 5%, que se mostraram bastante contidos comparativamente à retração de rendimentos observada em Espanha (9%) e na Grécia (36,5%), países que também foram sujeitos a processos de ajustamento económico (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016).

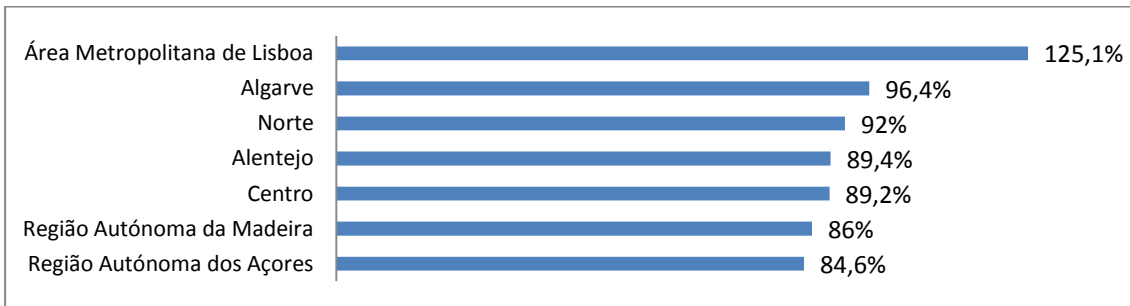
Durante este período, e como seria expectável com a redução do nível de rendimentos das famílias, a Taxa de Privação Material Severa¹, em 2011 foi de 8,3%, atingindo o valor mais

¹A taxa de privação material severa representa a percentagem da população que enfrenta pelo menos quatro dos nove tipos da lista de dificuldades económicas acordada na União Europeia. Da lista constam as incapacidades de pagar despesas inesperadas, refeições regulares de carne e peixe ou uma semana de férias para a família; de pagar as contas da casa atempadamente ou de manter a casa aquecida; de ter carro, máquina de lavar roupa, televisão a cores ou telefone, por dificuldades económicas.

baixo desde 2004. Em 2014 atingiu o valor de 10,6%, correspondente ao final do período de ajustamento. Em 2016, o valor provisório desta taxa volta a baixar e atinge o valor de 8,4% (PORDATA, 2016).

Assim, torna-se importante analisar o poder de compra *per capita* nas principais regiões de Portugal (Figura 7) e, sobretudo, nos municípios de abrangência do negócio. Este indicador pretende traduzir o poder de compra manifestado quotidianamente, por habitante, nos diferentes municípios ou regiões (PORDATA, 2016).

Figura 7 - Poder de Compra *Per Capita* (nº Índice - %) - Regiões de Portugal (NUTS II) 2013

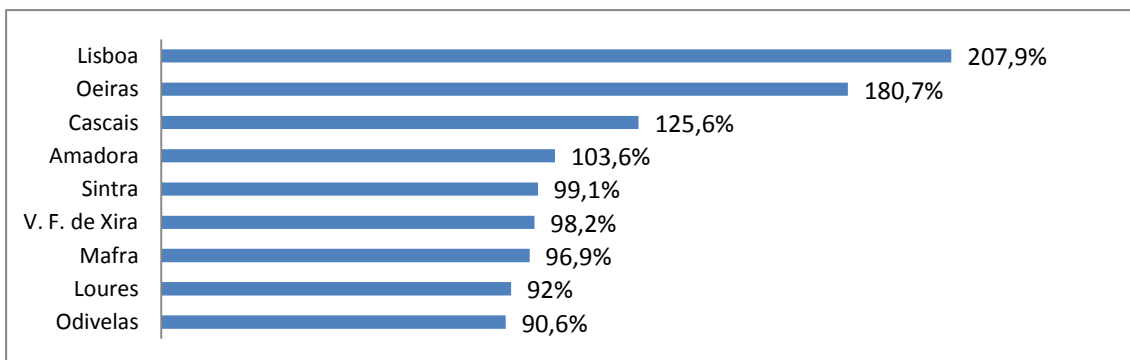


Fonte: PORDATA (2016)

Ao analisarmos a Figura 7, podemos constatar que se localiza na Área Metropolitana de Lisboa o maior poder de compra, por habitante, a nível nacional.

A Figura 8 analisa o poder de compra *per capita* nos Municípios da Grande Lisboa. Esta será a área geográfica de desenvolvimento do negócio:

Figura 8 - Poder de Compra *Per Capita* (nº Índice - %) - Municípios da Grande Lisboa - 2013



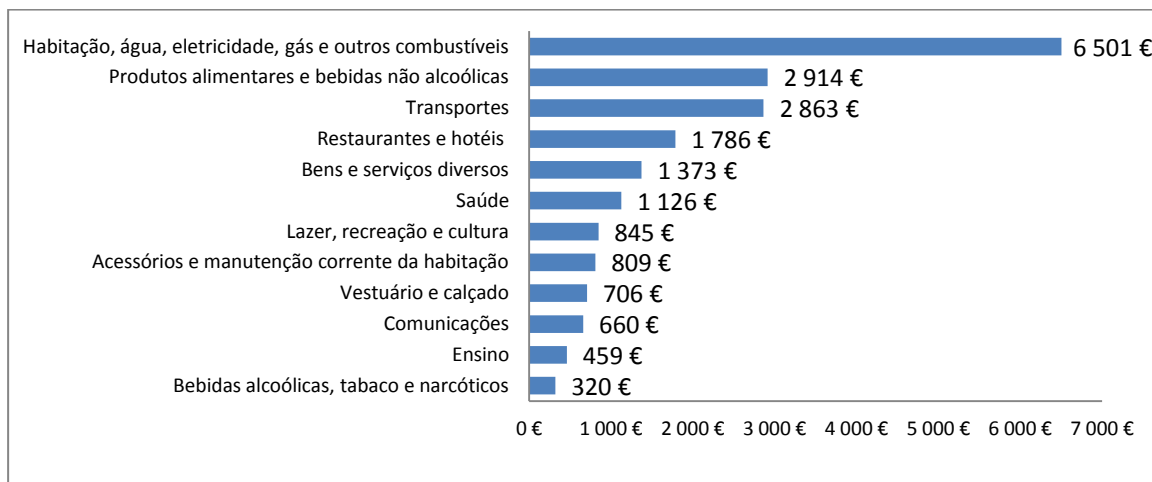
Fonte: PORDATA (2016)

A análise da Figura 8 permite concluir que os municípios de Lisboa, Oeiras e Cascais são as zonas com maior poder de compra, por habitante, na região da Grande Lisboa.

De acordo com o INE (2017a), na mesma região, em 2014, encontravam-se os agregados familiares com maior rendimento total líquido anual (28.101€), sendo a única região acima da média nacional (23.635€).

Relativamente às despesas familiares, em 2015/2016 (Figura 9), a média por agregado foi de 20.363€. As três principais componentes dessa despesa foram a habitação, a alimentação e os transportes, concentrando 60,3% da despesa total anual média das famílias, em Portugal, nesse período. Apenas a Área Metropolitana de Lisboa (23.148€) ultrapassou a média da despesa nacional (INE, 2017a).

Figura 9 - Despesa Total Anual Média por Agregado, Portugal, 2015/2016



Fonte: INE (2017)

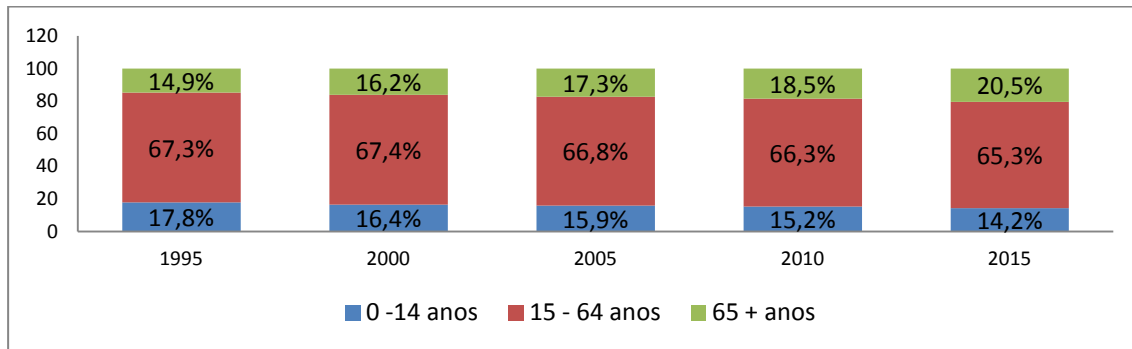
5.4 - ANÁLISE DEMOGRÁFICA

Portugal tem uma população envelhecida e mantém a perspetiva de decréscimo do número total de população residente para os próximos anos devido à baixa natalidade que se tem verificado, aumentando assim a população dependente relativamente à população ativa (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

Segundo dados oficiais do INE (2016a), em 2015 a população residente estimada para Portugal foi de 10.341.330 pessoas, 14,1% de jovens, 65,2% de pessoas em idade ativa e 20,7% de idosos.

A Figura 10 tem o objetivo de demonstrar a tendência da evolução populacional em Portugal por grupos etários. Desta forma, consegue perceber-se que o peso da população nos grupos etários 0-14 anos e 15-64 anos tem diminuído ao longo dos anos, contrariamente ao peso da população pertencente ao grupo etário das pessoas com mais de 65 anos, que tem aumentado progressivamente ao longo dos últimos anos.

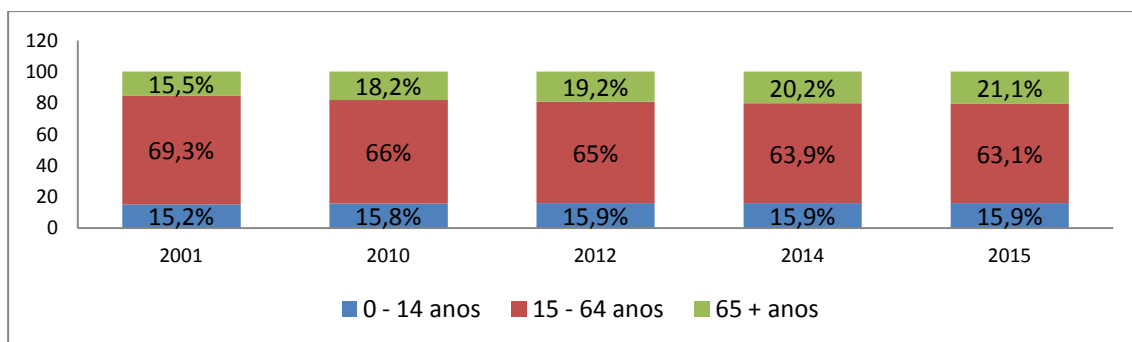
Figura 10 - Evolução da População por Grandes Grupos Etários em Portugal



Fonte: PORDATA (2017)

De acordo com a Figura 11, o mesmo tem acontecido na Área Metropolitana de Lisboa com o grupo de população pertencente ao grupo etário dos 15-64 anos e com o grupo de etário com mais de 65 anos. O peso do grupo etário dos 0-14 anos tem-se mantido sem variações significativas.

Figura 11 - Evolução da População por Grandes Grupos Etários na Área Metropolitana de Lisboa



Fonte: PORDATA (2016)

Relativamente aos Municípios da Grande Lisboa (Tabela 1), área de abrangência do negócio, em 2016, a percentagem mais significativa de idosos concentrava-se em Lisboa (28,3%), em Oeiras (23,3%) e na Amadora (22,5%).

Tabela 1 - População Residente (%) por Grandes Grupos Etários nos Municípios da Grande Lisboa

Territórios		0-14	15-64	65+
Âmbito Geográfico	Anos	2016	2016	2016
Município	Amadora	15,2	62,3	22,5
Município	Cascais	16,2	64,1	19,6
Município	Lisboa	15,4	56,3	28,3
Município	Loures	15,7	63,6	20,7
Município	Mafra	17,9	66,3	15,7
Município	Odivelas	16,0	64,3	19,7
Município	Oeiras	15,7	61,0	23,3
Município	Sintra	16,5	67,3	16,2
Município	Vila Franca de Xira	16,3	67,3	16,3

Fonte: PORDATA (2017)

A par destes indicadores está o Índice de Envelhecimento em Portugal que, em 2015, foi de 147 idosos por cada 100 jovens (INE, 2016a).

A esperança média de vida aos 65 anos, em Portugal, tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas décadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Esperança Média de Vida aos 65 Anos em Portugal

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
1980	14,7	13,1	16,1
1990	15,7	14,0	17,1
2000	17,0	15,2	18,6
2010	18,8	16,9	20,2
2015	19,3	17,4	20,7

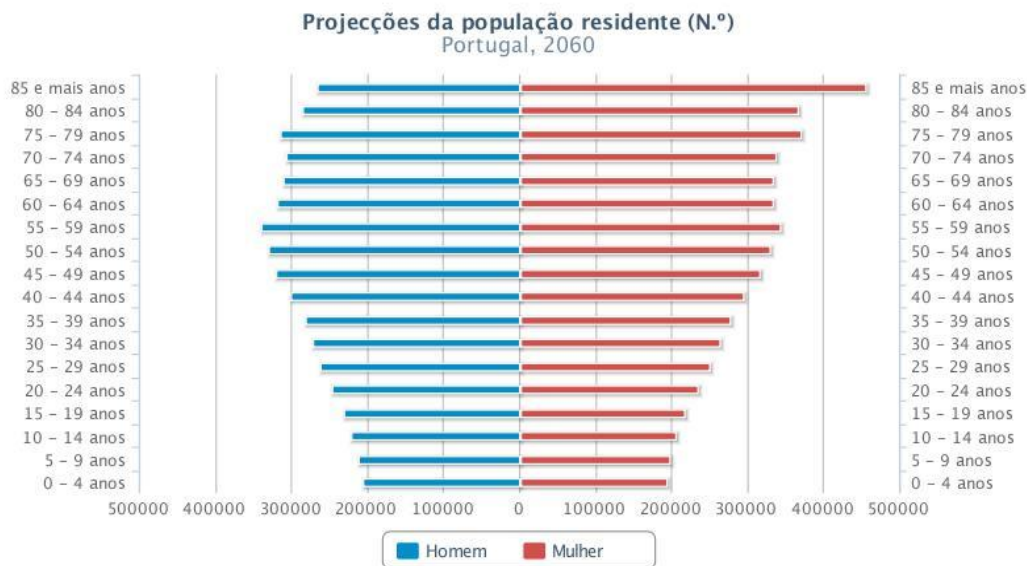
Fonte: PORDATA (2017)

No triénio 2008-2010, as pessoas de 65 anos podiam esperar viver mais 18,59 anos, enquanto no triénio 2013-2015 estas pessoas podiam esperar viver mais 19,19 anos (INE, 2016a).

Segundo dados oficiais do INE (2014), apesar de toda a incerteza associada, estima-se que, em 2060, o Índice de Envelhecimento passará para 307 idosos por cada 100 jovens e que a Esperança de Vida à Nascença aumentará nos homens de 76,7 para 84,2 anos e nas mulheres de 82,6 para 89,9 anos.

A Figura 12 apresenta uma projeção da população residente em Portugal em 2060, segundo dados do INE.

Figura 12 - Projeção da População Residente em Portugal para 2060



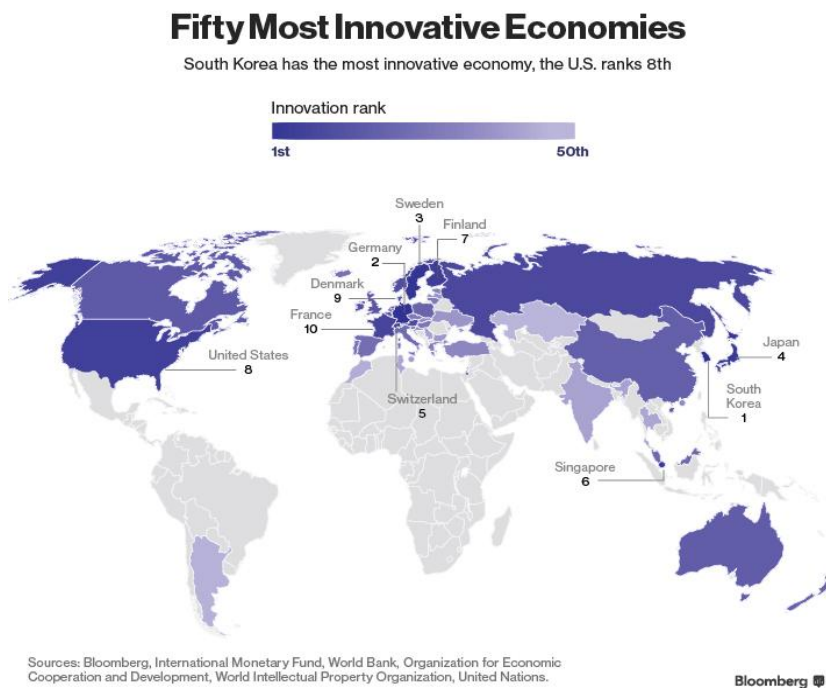
Fonte: INE (2016a)

Podemos então concluir que a evolução demográfica em Portugal neste passado-recente tem-se caracterizado por um aumento gradual do peso das estruturas etárias superiores e uma redução do peso dos jovens. Este progressivo aumento da população sénior atual e a projeção que é feita para as próximas décadas obriga a um olhar e a uma reflexão mais atenta sobre os desafios futuros da sociedade portuguesa, nomeadamente nas questões sociais e de saúde.

5.5 – ANÁLISE TECNOLÓGICA

Segundo a Bloomberg (2016), Portugal foi classificado como a 29ª economia mais inovadora do mundo, numa lista de 50 países, onde a Coreia do Sul foi a vencedora, seguindo-se as economias da Alemanha, Suécia, Japão e Suíça em 5º lugar (Figura 13).

Figura 13 - Economias Mais Inovadoras do Mundo



Fonte: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-01-19/these-are-the-world-s-most-innovative-economies>

Em Portugal, a educação formal constitui a principal forma de melhorar a oferta de qualificações, captação de talentos para a inovação e de capacidade de utilização da tecnologia, sendo que em termos de diplomados pelo ensino superior, em áreas científicas e tecnológicas, que conferem competências tecnológicas, o país encontra-se dentro da média da União Europeia (Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2013).

Segundo a Comissão Europeia (2016), a investigação e a inovação têm vindo a representar um papel mais significativo, principalmente através das Empresas e do Ensino Superior, apresentando o Estado com o papel de principal financiador deste tipo de atividades. A região de Lisboa destaca-se do restante país por ser a mais inovadora, seguida pela região Centro.

A mesma Comissão refere que a alavancagem em investigação e o desenvolvimento empresarial através da cooperação entre a ciência e as empresas permanece um desafio fundamental.

Em Portugal, a produção científica na primeira década deste século destaca o posicionamento das Ciências Médicas e da Saúde em primeiro lugar quanto ao número de publicações (Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2013).

Apesar da especialização em atividades dotadas de alta tecnologia ser reconhecida como potenciadora do crescimento sustentado do valor acrescentado e do emprego, estas têm um menor peso na balança comercial portuguesa. As atividades caracterizadas por um baixo nível tecnológico predominam em Portugal, mas têm demonstrado que conseguem alcançar elevados ganhos de produtividade e competir com muitos outros países, para além de serem importantes empregadoras (Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2013; Comissão Europeia, 2016).

Segundo o Ministério das Finanças (2016), um dos objetivos estratégicos para 2017 na área do desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da inovação passa pela promoção do emprego científico, o incentivo à qualificação avançada dos recursos humanos e estimular a diversificação das fontes de financiamento público e privado da atividade científica. Como exemplo, refira-se o contrato assinado entre a BIAL e o Estado Português em janeiro de 2017, no valor de 37,4 milhões de euros, destinado a financiar a investigação nas áreas do sistema nervoso central e cardiovascular.

Segundo a Fundação Calouste Gulbenkian (2014), apesar da dificuldade em se prever quais serão os próximos avanços científicos e tecnológicos que estarão disponíveis na área da saúde e de interesse público, nos últimos anos Portugal tem desenvolvido significativamente as metodologias de melhoria da qualidade da oferta de cuidados de saúde e da segurança do doente.

A Home Hospital desempenhará um papel proactivo na forma como a inovação pode contribuir para o desenvolvimento de serviços de saúde domiciliários, que produzam os melhores resultados possíveis em saúde aos seus clientes. Um serviço de saúde ao domicílio inovador, no futuro, terá de ter a capacidade de mudar e de se transformar facilmente,

integrando os avanços tecnológicos, no seu dia-a-dia. Na atualidade, a tecnologia informática e os dispositivos médicos portáteis, já fazem parte da realidade dos serviços de saúde ao domicílio.

6 – ANÁLISE DE PORTER

Segundo Porter (2008), o micro ambiente empresarial pode ser analisado através de cinco fatores - as chamadas cinco “forças” competitivas que devem contribuir para que se possa desenvolver uma estratégia empresarial que sirva bem os seus clientes e que se obtenham lucros. Assim, as cinco forças de Porter são: a rivalidade entre os concorrentes, o poder de negociação dos clientes e dos fornecedores, a ameaça da entrada de novos concorrentes e a ameaça de produtos substitutos.

6.1 – RIVALIDADE ENTRE OS CONCORRENTES

A Fundação Calouste Gulbenkian (2014: 185) refere que “há indicadores em toda a Europa de que a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde pode levar a melhorias na qualidade e nos tempos de espera dos serviços escolhidos. No entanto, para serviços que exigem a continuidade de cuidados e a participação de diversos prestadores, a cooperação e a colaboração podem ser prejudicadas pela fragmentação induzida pela concorrência. Neste caso, a evidência sugere que é mais adequado desenvolver redes de cuidados de saúde que interliguem os prestadores.”

No setor público, a RNCCI, através das equipas domiciliárias, tem assumido um papel relevante na oferta de cuidados continuados domiciliários, principalmente à população mais carenciada. As respostas de Hospitalização Domiciliária são ainda diminutas, mas poderão ser uma eventual realidade num futuro próximo, aumentando desta forma a oferta de cuidados hospitalares no domicílio. As unidades do Hospital Garcia Horta (Almada) e a unidade da Fundação Champalimaud em Lisboa já são uma realidade.

O envelhecimento populacional que se tem verificado, o aumento da longevidade e o aumento da dependência, principalmente das pessoas mais idosas, tem suscitado o aparecimento de várias empresas com serviços de cuidados de saúde ao domicílio no setor privado em Lisboa. Foram identificadas 16 empresas a operar na zona geográfica de Lisboa que oferecem pelo menos um serviço de cuidados de saúde ao domicílio e, desta forma, posicionam-se como concorrentes diretas da Home Hospital. A Tabela 3 apresenta uma análise destas empresas.

Tabela 3 - Caracterização da Concorrência Privada da Home Hospital na Área Metropolitana de Lisboa por Oferta de Serviços

CONCORRÊNCIA									
Empresa	Medicina Geral	Medicina Especializada	Telemedicina	Enfermagem	Enfermagem Especializada	Fisioterapia	AVD e AIVD	Cuidados Pediátricos	Outros
CKC									
HB									
PTM									
FL									
CSJD									
VIAD									
SG									
HZE									
SADC									
ATE									
CVV									
HC									
AN									
SP									
EVA									
MN									

Legenda:  **Serviços oferecidos**

A informação obtida na tabela acima foi obtida através de três entrevistas informais a gestores no caso das empresas SP, CKC e MN e entrevistas telefónicas no caso das empresas PTM, AN e CVV. A informação das restantes foi obtida através dos serviços publicitados na própria página na Internet da empresa. Da análise à tabela acima podemos verificar que cerca de 94% das empresas nesta zona geográfica apresentam ou publicitam o serviço de enfermagem; cerca de 69% os serviços de fisioterapia e AVD e AIVD; 50% o serviço de medicina geral e cerca de 63% outros serviços que podem ser psicologia, podologia, medicinas alternativas, nutrição, terapia da fala e ocupacional. Apenas 25% das empresas apresentam ou publicitam aos seus clientes serviços de medicina especializada, 19% cuidados pediátricos e apenas 6% oferecem telemedicina e enfermagem especializada, sem especificarem as especialidades de enfermagem integradas na empresa.

Importa também dizer que a rivalidade concorrencial entre a maioria das empresas de cuidados de saúde ao domicílio, nesta zona geográfica, pode ser caracterizada de baixa intensidade. Verifica-se que muitos dos serviços prestados ou publicitados por algumas

empresas mencionadas são efetivamente prestados totalmente ou parcialmente por outra empresa que designam como parceiro, muitas vezes sem existir uma parceria formalizada. Este acontecimento deve-se frequentemente ao facto de cada empresa dirigir o seu foco estratégico para um ou outro serviço em particular, e a qualquer momento verifica-se a necessidade de satisfazer um cliente com outro serviço que, por algum motivo, não pode ser cumprido pela empresa no momento da necessidade do cliente. Portanto, é através desta cooperação interempresarial que muitas empresas assimilam o processo de integração de serviços - de grande interesse para o aumento da qualidade da oferta, como foi falado na revisão de literatura. Estando este tipo de oferta de serviços ligada ao empreendedorismo social que resolve problemas das pessoas e melhora as condições de vida da sociedade, neste caso de saúde, a satisfação dos clientes, está muitas vezes intimamente ligada com a capacidade real de determinada empresa lhes satisfazer determinada necessidade, nem que seja pela via do encaminhamento. Poderá, como é óbvio, haver exceções, mas daqui se poderá explicar o elevado nível de cooperação entre os gestores de diferentes empresas de cuidados de saúde ao domicílio.

6.2 – PODER DE NEGOCIAÇÃO DOS CLIENTES

Nas empresas de cuidados de saúde domiciliários, o preço dos cuidados está, normalmente, tabelado e é fixo. O cliente quando questiona pelo valor de determinado serviço de saúde ao domicílio, é informado sobre o preço a pagar, não havendo margem de negociação.

Contudo, existem situações verificadas em empresas de cuidados de saúde privadas na região da Grande Lisboa que permitem a redução do valor de alguns serviços de saúde ao domicílio. São os casos das empresas que tenham acordos com entidades financiadoras de cuidados de saúde; as que fixam clientes através de um contrato e desta forma oferecem descontos nos serviços; na adesão a planos de saúde e em situações em que há uma continuidade de cuidados. As empresas garantem aqui diferentes formas de os clientes pagarem menos pelos serviços de saúde prestados. Porém, mesmo nestas situações, não há espaço para negociação, os valores são sempre tabelados.

É um facto que os clientes são uma peça fundamental para o sucesso da empresa, mas a falta de informação e conhecimento, em geral, sobre este tipo de serviço, nomeadamente do preço da maioria dos serviços prestados em ambiente domiciliário, retiram ainda mais poder

negocial aos clientes desta tipologia de serviços. Perante esta análise, prevê-se que o poder negocial dos clientes seja baixo.

6.3 – PODER DE NEGOCIAÇÃO DOS FORNECEDORES

A avaliação e seleção de fornecedores em empresas de prestação de cuidados de saúde devem basear-se no objetivo de garantir a prestação de serviços de elevada qualidade e a máxima satisfação do cliente. Por outro lado, os custos dos materiais que muitas vezes são utilizados para produção de serviços de saúde têm um impacto muito significativo nas margens de lucro.

A seleção de fornecedores e a negociação de melhores condições de aquisição de aparelhos portáteis de diagnóstico e tratamento torna-se uma tarefa essencial para o desenvolvimento de melhores condições de trabalho. Por outro lado, esta atenção poderá permitir melhores condições de compra de materiais específicos, que serão adquiridos pelos enfermeiros, nomeadamente para o tratamento de feridas complexas. Desta forma, ressalva-se a promoção da sua autonomia e a redução dos gastos destes profissionais na sua atividade.

Em Portugal existem algumas empresas fornecedoras de aparelhos portáteis e de materiais clínicos. Após uma análise através das páginas na Internet deste tipo de empresas, os pedidos deste tipo de material podem ser efetuados, na sua grande maioria, via *online*. Algumas apresentam os preços dos produtos bem identificados e outras apenas mediante um pedido de orçamento.

Desta análise sobressai o exemplo da Medicalshop, uma empresa que apresenta uma vasta gama de produtos bem identificados, por categorias e com o preço de cada produto visível e dentro de valores expectáveis. Os portes de envio são grátis a partir dos 75 euros em compras para qualquer zona de Portugal. Os produtos são entregues no máximo em 5 dias úteis e os produtos chegam ao destino em perfeitas condições.

Quando são adquiridos grandes volumes de produtos a determinado fornecedor, num espaço rico em fornecedores deste tipo de material, podemos conseguir reduzir-lhes o poder negocial, conseguir preços mais baixos e prazos de entrega mais curtos. Isto já não acontece na compra direta de material *online* onde os preços são fixos e não há oportunidade negociação.

Relativamente a serviços de apoio à gestão, organização e legalização da atividade da Home Hospital, a sua aquisição dependerá da quantidade serviços contratados, alguns com preços já estipulados e outros dependentes de orçamentação.

6.4 – AMEAÇA DE ENTRADA DE NOVOS CONCORRENTES

A ameaça de entrada de novos concorrentes depende das barreiras à entrada, ou seja, dos custos de contexto existentes quando uma empresa tenta penetrar em determinado mercado. Tipicamente as barreiras de entrada são as economias de escala, o capital requerido, o acesso a fornecedores e clientes, experiência, retaliação esperada, legislação e diferenciação (ERS, 2014).

Por um lado, a penetração no mercado dos cuidados de saúde ao domicílio não se faz de forma simplificada. As principais barreiras iniciais ao desenvolvimento deste tipo de negócio são a existência de empresas bem implementadas no mercado, que oferecem serviços de saúde ao domicílio há vários anos e a dificuldade que as novas empresas sentem em chegar aos seus novos clientes e fazerem reconhecer o seu valor num curto espaço de tempo.

Por outro lado, é visível o empenho do Estado Português em aumentar e melhorar as respostas domiciliárias na comunidade e, mais recentemente, de origem hospitalar. O baixo investimento que é necessário para se iniciar este tipo de negócio pode facilitar a entrada de novos concorrentes. Logo, a ameaça de entrada de novas empresas de cuidados de saúde ao domicílio é real e pode considerar-se elevada.

6.5 – AMEAÇA DE PRODUTOS SUBSTITUTOS

No contexto social português, podemos considerar que existe uma excessiva confiança da população nos serviços hospitalares. O serviço de cuidados de saúde ao domicílio pode ser substituído por idas ao hospital, que muitas vezes resultam em internamentos desnecessários, principalmente em pessoas dependentes. Esta preferência acontece, possivelmente, por desconhecimento e provável falta de confiança da população na atividade de saúde ao domicílio.

Por outro lado, cuidar de forma continuada de uma pessoa dependente ou que necessite de cuidados mais especializados, em ambiente domiciliário, requer a presença obrigatória de cuidadores informais, sejam eles família ou não. Este facto depende da existência de disponibilidade, vontade e uma cultura cuidadora no seio das famílias. Por diversos motivos, as famílias podem preferir a institucionalização da pessoa dependente em lares ou outro tipo de estruturas residenciais para idosos. Para além de ser necessário um investimento inicial elevado, a obtenção de licenciamento para este tipo de estruturas depende de regras bastante rígidas, o que não facilita a sua expansão.

7 – FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DO NEGÓCIO

O sucesso da implementação deste serviço de saúde dependerá de fatores que são cruciais para o seu desenvolvimento e que se forem subvalorizados poderão comprometer o negócio.

Os principais fatores críticos de sucesso do negócio podem ser assim identificados:

- Capacidade de retenção de profissionais de saúde motivados, com disponibilidade e com as competências adequadas para a intervenção domiciliária (ambiente pouco controlado);
- Capacidade de estabelecer uma relação de confiança, respeito e honestidade com os seus clientes e parceiros;
- Capacidade de criar uma imagem de um serviço que resolve problemas de saúde e melhora a qualidade de vida dos seus clientes, procurando sempre o melhor resultado possível;
- Apostar na inovação, adaptar a empresa à mudança procurando constantemente vantagem competitiva diante dos seus concorrentes.

8 – CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA – HOME HOSPITAL

8.1 – A EMPRESA

A Home Hospital foi pensada para ser uma referência na prestação de cuidados de saúde domiciliários na região da Grande Lisboa. A sua estratégia estará bem alinhada com a necessidade de se implementarem novas respostas de saúde a nível comunitário, substituindo muitos dos serviços prestados a nível hospitalar. Desta forma, a empresa deverá comprometer-se com uma contínua otimização dos serviços prestados, onde a qualidade e a segurança dos seus serviços deverão marcar a diferença. Assim, poderá manter a sua competitividade, substituindo ou complementando serviços comunitários do SNS e concorrentes privados.

A empresa servirá a população desta área geográfica, que por motivos de doença, dependência, por outro impedimento de saúde ou mesmo por sua vontade, faça com que a pessoa não saia do seu domicílio para receber um serviço que lhe satisfaça as suas necessidades de saúde.

8.2 – VISÃO, MISSÃO E VALORES

VISÃO

A Home Hospital pretende que a promoção da saúde e da qualidade de vida caminhe lado a lado com o quotidiano dos seus clientes, respondendo às suas necessidades de saúde aumentando a acessibilidade a serviços domiciliários, a informação e a profissionais de saúde altamente qualificados, capazes de uma humanização única em Portugal, evitando a institucionalização.

MISSÃO

Prestar cuidados de saúde médicos, de enfermagem e de fisioterapia de elevada qualidade à pessoa e família no seu domicílio, integrando profissionais de saúde dotados de um elevado

nível de conhecimento especializado e humanismo, que procuram diariamente aumentar o nível de saúde e o bem-estar dos clientes.

VALORES

A empresa vai reger-se pelos seguintes valores:

- Respeito, privacidade, compromisso, honestidade e confiança perante os seus clientes e restantes *stakeholders*;
- Flexibilidade, autonomia e fomento de uma cultura de mérito no seio da equipa de saúde;
- Inovação, qualidade e comunicação eficaz;
- Competência técnica e suporte científico;
- Personalização de cuidados;
- Melhor resultado possível, no menor espaço de tempo possível.

8.3 – PROPOSTA DE VALOR

A Home Hospital pretende oferecer um serviço personalizado e responsável, recorrendo a profissionais de saúde especializados e focados em satisfazer as necessidades de saúde dos clientes, a um preço que segue a tendência de mercado, competitivo e acessível, numa primeira fase, a clientes com maior disponibilidade financeira.

Os valores que regem a empresa estão na base do processo inovador que organiza o serviço e torna mais efetiva a atividade deste negócio a longo prazo, com segurança, sem grande desperdício e com elevado compromisso dos seus profissionais. Para que o valor entregue ao cliente seja diferenciador, a empresa propõe-se em adaptar-se à mudança e procurar constantemente vantagem competitiva diante dos seus concorrentes. Desta forma a inovação será um fator que colocará a empresa numa posição de destaque entre as empresas de cuidados de saúde ao domicílio na Grande Lisboa.

A Tabela 4 representa a forma como a Home Hospital se vai valorizar, integrando os conceitos do radar da inovação de Sawhney *et al.* (2006):

Tabela 4 - Radar da Inovação na Home Hospital

SERVIÇOS	Oferecer serviços de saúde ao domicílio inovadores, personalizados, responsáveis, prestados por profissionais de saúde peritos em áreas específicas de intervenção, comprometidos pelo melhor resultado possível.
Plataforma	Otimizar a rapidez e a disponibilidade de entrega dos serviços de saúde.
Soluções	Adaptar os serviços a cada cliente individualmente e criar novas relações de parceria que criem mais e melhores soluções à empresa e aos clientes.
CLIENTES	Procurar novas necessidades de cuidados de saúde ao domicílio junto dos clientes de modo a aumentar a oferta deste tipo de cuidados e abranger novos segmentos de clientes que não tenham ainda sido identificados.
Experiência do cliente	Melhorar a experiência dos clientes recorrendo a questionários de satisfação e à constante otimização da relação de confiança do cliente com a empresa.
Criação de Valor	Descobrir novas formas de melhorar o acesso a serviços de saúde: recorrendo aos clientes e à interação com os parceiros.
PROCESSOS	Melhorar os processos de prestação de serviços, otimizando a sua eficiência e eficácia sem nunca comprometer a sua qualidade e segurança.
Organização	Otimizar a coordenação dos serviços de saúde; integrar profissionais peritos na intervenção domiciliária de forma a manter elevados índices de motivação e de desempenho.
Cadeia de Abastecimento	Agilizar a comunicação, melhorando o fluxo da informação. Negociar novas formas de redução de custos com fornecedores de material clínico.
PRESENÇA	Identificar novos canais de apresentação dos serviços de saúde e melhorar os já conhecidos (<i>online</i> , telefone, através de parceiros).
Rede	Utilizar e permitir a atualização das tecnologias de informação de forma a melhorar a comunicação entre a tríade empresa, profissionais e clientes.
Marca	Desenvolver a marca Home Hospital de forma a criar uma imagem de qualidade de serviço, integridade e honestidade, competência profissional e confiança por parte dos seus clientes e parceiros.

8.4 – PÚBLICO-ALVO

Na Grande Lisboa, já existem algumas empresas que oferecem serviços de saúde ao domicílio. Apesar de que, salvo raras exceções, este tipo de serviço está quase sempre incluído em complementação a outro serviço de saúde (por exemplo em clínicas), ou em algumas áreas de intervenção (por exemplo medicina, enfermagem ou outros) o serviço ao domicílio é prestado por outras empresas ou profissionais que trabalham de forma independente. O que acontece muitas vezes é que o serviço de saúde ao domicílio não é o foco principal da oferta dessas empresas e, desta forma, a relação qualidade/preço poderá não ser a melhor e a integração de serviços de saúde é deficitária.

Partindo desta referência, a Home Hospital quer marcar a diferença focando a sua atividade na prestação de serviços médicos, de enfermagem e de fisioterapia em ambiente domiciliário. Estes serviços serão prestados a clientes que residam na zona da Grande Lisboa e que necessitem de cuidados de saúde especializados no seu domicílio. Está previsto que, numa fase inicial, por serem cuidados de saúde com financiamento unicamente privado e enquanto não estiverem disponíveis acordos com subsistemas de saúde e algumas seguradoras, estes serviços estarão apenas acessíveis aos clientes que tenham maior disponibilidade financeira.

O público-alvo destes serviços serão então os clientes que por algum motivo não queiram ou não se consigam deslocar a uma instituição de saúde para receberem cuidados. Nas situações de grande dependência funcional ou de alterações graves da função cognitiva, como acontece em casos de demências ou outras doenças crónicas, os clientes a quem se prestam efetivamente cuidados não são capazes de tomar decisões ou ter um papel ativo na relação com o serviço de saúde. Nestas situações, é obrigatória a presença no domicílio de pelo menos um familiar de referência ou cuidador informal. Assim, a relação com o serviço domiciliário vai efetuar-se com o familiar de referência, tanto ao nível da informação e seleção de cuidados de saúde a serem prestados ao cliente, como na parte relativa ao pagamento desses serviços. Com o cuidador informal, sendo este o familiar de referência ou não, a relação que será estabelecida será no sentido de este participar na otimização dos cuidados diários ao cliente e prevenção de complicações.

A empresa marcará a diferença através dos seus profissionais de saúde e do uso das novas tecnologias em ambiente domiciliário. A competência, cortesia, credibilidade, confiança,

responsabilidade e comunicação dos seus colaboradores, aliada à tecnologia disponível para cuidados de saúde domiciliários, servirá para colocar a empresa num lugar de destaque perante a sua concorrência.

8.5 - LOCALIZAÇÃO

A Home Hospital realizará a sua atividade no domicílio dos seus clientes, pelo que não necessita de uma sede ou espaço físico para se desenvolver, pelo menos numa fase inicial. Contudo, necessita de um espaço que valorize a sua imagem, que lhe dê morada, espaço para reuniões ou mesmo entrevistas de recrutamento, receção de correio, atendimento e encaminhamento de chamadas personalizado 24h/365 dias por ano, entre outros serviços. A escolha recaiu no escritório virtual AVILA SPACES em Lisboa. Este tipo de solução prende-se não só pelo facto de a empresa não necessitar de um espaço físico permanente para o desenvolvimento do negócio, mas também pela necessidade de racionalizar custos, mantendo a base funcional de uma sede fixa para este tipo de negócio.

8.6 – PREÇO DOS SERVIÇOS

Os preços serão fixados tendo em linha de conta os preços praticados por serviços similares, praticados por empresas já instaladas nesta zona geográfica. Em ambiente domiciliário e quando o cliente paga no momento a totalidade da consulta, o serviço de medicina geral pode variar entre os 60€ e os 80€; já a medicina especializada pode custar entre os 80€ e os 120€. Os serviços de enfermagem podem variar entre os 20€ e os 60€, dependendo da intervenção de enfermagem a ser praticada e da sua continuidade. Em Lisboa, existe uma empresa em que o valor da visita de enfermagem é sempre 40€, seja qual for a quantidade de intervenções e o tempo dispensado. As visitas de fisioterapia podem variar entre os 50€ e os 65€, dependendo da intervenção e da sua continuidade. Estes valores resultam de informação disponibilizada por algumas empresas da Grande Lisboa, por telefone ou através da sua página na Internet. Os preços alteram se os serviços forem prestados em dias de feriado, fins de semana e no período noturno.

Relativamente à Home Hospital, o preço dos serviços médicos e de fisioterapia irá no sentido de agregar o valor médio de uma consulta destes profissionais com o valor médio do deslocamento efetuado nesta área geográfica. Para os serviços de enfermagem, para além dos

valores médios mencionados anteriormente, o valor de alguns serviços terá de ter em conta os custos dos materiais mais utilizados para cada serviço em particular, como por exemplo no tratamento de feridas complexas. Os profissionais de saúde poderão indicar produtos de tratamento, materiais de reabilitação ou mesmo medicamentos (no caso de prescrição médica) que ficarão a cargo dos clientes.

O preço dos mesmos serviços terá um acréscimo do seu valor se forem prestados em dias úteis das 19h às 23h, aos fins de semana e feriados.

Será avaliada a possibilidade de convenções com entidades financiadoras de cuidados de saúde com intuito de baixar os preços dos serviços ao cliente, melhorando a acessibilidade, e disponibilizando este tipo de cuidados de saúde a um maior número de pessoas.

8.7 – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

A empresa servirá os seus clientes com serviços de saúde ao domicílio que podem ser esporádicos e de acordo com uma necessidade imediata dos seus clientes ou com serviços de continuidade, mais complexos, que necessitam de uma interação multidisciplinar. Estes últimos integram o programa de hospitalização domiciliária da empresa.

O programa de hospitalização domiciliária poderá oferecer aos seus clientes a oportunidade de tratarem problemas de saúde simples ou mais complexos em suas casas, afastando-os, sempre que possível, do ambiente hospitalar. Dará também oportunidade aos seus clientes de, após alta hospitalar, permanecerem no seu domicílio, em recuperação, sob vigilância e tratamento de uma equipa de saúde especializada. Para isso, este serviço requer uma avaliação multidisciplinar e em algumas situações, presença obrigatória de um cuidador informal permanente no momento dos cuidados. O seu funcionamento terá o apoio dos seguintes serviços:

- **Medicina geral**: as consultas de medicina geral terão uma abordagem comunitária, na ajuda à tomada de decisão relativamente a problemas de saúde, gestão de doenças crónicas e agudas, orientação clínica, prescrição de terapêutica, entre outras. Desta forma prevê-se que os clientes obtenham maior acessibilidade a consultas médicas ao domicílio e assim consigam prevenir deslocamentos desnecessários a instituições de

saúde, filas de espera (tempo dispensado) e, muitas vezes, complexas logísticas de transporte de doentes.

- **Medicina Interna**: o apoio da especialidade de Medicina Interna desempenhará um papel fundamental no acompanhamento das situações mais complexas. Terão uma abordagem mais específica no acompanhamento e controlo de situações agudas em processos de doenças crónicas. Desta forma, prevê-se que em muitos casos se consiga prevenir maiores complicações e internamentos desnecessários.
- **Enfermagem**: as atividades de enfermagem serão desenvolvidas no sentido de cuidar, ensinar e orientar os clientes, de forma individualizada, integrando a sua família ou cuidador mais presente. As atividades de enfermagem serão agrupadas da seguinte forma:

Enfermagem Geral: onde estão incluídas atividades de avaliação global das necessidades do cliente, monitorização de parâmetros vitais, administração de fármacos injetáveis, colheitas de amostras biológicas, entre outras intervenções que sejam necessárias e que sirvam para a otimização da condição de saúde dos clientes.

Enfermagem Especializada: onde estarão disponibilizadas intervenções de enfermagem de maior complexidade e que requerem um conhecimento mais específico em áreas de intervenção que se preveem de enorme importância na intervenção domiciliária. São o caso das situações de tratamentos de feridas agudas e complexas, ações de estomaterapia e paliativas, entre outras.

- **Fisioterapia**: as atividades de fisioterapia surgem com elevada importância no diagnóstico, prevenção e tratamento de disfunções da biomecânica e funcionalidade decorrentes de problemas de saúde humana. Assim, as principais atividades vão centrar-se em Reabilitação:
 - ✓ Pós-cirúrgica e pós-traumática;
 - ✓ Neurológica (ex. pós Acidente Vascular Cerebral);
 - ✓ Respiratória.

A estes serviços, a Home Hospital pretende acrescentar valor ao acompanhamento em saúde dos seus clientes, através da disponibilidade de contacto com a equipa de enfermagem, através de telemóvel (SMS + Voz), com a finalidade de aproximar de forma permanente os clientes aos profissionais de saúde da empresa.

Serão disponibilizados aparelhos portáteis auxiliares de diagnóstico e tratamento, a cada profissional de saúde, durante a sua colaboração com a empresa. O uso de tecnologias de informação, com intuito de auxiliar a comunicação e a monitorização da evolução de alguns tratamentos através da imagem, será uma prática recorrente. Por exemplo, a utilização da imagem fotográfica para monitorização da evolução de tratamentos mais complexos, e da imagem vídeo, para integração de outros profissionais de saúde na mesma consulta domiciliária. Numa fase posterior, a integração de aparelhos portáteis de ecografia de diagnóstico poderá ser uma realidade.

8.8 – COMUNICAÇÃO

Os principais objetivos da comunicação serão dar a conhecer aos potenciais clientes a existência da empresa e dos seus serviços, e suscitar o interesse e a curiosidade pela utilização dos serviços de saúde em caso de necessidade.

Neste sentido, a Home Hospital pretende divulgar a sua imagem recorrendo a conteúdos simples, de fácil compreensão e que transmitam uma imagem de confiança, segurança e honestidade. Os canais mais utilizados serão através da Internet, anúncios publicitários em papel e contacto direto com o cliente (Tabela 5).

Tabela 5 - Canais de Comunicação da Home Hospital

Canais de Comunicação		
Internet	Publicidade em Papel	Contacto Direto
<ul style="list-style-type: none"> - Página na Internet da empresa; - Facebook e outras redes sociais, com foco nos grupos de moradores locais; - Mailing. 	<ul style="list-style-type: none"> - Panfletos distribuídos em sítios estratégicos (lojas de venda de ajudas técnicas e farmácias); - Jornais locais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clientes satisfeitos – “passa palavra”; - Referenciações de parceiros; - Participação em rastreios gratuitos em zonas de grande afluência de potenciais clientes.

A Internet e os conteúdos *online* serão uma prioridade e uma aposta muito valorizada para a divulgação dos serviços da empresa. A criação de uma página na Internet possibilitará a promoção de informação relevante sobre a empresa e seus serviços. Também dará a possibilidade de interação dos clientes com sugestões e opiniões sobre as suas experiências. Com o devido consentimento, a empresa dará a oportunidade de divulgação de opiniões dos seus clientes sobre os serviços e casos de sucesso que permitam a construção de uma imagem de sucesso e credibilidade.

A estratégia da distribuição de panfletos e apresentação da Home Hospital às direções técnicas de farmácias e lojas de ajudas técnicas prende-se pelo facto de estes sítios, normalmente, terem uma maior proximidade com a comunidade e serem, muitas vezes, o primeiro “ponto de socorro” onde os possíveis clientes ou suas famílias se dirigem após as altas hospitalares, para compra de medicação prescrita, ajudas técnicas ou mesmo para “saber se conhecem alguém que consiga ir a casa” para prestação de cuidados de saúde.

O contacto direto será a melhor oportunidade de comunicar a imagem da empresa. Seja através de iniciativas de promoção de estilos de vida saudável, como nos rastreios gratuitos em locais estratégicos, seja nos momentos de referência através de parceiros em que, muitas vezes a promoção da imagem é efetuada pelo próprio profissional de saúde que se dirige ao domicílio para prestação dos cuidados de saúde referenciados.

8.9 – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

A Home Hospital, dando seguimento aos valores organizacionais, pretende ter por base uma cultura centrada no fomento de boas relações interpessoais, no reconhecimento dos bons resultados em saúde e na compensação do mérito da equipa. A contratação dos profissionais de saúde, nesta fase inicial e preferencialmente, será através de contrato de prestação de serviços, pelo que os períodos de férias e as recompensas pelos serviços prestados estarão dependentes do que for estipulado no contrato.

A intenção é criar uma marca de dentro para fora que seja atrativa aos seus e novos prestadores de cuidados, que permita a sua retenção e compromisso com a empresa a longo prazo. Assim, o planeamento da gestão de prestadores irá centrar-se em linhas de orientação, que serão adaptáveis ao longo do tempo, mas que no geral, pretenderão sempre a garantia de

empenho, motivação e dedicação dos seus profissionais de saúde para que a satisfação dos clientes e suas famílias seja a melhor:

Recrutamento e Seleção – numa primeira fase, estes processos serão desencadeados de duas formas:

- 1) Através de anúncio de recrutamento em local apropriado ou candidatura espontânea, seguido de avaliação curricular + carta de motivação e posterior entrevista;
- 2) Através da rede de conhecimentos, sem prejuízo das relações vigentes, por convite, a profissionais de saúde que sejam reconhecidas as suas competências técnicas e comprovado o perfil adequado à prestação de cuidados de saúde domiciliários. Este método será também preferencial em fases posteriores de recrutamento e seleção de profissionais de saúde.

A seleção de profissionais de saúde com maior experiência torna-se essencial para o desenvolvimento da estratégia da empresa. Desta forma, serão respeitados alguns critérios específicos de seleção, no caso dos profissionais de saúde: trabalhadores por conta de outrem para exercerem funções a tempo parcial; cédula profissional válida; experiência profissional mínima de 3 anos, preferencialmente em ambiente hospitalar, em prestação de cuidados a adultos, viatura própria e perfil para contacto com o cliente em ambiente pouco controlado.

Desta forma, a Tabela 6 representa a estrutura inicial de prestadores:

Tabela 6 - Estrutura inicial de prestadores de serviços de saúde

Profissional de saúde	Nº de prestadores de serviço
Médico especialista em Medicina Geral e Familiar	2
Médico especialista em Medicina Interna	1
Enfermeiros Generalistas	2
Enfermeiros Especialistas	1
Fisioterapeutas	1

Formação Profissional – a aquisição de novos conhecimentos permitirá aumentar o valor de cada prestador e consequentemente da equipa como um “todo”. O trabalho de equipa é crucial

para o bom desempenho de todos os profissionais de saúde e com ganhos enormes aos clientes da empresa. Seguindo este raciocínio, serão promovidas reuniões quinzenais ou, dependendo da disponibilidade da equipa, poderão haver reuniões semanais onde se proporcionarão momentos de debate de casos clínicos com foco no tratamento mais adequado e a melhor estrutura de cuidados para cada situação, havendo aqui espaço para troca de conhecimento e experiências entre profissionais de saúde, fomentando também o espírito de equipa.

Serão também proporcionadas ações de formação sobre novos materiais de uso clínico, através de marcas conhecidas, que se disponibilizem a formação de cariz teórico-prático, de curta duração e possivelmente gratuita sobre os seus produtos.

A Home Hospital prevê também promover a formação e desenvolvimento dos seus profissionais em áreas de interesse para a prática clínica através de participações em formação externa, nomeadamente em congressos e cursos de formação de curta duração.

Avaliação de Desempenho – através da avaliação de desempenho pretende-se alinhar o desempenho da atividade dos profissionais com a estratégia da empresa. Esta avaliação será efetuada uma vez por ano em dois momentos: um primeiro momento em equipa, onde serão apresentados indicadores de satisfação dos clientes para com o serviço de saúde e de desempenho do serviço em geral, nomeadamente em serviços continuados/Hospitalização Domiciliária, que serão especialmente monitorizados e serão também apresentadas propostas de melhoria; o segundo momento será individual e serão avaliados parâmetros como o empenho, a disponibilidade para o serviço e o desenvolvimento de competências específicas indispensáveis para um bom desempenho.

Gestão de Remunerações – a capacidade de manter os profissionais de saúde mais experientes e com maior capacidade de autonomia vai depender muito da estratégia da empresa de os atrair e reter. A Tabela 7 representa as formas de remuneração dos profissionais de saúde da Home Hospital.

Tabela 7 - Estrutura de remunerações dos Profissionais de Saúde

Com respeito aos seus valores, a Home Hospital irá assumir uma estrutura remunerativa sustentada por uma política de remunerações variáveis, constituída por duas formas de pagamento. A principal remuneração será realizada através do pagamento de uma percentagem do valor total do serviço efetuado em cada visita domiciliária. Esta percentagem será contratualizada com os profissionais de saúde, mediante a sua categoria profissional e manter-se-á fixa, pelo menos, nos primeiros cinco anos de atividade. Esta percentagem representa, ao mesmo tempo, os custos que a empresa terá pela prestação de determinado serviço de saúde.

O prémio “Satisfação do Cliente” será pago à equipa de saúde, no início de cada ano, mediante o nível de satisfação dos clientes que receberam um ou mais serviços de saúde no ano anterior. Este prémio será distribuído pelos prestadores de acordo com critérios específicos de atribuição, tais como o nº de serviços efetuados e o nº de novos clientes encaminhados para a empresa. Será pago de acordo com o resultado líquido da empresa, no ano de trabalho anterior e terá um peso (%) a ser definido posteriormente sobre este resultado. Desta forma pretende-se alinhar a estratégia organizacional com o desempenho coletivo da equipa de saúde. Esta remuneração, pela sua dependência no resultado líquido da empresa, não deverá ser atribuída nos primeiros cinco anos de atividade.

8.10 – PROCESSOS ORGANIZACIONAIS

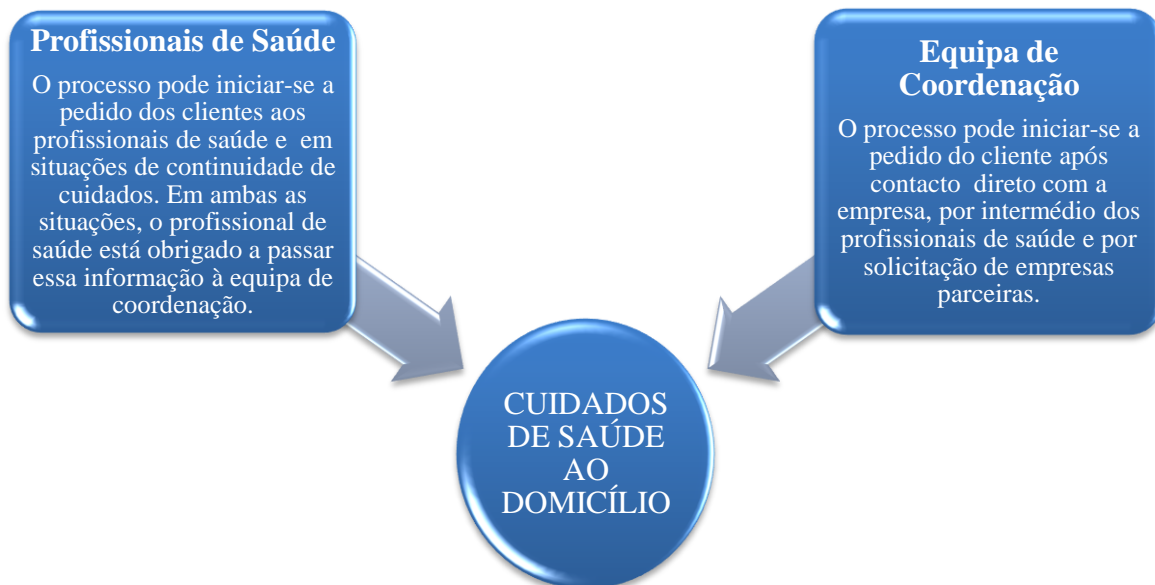
Neste subcapítulo serão descritos e esquematizados alguns processos que se preveem relevantes para a realização de tarefas específicas, que se relacionam e que são importantes para a dinâmica do negócio.

Funcionamento do serviço – O serviço ao domicílio, numa fase inicial, irá funcionar todos os dias do ano, das 9h às 23h. O contacto com a equipa de enfermagem estará disponível ao

cliente 24h/dia. Posteriormente pretende-se que o funcionamento das visitas domiciliárias seja também disponibilizado 24h por dia.

Os processos de ativação dos serviços da empresa poderão ser efetuados através da equipa de coordenação e dos profissionais de saúde (Figura 14). A equipa de coordenação será informada, obrigatoriamente, de todos os serviços prestados. A marcação dos serviços será efetuada em articulação com o profissional de saúde e o cliente, o serviço será agendado para um horário, preferencialmente, ajustado às disponibilidades de ambas as partes. Neste contacto, o cliente será também informado de quanto irá pagar e as formas de pagamento disponíveis. Após a primeira visita domiciliária será aberto o processo clínico do cliente com toda a informação disponibilizada.

Figura 14 - Processo de Ativação dos Serviços da Home Hospital



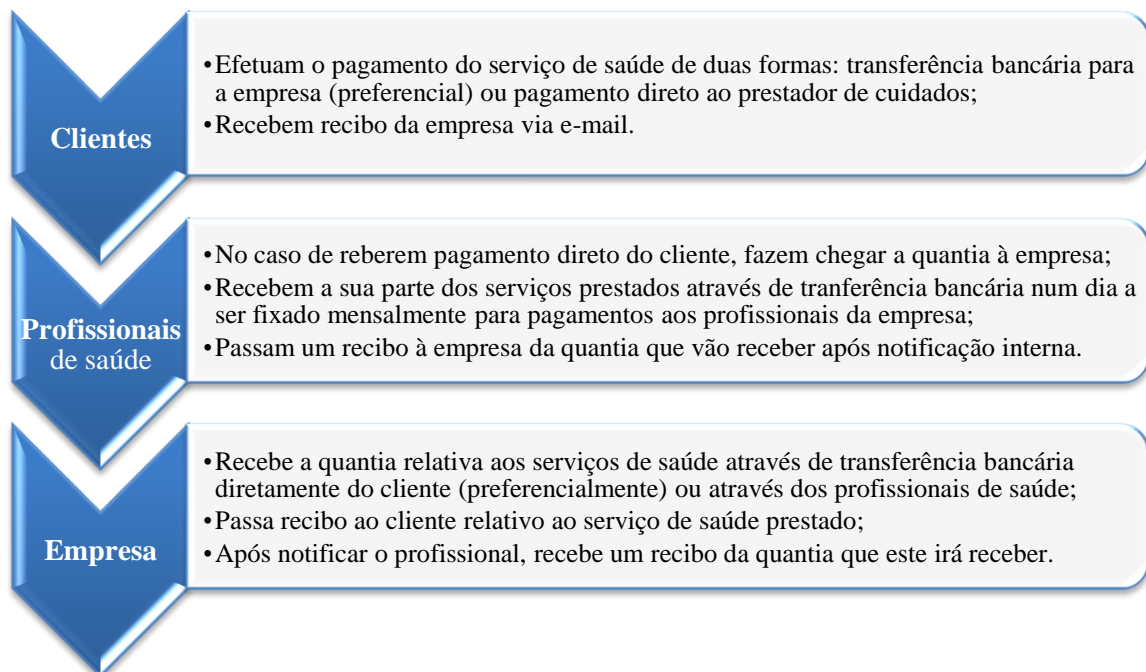
Os serviços de continuidade, com o mesmo profissional de saúde, poderão ser agendados pelo prestador, diretamente com o cliente, de acordo com a disponibilidade de ambos. Também nesta situação, o prestador está obrigado a comunicar a marcação efetuada à equipa de coordenação, através de comunicação interna.

Após cada serviço, o prestador fará o registo clínico necessário na plataforma informática escolhida para a empresa. Esta plataforma ajudará a empresa na gestão de clientes, marcações de visitas, registos clínicos, informação financeira e outros indicadores. Todos os

profissionais da empresa terão acesso, nesta plataforma, às áreas de informação e registo que se enquadrem dentro das suas áreas de atuação. A equipa de gestão terá acesso a todas as áreas de informação e registo da plataforma. Este *software* terá a possibilidade de se desenvolver de acordo com as necessidades da empresa e dos seus prestadores de serviços.

Processo de faturação dos serviços de saúde – A próxima figura serve para esquematizar a forma como se desencadeia o processo de faturação dos serviços de saúde, de forma a garantir um eficaz fluxo de pagamentos e recebimentos entre os principais intervenientes do serviço: clientes, profissionais de saúde e empresa.

Figura 15 - Processo de Faturação dos Serviços de Saúde



Processo de promoção da qualidade e melhoria contínua do serviço – O principal indicador da qualidade do serviço de saúde será avaliado através da satisfação dos clientes. Este indicador terá uma importância tal para a empresa que estará alinhado com a política de remunerações dos profissionais de saúde. Esta avaliação será efetuada pelo cliente ou cuidador informal responsável, após o ciclo de tratamentos (serviços) prestados por um ou mais profissionais de saúde, através de uma ferramenta escolhida para o efeito. A par desta avaliação será elaborado um mecanismo adequado para tratamento de reclamações.

Para a implementação de uma política de segurança e prevenção do erro, um dos procedimentos será definir as responsabilidades de cada grupo profissional, para que fiquem documentadas, para que todos trabalhem da mesma forma, saibam o que têm de fazer e até onde podem ir na prática clínica.

Para a melhoria contínua, a empresa terá de promover a motivação e a colaboração de toda a equipa, neste processo que se prevê exigente, mas com enormes mais-valias para todos. Para isso, a estratégia incluirá os seguintes procedimentos:

- Aprender diariamente com os erros, identificar e promover a sua eliminação;
- Valorizar as sugestões e reclamações de todos os *stakeholders*;
- Definir e avaliar indicadores de desempenho (satisfação, financeiros, entre outros);
- Cumprir com as orientações legais necessárias para a prestação de cuidados de saúde ao domicílio;
- Melhorar continuamente o *software* de gestão e registo clínico de forma a melhorar a operacionalidade da ferramenta e a garantir a confidencialidade dos dados;
- Garantir uma comunicação efetiva entre os prestadores, para que o processo de integração seja efetivo, através das tecnologias de comunicação e da promoção de reuniões de equipa quinzenalmente ou mesmo semanalmente, se for necessário;
- Fomentar medidas de prevenção da infeção cruzada (lavagem de mãos e desinfeção com solução apropriada);
- Facilitar medidas para uma correta eliminação de resíduos do grupo III (contaminados) e IV (corto-perfurantes) produzidos pela prática clínica ao domicílio;
- Facilitar a introdução/aquisição de novas tecnologias e material clínico que melhorem o tratamento e o diagnóstico em ambiente domiciliário;
- Orientar a empresa para melhorar continuamente a experiência dos clientes relativamente ao serviço prestado (cortesia, tempos de espera curtos ou de acordo com a vontade dos clientes, confiança nos profissionais, melhor resultado possível no menor espaço de tempo e ao preço mais justo).

9 - ANÁLISE SWOT

Para a elaboração desta análise, foi essencial a informação recolhida através das análises macro ambiental e de Porter (capítulos 5 e 6).

Tabela 8 - Análise SWOT

OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> - Empenho do Estado em regular a atividade domiciliária; - Quadro macroeconómico mais favorável; - Esforço estatal para um maior controlo orçamental nas instituições de saúde; - População a envelhecer; - Aumento da esperança média de vida e conseqüente provável aumento da prevalência de doenças crónicas e da dependência; - Fraca estrutura de apoio integrado domiciliário; - Mercado ainda com poucos concorrentes; - Poder de compra mais elevado na área geográfica de desenvolvimento do negócio; - Clientes sem grande poder negocial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empenho do Estado em aumentar o acesso a respostas domiciliárias de origem na comunidade e mais recentemente de origem hospitalar; - Existência de concorrentes diretos bem implementados no mercado; - Excessiva confiança da população nos serviços hospitalares; - Fraco conhecimento da população sobre a atividade de saúde ao domicílio; - Obrigatoriedade de uma cultura cuidadora no seio das famílias (presença de cuidadores informais); - Baixo investimento inicial, aumenta a ameaça de entrada de novos concorrentes.
FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de saúde orientada para serviços especializados e para colmatar necessidades específicas de intervenção; - Serviços de saúde que promovem a manutenção dos clientes no seu ambiente familiar; - Facilidade na interação entre a equipa de saúde, promovendo um diagnóstico integrado e a implementação do melhor tratamento para cada situação; - Horários flexíveis, ajustados ao cliente, todos os dias do ano; - Contacto permanente com a equipa de enfermagem; - Acesso a um número crescente de tecnologia portátil de diagnóstico e tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inacessibilidade a equipamentos de diagnóstico mais complexos (TAC, Ressonância Magnética) e técnicas de tratamento mais invasivas pelos riscos associados; - Preços dos serviços acessíveis apenas a clientes com rendimentos mais elevados; - Elevados custos com a prestação de serviços de saúde; - Indisponibilidade inicial da equipa de saúde para visitas ao domicílio no período noturno das 23h às 9h.

10 – ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO NEGÓCIO

As principais etapas de desenvolvimento do negócio servem para ajudar o promotor do negócio a estruturar o caminho a ser percorrido, desde os primeiros testes e desenvolvimento de um pequeno protótipo do negócio, até à implementação concreta da atividade da Home Hospital como empresa. Podemos identificar estas etapas em três grupos: no primeiro grupo encontram-se as etapas de experimentação, no segundo grupo as etapas de iniciação do negócio e por último as etapas de maturação.

Etapas de Experimentação:

- Desenvolver um protótipo de serviços de saúde ao domicílio;
- Testar os serviços domiciliários em clientes reais;
- Percecionar a aceitação dos clientes relativamente ao serviço e ao preço;
- Criar as primeiras parcerias informais com empresas de apoio domiciliário (AVD e AIVD) e farmácias comunitárias;
- Pesquisar e interagir com fornecedores de material clínico;
- Elaborar o plano de negócio.

Etapas de Iniciação:

- Formalização da abertura da empresa e registo da marca;
- Recrutamento e seleção de recursos humanos;
- Ativação dos serviços do escritório virtual;
- Aquisição de *software* informático que preencha os requisitos necessários para o negócio e que acompanhe o desenvolvimento da atividade;
- Questões legais (licenciamento, seguros e outros);
- Estabelecer plano de divulgação inicial da imagem da empresa;
- Criar parcerias formais com entidades de apoio domiciliário, lojas de ajudas técnicas, farmácias, laboratórios de análises clínicas, hotéis e outras instituições de interesse para o negócio;

- Desenvolver acordos com empresas de venda de material clínico, de forma a se obterem descontos na compra deste material por parte dos colaboradores, formação à equipa sobre novos produtos, entre outros benefícios;
- Formalização de um plano de gestão de resíduos.

Etapas de Maturação:

- Aperfeiçoar os serviços de saúde ao domicílio;
- Desenvolver, se possível, acordos com seguradoras e outras entidades financiadoras de cuidados de saúde;
- Ajustar o planeamento de recursos humanos, programação de visitas, funcionamento do serviço, horários dos prestadores, entre outros;
- Otimizar processos de promoção da qualidade com vista à certificação;
- Garantir a adesão dos clientes aos inquéritos de satisfação;
- Adequar os meios de publicidade aos serviços e à marca Home Hospital.

11 – ANÁLISE DA VIABILIDADE ECONOMICO-FINANCEIRA DO PROJETO HOME HOSPITAL

Neste capítulo irá proceder-se a uma análise económico-financeira do projeto Home Hospital. Assim, irá efetuar-se uma previsão de todos os fluxos monetários, para os próximos 5 anos.

Os pressupostos gerais para se proceder a esta avaliação são os seguintes:

Unidade monetária	Euro
Início de atividade	2018
Último ano de atividade	2023
Taxa de Atualização	5%
IRC	21%
IVA	Isenção para serviços de saúde
Segurança Social	Isenção de pagamento de contribuições ²
IRS	Ausência de retenção na fonte ³
Prazo médio de recebimento	Pronto pagamento
Prazo médio de pagamento	1 mês
Inventário	Ausência de Stock

11.1 – CAPEX

Para se dar início ao projeto, o investimento que será necessário está associado aos custos de abertura da empresa e de aquisição de aparelhos portáteis de diagnóstico e tratamento, indispensáveis à prática clínica dos profissionais de saúde. Para o início de atividade, as despesas de constituição da empresa rondarão os 500€ e as de aquisição dos aparelhos portáteis rondarão os 1780€. Assim o investimento inicial do projeto será de 2280€ e será

² Os profissionais de saúde da Home Hospital são todos trabalhadores por conta de outrem, contratados em regime de prestação de serviços.

³ De acordo com o código de IRS (decreto-lei nº 42/91, de 22 de janeiro, republicado pelo decreto-lei nº 134/2001 de 24 de abril), artigo 9, estão dispensados de retenção na fonte todos os trabalhadores independentes que não ultrapassem os 10.000€ de volume de negócios, em cada período de tributação. Assim, e de forma a simplificar, assume-se que todos os profissionais de saúde não ultrapassem um volume de negócios anual superior a 10.000€, ficando assim dispensados de retenção na fonte.

concluído no início de 2018. Pela necessidade da contratação de novos profissionais de saúde durante todos os anos do projeto, será também necessário investir em novos aparelhos portáteis, anualmente, até ao final do projeto. Assim o investimento em Capex total, e tendo em conta o valor financeiro do tempo, será de aproximadamente 6106,81€ (Tabela 9). Este projeto será financiado unicamente com capitais próprios.

Tabela 9 - Investimento em Capex

	2018	2019	2020	2021	2022	Vida Útil (anos)
Abertura de Empresa	500	0	0	0	0	3
Aparelhos de rápida evolução tecnológica						
Aspirador de secreções	250	0	0	250	0	3
Aparelho de Eletroterapia	75	0	0	75	0	3
Aparelhos diversos	1455	435	435	810	885	3
Reinvestimento em aparelhos diversos	0	0	0	1455	435	3
TOTAL	2280	435	435	2590	1320	

	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Investimento em Capex Atualizado	2171	394,6	375,8	2131	1034	6106,81

11.2 – RECEITAS

As receitas do projeto são calculadas a partir da quantidade de serviços de saúde prestados anualmente, para os 5 anos de vida do projeto. A expectativa do aumento do número de serviços tem em consideração que, inicialmente a atividade plena da empresa demore a desenvolver-se e por esse motivo, mesmo com uma implementação adequada da estratégia definida para a empresa, se encontrem dificuldades, tanto na penetração no mercado existente, como na divulgação e aceitação dos serviços por parte do público-alvo.

Foi elaborada uma tabela de preços onde se discrimina o valor de cada ato/serviço de saúde, para o período diurno em dias úteis (9h – 19h) e para o período noturno em dias úteis (19h – 23h), fins de semana e feriados nacionais. Os serviços de enfermagem geral e especializada são compostos por atos que, apesar de a diferença não ser significativa, alguns deles poderão não apresentar igual valor. Por este facto e por ser praticamente impossível prever com precisão qual o ato/serviço de enfermagem que será mais ou menos prestado opta-se por se

calcular um valor unitário médio para os serviços de enfermagem geral e outro para os especializados.

De acordo com a Tabela 10, os serviços que mais irão contribuir para o aumento do volume da receita anual serão os serviços de medicina geral e os de enfermagem especializada. Os serviços de medicina geral são mais dirigidos à comunidade em geral, são mais baratos e poderão ser uma solução viável antes de se partir para a consulta de especialidade, apesar do enorme contributo que esta última poderá oferecer em situações mais complexas. A enfermagem especializada apresenta-se por ser um serviço que poderá contribuir com um maior número das visitas de enfermagem, por disponibilizar atos/serviços que muitas vezes requerem longos períodos de continuidade, como é o caso do tratamento de feridas complexas e outras ações que mantenham o cliente no seu domicílio e que evitam a institucionalização.

Tabela 10 - Previsão de Receitas do Projeto

Serviço	Valor unitário médio em dias úteis - diurno	Valor unitário médio em período noturno, fins de semana e feriados	2018			2019			2020			2021			2022					
			Nº de serviços em dias úteis - diurno	Nº de serviços noturnos, em fins de semana e feriados	Receita	Nº de serviços em dias úteis - diurno	Nº de serviços noturnos, em fins de semana e feriados	Receita	Nº de serviços em dias úteis - diurno	Nº de serviços noturnos, em fins de semana e feriados	Receita	Nº de serviços em dias úteis - diurno	Nº de serviços noturnos, em fins de semana e feriados	Receita	Nº de serviços em dias úteis - diurno	Nº de serviços noturnos, em fins de semana e feriados	Receita			
Medicina Geral	65	80	156	52	14300	260	104	25220	364	156	36140	520	208	50440	780	260	71500			
Medicina Interna	85	100	12	0	1020	24	5	2540	48	10	5080	72	15	7620	96	20	10160			
Enfermagem Geral	28	38	52	12	1912	104	24	3824	208	48	7648	312	60	11016	416	72	14384			
Enfermagem Especializada	40	50	156	24	7440	312	48	14880	468	60	21720	780	72	34800	1092	84	47880			
Fisioterapia	55	65	52	0	2860	104	0	5720	156	4	8840	208	6	11830	260	8	14820			
TOTAL					27532				52184				79428				115706			158744

11.3 – CUSTOS DE EXPLORAÇÃO

Os custos de exploração da Home Hospital vão centrar-se em: fornecimentos e serviços externos (FSE), que representam a rubrica de custos desembolsáveis e os gastos com depreciações e amortizações, na rubrica de custos não desembolsáveis.

11.3.1 - FSE

Como já foi referido anteriormente, a contratação de profissionais de saúde será através de prestação de serviços. Estes prestadores irão receber uma percentagem por cada serviço prestado. Poderá haver diferença nesta percentagem no caso dos enfermeiros, se prestarem serviços gerais ou especializados. Na Tabela 11, estão representados os gastos com os profissionais de saúde de 2018 a 2022.

Tabela 11 - Gastos com Profissionais de Saúde de 2018 a 2022

SERVIÇOS	Custo do serviço	2018	2019	2020	2021	2022
		Pagamento a profissionais de saúde	Pagamento a profissionais de saúde	Pagamento a profissionais de saúde	Pagamento a profissionais de saúde	Pagamento a profissionais de saúde
Medicina Geral	75%	10725	18915	27105	37830	53625
Medicina Interna	80%	816	2032	4064	6096	8128
Enfermagem Geral	75%	1434	2868	5736	8262	10788
Enfermagem Especializada	80%	5952	11904	17376	27840	38304
Fisioterapia	70%	2002	4004	6188	8281	10374
TOTAL		20929	39723	60469	88309	121219

No decorrer do projeto existirá a necessidade de contratação de novos profissionais de saúde. Apesar de não ser significativo, essa necessidade implicará alteração do valor anual de renovação da inscrição na ERS e estará diretamente ligada com o aumento da atividade do negócio.

Os restantes valores de FSE apresentados foram adquiridos através de consultas de páginas na Internet e através de pedidos de orçamento às empresas escolhidas para fornecerem os serviços pretendidos. Estes serviços permitirão à Home Hospital reduzir custos em áreas periféricas, mas cruciais à gestão e desenvolvimento do negócio.

O *Software* de Gestão e Registo Clínico escolhido foi o ANKIRA. Tem incluído no seu valor anual o acesso à plataforma, suporte e utilizadores ilimitados. Funciona em qualquer dispositivo com ligação à Internet. Este valor anual inclui a opção de desenvolvimento do *software* de acordo com as necessidades da organização, mas esta necessidade poderá incluir ações que estarão sujeitas a novo orçamento.

Tabela 12 – FSE

	2018	2019	2020	2021	2022
Escritório Virtual	1150	1150	1150	1150	1150
<i>Software</i> de Gestão e Registo Clínico	700	700	1000	1000	1000
Publicidade e Marketing	1000	1000	1000	1000	1000
Serviço de Contabilidade	1800	1800	1800	1800	1800
Serviço de Advocacia	2160	2160	2160	2160	2160
ERS	1075	562,5	587,5	637,5	687,5
Pagamento aos Profissionais de Saúde	20929	39723	60469	88309	121219
TOTAL	28814	47095,5	68166,5	96056,5	129016,5

11.3.2 – GASTOS COM DEPRECIACÕES E AMORTIZAÇÕES

Sendo o período de investimento em Capex necessário, realizado sempre no início de cada ano, fica implícito que as amortizações se iniciem também, no início do ano correspondente. Espera-se que o valor comercial dos equipamentos não se altere durante este período. Na Tabela 13, para além dos gastos com depreciações e amortizações, fica também calculado o valor de desinvestimento em Capex, para o ano 2023.

Tabela 13 - Amortizações e Desinvestimento em Capex

	2018	2019	2020	2021	2022	AAC	VLC
Abertura da empresa	166,7	166,7	166,7	0	0	500	0
Aparelhos de rápida evolução tecnológica							
Aspirador de secreções	83,33	83,33	83,33	0	0	250	0
Aparelho de Eletroterapia	25	25	25	0	0	75	0
Outros aparelhos diversos (2018)	485	485	485	0	0	1455	0
Outros aparelhos diversos (2019)		145	145	145	0	435	0
Outros aparelhos diversos (2020)			145	145	145	435	0
Outros aparelhos diversos (2021)				270	270	540	270
Outros aparelhos diversos (2022)					295	295	590
Novo Aspirador de secreções				83,33	83,33	166,67	83,33
Novo Aparelho de Eletroterapia				25	25	50	25
Novos aparelhos diversos (2021)				270	270	540	270
Novos aparelhos diversos (2022)					145	145	290
TOTAL	760	905	1050	938,3	1233	4886,7	1528

Desinvestimento em CAPEX 2023

Outros aparelhos diversos (2021)	270
Outros aparelhos diversos (2022)	590
Novo aspirador de secreções	83,33
Novo aparelho de Eletroterapia	25
Novos aparelhos diversos (2021)	270
Novos aparelhos diversos (2022)	290
TOTAL	1528

11.4 – MEIOS LIBERTOS DO PROJETO

Na Tabela 14 são encontrados os Meios Libertos do Projeto, que serão obtidos após o cálculo do resultado operacional do projeto, sem o impacto das depreciações e amortizações, por se tratar de custos não desembolsáveis.

Tabela 14 - Meios Libertos do Projeto

	2018	2019	2020	2021	2022
Receitas	27532	52184	79428	115706	158744
Custos de Exploração desembolsáveis	28814	47095,5	68166,5	96057	129017
FSE	28814	47095,5	68166,5	96057	129017
EBITDA	-1282	5088,5	11261,5	19650	29728
Depreciações e amortizações	760	905	1050	938,33	1233,3
EBIT	-2042	4183,5	10211,5	18711	28494
Imposto sobre o Rendimento Coletivo (IRC)	0	449,715	2144,415	3929,3	5983,8
NOPLAT	-2042	3733,785	8067,085	14782	22510
Depreciações e amortizações	760	905	1050	938,33	1233,3
Meios Libertos do Projeto	-1282	4638,785	9117,085	15720	23744
Reporte de prejuízos	2042	0	0	0	0

11.5 – NECESSIDADES EM FUNDO DE MANEIO (NFM)

As Necessidades em Fundo de Maneio (NFM) estão relacionadas com as necessidades de financiamento por cada ciclo de exploração (Tabela 15). Resultam da diferença entre as necessidades cíclicas (clientes e existências) e os recursos cíclicos da empresa (fornecedores, Estado e outras entidades públicas).

De acordo com o funcionamento normal da Home Hospital, não existem necessidades cíclicas (ausência de stock e recebimentos a pronto) e o único recurso cíclico existente, assenta no valor de fornecedores, subjacente ao prazo médio de pagamento de um mês, no decurso do ciclo de exploração, relativo a FSE. No que respeita à rubrica de Estado, a empresa não deduz IVA, nem faz retenção de IRS e Segurança Social.

Tabela 15 - NFM e sua Variação

	2018	2019	2020	2021	2022
Necessidades Financeiras	0	0	0	0	0
Clientes	0	0	0	0	0
Existências	0	0	0	0	0
Recursos Financeiros	2401,2	3924,6	5681	8004,7	10751
Fornecedores	2401,2	3924,6	5681	8004,7	10751
Estado	0	0	0	0	0
NFM	-2401	-3925	-5681	-8004,7	-10751
Variação em NFM	-2401	-1523	-1756	-2324,2	-2747

11.6 - PREVISÃO DOS CASH FLOW DO PROJETO

Na Tabela 16 são calculados os *Cash Flow* do Projeto. Para estes resultados foram considerados os impactos do investimento e desinvestimento em NFM e capital fixo, nos Meios Libertos Operacionais.

Tabela 16 - Cash Flow do Projeto

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Meios Libertos Operacionais	-1282	4638,79	9117,09	15720	23743,73	0
Valor Residual em NFM	0	0	0	0	0	-10751
Desinvestimento em Capex	0	0	0	0	0	1528,3
Total de Recursos	-1282	4638,79	9117,09	15720	23743,73	-9223
Investimento em Capex	2280	435	435	2590	1320	0
Variação em NFM	-2401,2	-1523,5	-1755,9	-2324	-2746,67	0
Total de Necessidades	-121,17	-1088,5	-1320,9	265,83	-1426,67	0
Cash Flow do Projeto	-1160,8	5727,24	10438	15454	25170,39	-9223

11.7 - AVALIAÇÃO DO PROJETO

A análise dos Indicadores Económico-financeiros serve, acima de tudo, para determinar se o investimento efetuado consegue gerar retorno para os investidores do projeto e assim torna-se condição essencial para o processo de decisão de avanço ou não na sua realização. Através da elaboração da Tabela 17, foi possível calcular os *cash flows* anuais do projeto. Sabendo que para o investimento definido é exigida uma rentabilidade de 5%, para que se compense o risco assumido, foi possível determinar o valor de todos os *cash flows* atualizados do projeto.

Tabela 17 - Cash Flows Atualizados do Projeto

Ano	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Cash Flow</i>	-1160,83	5727,24	10438,00	15454,32	25170,39	-9223,04
<i>Cash Flow</i> Atualizado	-1105,56	5194,78	9016,74	12714,31	19721,66	-6882,38
<i>Cash Flow</i> Atualizado Acumulado	-1105,56	4089,22	13105,96	25820,27	45541,93	38659,55

A avaliação do projeto Home Hospital vai assentar na análise do Valor Atual Líquido (VAL), Período de Recuperação do Investimento (PRI), Taxa Interna de Rentabilidade (TIR) e o Índice de Rentabilidade do Projeto (IRP).

O VAL é positivo, ou seja, o seu valor confirma que o projeto remunera os investidores em cerca de 38.659,55€, acima da rentabilidade mínima exigida.

Quanto à TIR, devemos compará-la com a taxa mínima exigida (5%) para se decidir se devemos ou não aceitar o projeto. Sendo a TIR igual a 565,5% esta é significativamente superior à taxa mínima exigida. Assim conclui-se que se o projeto decorrer da forma como está previsto, este poderá ser bastante rentável.

Através do PRI, assume-se a importância de se conhecer o período em que se prevê que o investimento assumido seja totalmente recuperado e que seja gerada a rentabilidade mínima exigida. Para este cálculo foi determinado em que momento do tempo é que os *cash flows* acumulados são iguais a zero. Assim, esse momento chega ao fim de cerca de 1,21 anos após o início de atividade.

Para este projeto, de acordo com a previsão, podemos concluir que por cada 1 € investido conseguem-se gerar 7,33€ (IRP).

11.8 - ANÁLISE DE CENÁRIOS

Após a análise dos quatro indicadores, segundo o quadro previsional, o projeto é viável e apresenta uma rentabilidade superior à exigida.

A análise de diferentes cenários assume especial importância quando estamos perante um quadro de incerteza e onde a probabilidade de haver mudanças nos valores previsionais é uma realidade. Seguindo este raciocínio, foi definido que as variáveis críticas seriam a receita gerada pelas diferentes categorias de serviços de saúde ao domicílio e os custos de exploração desembolsáveis, nomeadamente os gastos com FSE, exceto os gastos com ERS e com profissionais de saúde, por dependerem diretamente da receita (volume de serviços prestados).

Assim, numa primeira fase, fizeram-se alterações à receita gerada por cada uma das categorias de serviços. Foram considerados quatro cenários, dois com redução da receita, um com aumento da receita e o cenário previsto para termo de comparação, à taxa de atualização de 5%. De acordo com a Tabela 18, o cenário mais desfavorável reduz drasticamente a atividade da empresa e faz cair para metade a receita gerada pelo negócio. No entanto, mesmo perante este quadro, mantém-se a viabilidade do projeto, com um VAL de 4008,31€ e uma TIR de 26%.

Tabela 18 - Análise de Sensibilidade com Variação da Receita, por Serviço Prestado à Taxa de Atualização de 5%

CENÁRIOS	Muito Pessimista	Pessimista	Atual	Otimista
SERVIÇOS				
Medicina Geral	-50%	-30%	0%	10%
Medicina Interna	-50%	-30%	0%	10%
Enf. Geral	-50%	-30%	0%	10%
Enf. Especializada	-50%	-30%	0%	10%
Fisioterapia	-50%	-30%	0%	10%
INDICADORES				
VAL	4 008,31 €	17 919,21 €	38 659,55 €	45 562,19 €
TIR	26%	115%	565%	2141%

Fizeram-se também alterações aos gastos com FSE, com exceção aos descritos anteriormente, demonstrando o seu impacto nos indicadores apresentados (Tabela 19). Assim, obtiveram-se quatro cenários, dois com aumento de gastos, um com diminuição de gastos e o cenário previsto para termo de comparação.

Tabela 19 - Análise de Sensibilidade com Variação de Gastos com Parte dos FSE à Taxa de Atualização de 5%

CENÁRIOS	Muito Pessimista	Pessimista	Atual	Otimista
FSE				
Escritório Virtual	50%	30%	0%	-10%
Software de Gestão	50%	30%	0%	-10%
Publicidade	50%	30%	0%	-10%
Serv. Contabilidade	50%	30%	0%	-10%
Serv. Advocacia	50%	30%	0%	-10%
INDICADORES				
VAL	26 705,97 €	31 495,18 €	38 659,55 €	41 041,80 €
TIR	135,84%	206,54%	565,50%	1215,98%

Da análise da tabela anterior podemos concluir que mesmo com um aumento de 50% nos gastos com os serviços apresentados, o impacto nos indicadores económico-financeiros não é significativo, tendo em conta que o projeto mantém a sua viabilidade. Criando, na incerteza, um sentimento de que a margem de segurança na contratação destes serviços é suficientemente ampla para que criem impacto significativo na viabilidade económico-financeira deste projeto.

12 - BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). 2016a. *Termos de referência para contratualização hospitalar no SNS – Contrato Programa 2016*. Documento do Ministério da Saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). 2016b. *Relatório e Contas de 2015*. Documento do Ministério da Saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). 2016c. *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2015*. Documento do Ministério da Saúde.

Anjos, J. N. 2015. *Regulação no Setor da Saúde: Análise de Direito Comparado - Portugal, Reino Unido, França e Espanha*. Estudo do Centro de Estudos de Direito Público e Regulação da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

Applebaum, R., & Koehn, C. 2013. Integrated Care and the Aging Network: The Next Frontier or the End of an Era? *Journal of the American Society on Aging*, 37(2): 72 – 77.

Assembleia da República. 2015. *Constituição da República Portuguesa Sétima Revisão Constitucional – 2005*. Lisboa, Assembleia da República.

Associação Industrial Portuguesa (AIP). 2016. *O Sistema Fiscal Português*. Documento da Associação Industrial Portuguesa.

Banco de Portugal. 2016. *Boletim Económico 2016*. Lisboa, Documento do departamento de estudos económicos.

Bezboruah, K. C., Paulson D. & Smith J. 2014. Management attitudes and technology adoption in long-term care facilities. *Journal of Health Organization and Management*, 28(3): 344 - 365.

Cardoso, A. A. 2016. *Atração, Seleção e Integração de Talentos* (1ª Edição). Lisboa: Lidel.

Cardoso, T., Oliveira, M. D., Póvoa, A. B., & Nickel, S. 2012. Modeling the demand for long-term care services under uncertain information. *Health Care Management Science*, 15: 385 – 412.

Carvalho, M. I. 2012. *Serviço Social de Saúde* (2ª Edição). Lisboa: Factor.

Cinaroglu, S. 2016. Complexity in healthcare management: Why does Drucker describe healthcare organizations as a double-headed monster? *International Journal of Healthcare Management*, 9 (1): 11 - 17.

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. 2011. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, OECD health policy studies.

Comissão Europeia. 2016. **Relatório relativo a Portugal 2016**. Documento de trabalho da Comissão Europeia.

Confederação Empresarial de Portugal (CIP). 2016. **Envolvente Empresarial – Análise de Conjuntura**. Documento de estudo da CIP - Departamento de estudos económicos.

Cryer, L., Shannon, S. B., Amsterdam, M. V., & Leff, B. 2012. Innovation Profile - Costs For 'Hospital At Home' Patients Were 19 Percent Lower, With Equal Or Better Outcomes Compared To Similar Inpatients. **Journal Health Affairs**, 6: 1237 – 1243.

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cardoso, C. C. 2006. Inovação: Mudar, descobrir, adaptar, **Manual de Comportamento Organizacional e Gestão** (5ª Edição), 735 – 773, Lisboa: RH Lda.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. **Diário da República, nº 109 - I Série A**. Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho e Solidariedade.

As Economias mais Inovadoras do Mundo,
<https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-01-19/these-are-the-world-s-most-innovative-economies>, acessado a 15/01/2017.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). 2014. **Custos de Contexto no Setor da Saúde**. Documento da Entidade Reguladora da Saúde.

Entidade Reguladora de Saúde (ERS). 2015. **A regulação do procedimento de licenciamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde**. Consulta pública da Entidade Reguladora da Saúde nº 2/2015.

Fraser, K., Archibald, M., & Nissen, C. 2014. Uncovering the Meaning of Home Care using an Arts-Based and Qualitative Approach. **Canadian Journal on Aging**, 33(3): 246 – 258.

Fundação Calouste Gulbenkian. 2014. **Um Futuro para a Saúde: Todos temos um papel a desempenhar**. Lisboa, Relatório elaborado pelo Projeto "Health in Portugal - a Challenge for the Future", Fundação Calouste Gulbenkian.

Fundação para a Ciência e a Tecnologia. 2013. **Diagnóstico do Sistema de Investigação e Inovação – Desafios, Forças e Fraquezas Rumo a 2020**. Relatório da Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2016. **Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal – As consequências sociais do programa de ajustamento**. Relatório da Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Gil, A. 2009. **Serviços de Apoio Domiciliário. Ofertas e Custos no Mercado Privado**. Lisboa, Documento de trabalho do Instituto da Segurança Social, IP.

Hautsalo, K., Rantanen, A., & Astedt-Kurki, P. 2012. Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. **Journal of Clinical Nurse**, 22: 2953 – 2963.

Instituto Nacional de Estatística (INE). 2014. **Projeções de população residente 2012-2060**. Lisboa, Documento do Instituto Nacional de Estatística, IP.

Instituto Nacional de Estatística (INE). 2016a. **Estatísticas Demográficas 2015**. Lisboa, Documento do Instituto Nacional de Estatística, IP.

Instituto Nacional de Estatística (INE). 2016b. **Inquérito Nacional de Saúde 2014**. Lisboa, Inquérito do Instituto Nacional de Estatística, IP.

Instituto Nacional de Estatística (INE). 2017a. **Orçamentos Familiares 2015/2016**. Lisboa, Documento do Instituto Nacional de Estatística, IP.

Instituto Nacional de Estatística (INE). 2017b. **Síntese Económica de Conjuntura**. Lisboa, Documento do Instituto Nacional de Estatística, IP.

Kok, L., Berden, C., & Sadiraj, K. 2015. Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. **European Journal of Health Economics**, 16: 119 – 131.

Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R. J. 2008. **Strategic Marketing for Health Care Organizations – Building a Customer-Driven Health System** (1ª Edição). San Francisco: Jossey-Bass.

Mercer, K. 2001. Examining the impact of health information networks on health system integration in Canada. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 14(4/5): 1 - 30.

Ministério das Finanças de Portugal. 2016. **Relatório de Orçamento de Estado 2017**. Lisboa, Documento do Ministério das Finanças de Portugal.

Neves, M. F. B. V., Filipe, M. M. L., Silva, A. P., & Gonçalves, S. 2016. Organização dos custos com material de consumo clínico e farmacêutico nas equipas de cuidados integrados. **Revista de Enfermagem Referência**, 4(10): 69 – 76.

Nica, E., 2013. The importance of human resources management to the health care system. **Economics, Management and Financial Markets**, 8(4): 166 - 171.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). 2015. **Reviews of health care quality: Portugal 2015: Raising standards**. Paris, Documento de trabalho da OCDE.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2001. Integrated Care – A position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. **International Journal of Integrated Care**, 1: 1 – 10.

Outcalt, L. 2013. Paid Companions: A Private Care Option for Older Adults. **Canadian Journal on Aging**, 32(1): 87 – 102.

Paul, D. P. 2013. An Innovation in Healthcare Delivery: Hospital at Home. *Journal of Management Policy and Practice*, 14(6): 73 – 91.

PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo, <https://www.pordata.pt/>, acessado entre setembro de 2016 e setembro de 2017.

Porter, M. 2008. The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, 78 – 93.

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

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

Regulamento nº 66/2015 de 11 de fevereiro de 2015, <https://www.ers.pt/pages/75>, acessado a 21-03-2017.

Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. 2007. The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7: 1 – 8.

Sawhney, M., Wolcott, R., & Arroniz, I. 2006. The 12 different ways for companies to innovate. *MIT Sloan Management Review*, Cambridge, 47(3): 75-81.

Shepperd, S. 2009. Avoiding Hospital Admission through Provision of Hospital Care at Home: A Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Patient Data. *Canadian Medical Association Journal*, 180(2): 175-182.

Verjan, C. R., Augusto, V., & Xie, X. 2013. Economic comparison between Hospital at Home and traditional hospitalization using a simulation-based approach. *Journal of Enterprise Information Management*, 26(1/2): 135 – 153.

Vladeck, B. C., & Westphal, E. 2012. Dignity-Driven Decision Making: A Compelling Strategy For Improving Care For People With Advanced Illness. *Journal Health Affairs*, 31(6): 1269 - 1276.