



*BUSINESS PLAN: CONSTRUÇÃO DE NOVAS
INFRAESTRUTURAS - Centro de Reabilitação e Diagnóstico (CRD)*

Telma Filipa Martins Graça

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

Orientador:

Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE-IUL, Departamento de Métodos
Quantitativos para Gestão e Economia

Outubro, 2017

ABSTRACT

This project consists on the analysis of the economic-financial viability of the construction of new infrastructures for an existing clinic, the CRD, in Vila de Ferreira do Zêzere, district of Santarém.

A literary review was conducted with a special focus on the Portuguese health system, and how the market opportunity emerges for the private health sector in Portugal. The evolving market was studied with the use of external analysis, featuring the country and the place where this project will be developed, as well as an internal analysis (internal structure, competition, suppliers, customers, etc.). In an external perspective, the opportunities and threats were introduced, and in an internal perspective, the company's strengths and weaknesses were identified.

The estimated initial investment is 410.829,67€, considering a 15-year exploration period beginning on January 2020. After the economic-financial viability analysis, it was found that the project is viable, presenting a positive VAL of 47.112,44€ and a TIR of 8.92%, at a discounted rate of 7%. Thus, the investment is expected to be recovered in 11 years. Also on the sensitivity analysis, it was possible to verify that either sales increase or decrease 3% or 5%, at a discounted rate of 7%, VAL is always positive. It shall be noticed that the initial investment estimated is based on maximum values, and probably the initial investment will be less than expected. Since, it is possible to conclude that the project got all necessary conditions to be profitable, sustainable and to be accepted by the investors.

Keywords: Business Plan, Ambulatory, Private healthcare

RESUMO

O presente projeto consiste na análise de viabilidade económico-financeira quanto à construção de novas infraestruturas para uma clínica já existente, o CRD, na vila de Ferreira do Zêzere, distrito de Santarém.

Realizou-se uma revisão literária com especial enfoque no sistema de saúde português, e como surge a oportunidade de mercado para o setor privado da saúde em Portugal. Estudou-se o mercado envolvente com recurso à análise externa, caracterizando o país e o local onde este projeto será executado, bem como uma análise interna (estrutura interna, concorrência, fornecedores, clientes, etc.). Numa perspetiva externa foram apresentadas as oportunidades e ameaças do mercado, e numa perspetiva interna identificaram-se os pontos fortes e fracos da empresa.

O investimento inicial estimado é de 410.829,67€, considerando um período de exploração de 15 anos, tendo início em janeiro de 2020. Após a análise de viabilidade económico-financeira verificou-se que o projeto é viável, apresentando um VAL positivo de 47.112,44€ e uma TIR de 8,92%, a uma taxa de atualização de 7%. Assim, prevê-se que o investimento seja recuperado em 11 anos. Também na análise de sensibilidade foi possível verificar que quer as vendas aumentem ou diminuam 3% ou 5%, a uma taxa de atualização de 7%, o VAL é sempre positivo. É de salientar que o investimento inicial considerado está assente em pressupostos de valores máximos, sendo provável que o investimento inicial seja inferior ao estimado. Deste modo é possível concluir que o projeto tem as condições necessárias para ser rentável, sustentável e para ser aceite pelos investidores.

Palavras-chave: Business Plan, ambulatório, cuidados de saúde privados.

AGRADECIMENTOS

Como não poderia deixar de ser, em primeiro lugar os meus agradecimentos serão para a minha querida mãe, Manuela Martins. Sem a minha mãe não teria sido possível eu estar a tirar este mestrado, tal como sem ela não teria tido todas as oportunidades que tive até hoje. Obrigada por acreditares em mim e por me proporcionares a melhor educação e formação. Quero agradecer também ao meu querido irmão, António Pedro, ao meu padrasto, Vicente Martins, aos meus queridos avós, e aos meus padrinhos, por sempre me terem apoiado e motivado. A ti João Ramos, meu querido namorado, agradeço toda a tua paciência e ajuda que me deste ao longo deste ano letivo.

Quero agradecer em grande parte à Professora Sofia Portela, minha orientadora, pela sua disponibilidade e pela grande ajuda na realização deste projeto de índole familiar. Esteve ao meu lado desde o primeiro dia em que decidi avançar com este plano de negócios.

A todas as pessoas que estiveram disponíveis para me ajudar na realização deste trabalho, cara Fisioterapeuta Marisa, às funcionárias, e aos sócios-gerentes da clínica, a minha mãe e o meu padrasto.

Por último, mas não menos importantes, quero agradecer às minhas grandes amigas, Marta e Mónica, duas pessoas fundamentais na minha vida. Aos meus queridos colegas do Mestrado Executivo em Gestão de Serviços de Saúde de 2015/2016, por sempre me terem tratado com carinho e respeito, pela sua amizade, e pela vontade que sempre demonstraram em transmitir-me novos conhecimentos.

A todos o meu muito Obrigado por me ajudarem a finalizar este ciclo!

ÍNDICE

ABSTRACT	III
AGRADECIMENTOS.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	XI
LISTA DE ABREVIATURAS	XIII
1. SUMÁRIO EXECUTIVO	14
2. IDENTIFICAÇÃO DO PROMOTOR E DO PROJETO PROPOSTO	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1. Conceito de saúde e cuidados de saúde.....	18
3.2. O Sistema de Saúde Português	18
3.2.1. Financiamento do sistema de saúde português	19
3.3. Prestação de cuidados de saúde em Portugal.....	21
3.4. Acesso aos cuidados de saúde	22
3.5. Desenvolvimento do setor privado na prestação de cuidados de saúde.....	22
3.5.1. Lado da oferta.....	24
3.5.2. Lado da procura.....	24
3.6. Valor do cliente (<i>Customer Value</i>).....	26
3.7. A incerteza no setor da saúde	27
4. ANÁLISE EXTERNA	28
4.1. Análise <i>PEST</i>	28
4.1.1. Fatores geográficos	28
4.1.2. Fatores demográficos	30
4.1.3. Fatores económicos	38
4.1.4. Fatores socioculturais.....	46
4.1.5. Indicadores financeiros do setor da Saúde	53
4.1.6. Indicadores de acesso a cuidados de saúde	56
4.1.7. Fatores político-legais	56
4.1.8. Fatores Tecnológicos.....	59
4.2. Análise das 5 Forças Competitivas de Porter	60
4.2.1. Rivalidade entre concorrentes	60
4.2.2. Ameaça à entrada de novos concorrentes	63
4.2.3. Poder negocial dos clientes	64
4.2.4. Poder negocial dos Fornecedores	64
4.2.5. Ameaça de serviços substitutos.....	65
5. ANÁLISE INTERNA	66
5.1. Localização	66

5.2. Instalações	66
5.3. Estratégia.....	70
5.3.1. Visão.....	70
5.3.2. Missão	70
5.3.3. Valores	71
5.3.4. Posicionamento	71
5.3.5. Objetivos	72
5.4. Política de qualidade, segurança e higiene	72
5.5. Estrutura orgânica	74
5.6. Política de serviço	74
5.6.2. Dinâmica dos serviços.....	79
5.6.3. Tecnologias adotadas	80
5.7. Política de preço.....	81
5.8. Política de comunicação	83
5.9. Recursos Humanos (RH).....	83
5.9.1. Colaboradores e suas funções	84
5.9.2. Política de Recursos humanos.....	87
6. ANÁLISE SWOT.....	90
7. FATORES CRITICOS DE SUCESSO	91
8. A NOVA CLINICA CRD.....	92
8.1. Infraestruturas e localização	92
8.2. Descrição dos Serviços.....	93
8.3. Política de preço.....	94
8.4. Tecnologias	95
8.5. Comunicação.....	95
8.6. Recursos Humanos	97
9. PLANEAMENTO DAS ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	99
10. ANÁLISE DE VIABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA	100
10.1. Investimento	100
10.2. Receitas	101
10.3. Custos de exploração do projeto.....	105
10.3.1. Fornecimento e Serviços Externos (FSE)	105
10.3.2. Custos com Pessoal	107
10.3.3. Gastos de Depreciação e de Amortização	107
10.4. Fundo de Maneio Necessário (FMN) e Cash Flows (CF)	109
10.5. Análise de Viabilidade Económico-Financeira	113

10.6. Análise de Sensibilidade e Cenários	115
11. CONCLUSÃO.....	116
BIBLIOGRAFIA.....	118
ANEXOS	127
ANEXO I – PLANTA PISO 1	128
ANEXO III– PLANTA PISO 0	129
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE I – PLANEAMENTO DAS ETAPAS DO PROJETO CALENDARIZADAS	131
APÊNDICE III - TABELA DE INVESTIMENTOS.....	132
APÊNDICE IIII - TABELA DE AMORTIZAÇÕES (EUR)	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Localização geográfica do concelho de Ferreira do Zêzere	29
Figura 2 - Concelho de Ferreira do Zêzere: freguesias do concelho (a verde) e a cinza as localidades limítrofes (a cinza)	29
Figura 3 - Evolução da população total residente em Portugal, entre os anos 1980 e 2016 (em milhares de habitantes).....	30
Figura 4 – Evolução da população por grandes grupos etários, entre os anos 1980 e 2016 (em percentagem)	31
Figura 5 - Evolução da população residente em Ferreira do Zêzere, em 2001 e entre 2009 e 2016 (em milhares de habitantes).....	32
Figura 6 - Evolução da população residente nos grandes grupos etários em Ferreira do Zêzere, em 2001, e entre 2009 e 2016 (em milhares de habitantes)	32
Figura 7 - Evolução do índice de envelhecimento, índice de longevidade e índice de dependência de idosos em Portugal, entre 1980 e 2016 (percentagem).....	34
Figura 8 - Evolução do índice de envelhecimento, longevidade e de dependência da população de Ferreira do Zêzere, em 2001 e entre 2009 e 2016 (em percentagem)	35
Figura 9 - Evolução da taxa de emigração em Portugal, entre 2000 e 2016 (em percentagem).....	35
Figura 10 - Evolução da taxa de natalidade registada em Portugal, entre 1983 e 2016.....	37
Figura 11 - Evolução da taxa de natalidade registada em Ferreira do Zêzere, em 1995, 2001, e entre 2009 e 2016 (em percentagem)	38
Figura 12 - Evolução do PIB em Portugal, entre 1980 e 2016 (Euros – milhares).....	39
Figura 13 - Despesas, receitas e défice/excedente público, em % do PIB (1995-2016).....	40
Figura 14 - Evolução do consumo público em percentagem PIB, entre os anos 1980 e 2016	42
Figura 15 - Evolução do consumo privado em percentagem PIB, entre os anos 1980 e 2016	43
Figura 16 - Evolução das despesas total de consumo final das famílias em percentagem do PIB, entre 1995 e 2014.....	44
Figura 17 - Evolução da taxa de inflação entre 1980 e 2016	45
Figura 18 - Evolução da taxa de inflação no setor da saúde entre 1980 e 2016	46
Figura 19 - Evolução da taxa de desemprego em Portugal, entre 1983 e 2016 (em percentagem)	47
Figura 20 - Evolução da remuneração média mensal em Portugal por conta de outrem, entre 1985 e 2016.....	49

Figura 21 – Evolução da remuneração base média mensal em Ferreira do Zêzere no ano de 1985, 1991, 2002, 2009 a 2013 e 2015.	50
Figura 22 - Evolução do rendimento médio disponível pelas famílias em Portugal, entre 1995 e 2016 (em percentagem do PIB).....	51
Figura 23 - Evolução da taxa de risco de pobreza registada em Portugal (por ótica de rendimento), entre 1994 e 2015 (taxa em percentagem).....	52
Figura 24 - Despesa total corrente em saúde em Portugal, entre 2000 e 2016 (em percentagem do PIB)	54
Figura 25- Despesa corrente em cuidados de saúde por tipo de agente financiador (em milhões de euros)	55
Figura 26 – Agente Financiador público vs privado em 2016 (em percentagem).....	55
Figura 27 – Consultas de especialidades médicas na USF de Ferreira do Zêzere.	56
Figura 28 - Vista da Estrada principal para a travessa	66
Figura 29 - Entrada principal	67
Figura 30 - Traseiras do edifício	67
Figura 31 - Gabinetes dentários	67
Figura 32 - Gabinete médico.....	68
Figura 33 - Gabinete médico equipado com equipamento de oftalmologia	68
Figura 34 - Ginásio de fisioterapia e sala de tratamentos	69
Figura 35 - Sala de radiologia	69
Figura 36 - Sala de cardiologia	69
Figura 37 - Sala de Raio-x.....	70
Figura 38 - Organigrama do CRD.....	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Saldos populacionais: saldo migratório e variação populacional do município de Ferreira do Zêzere	36
Tabela 2 - Despesas, receitas e défice/excedente público, em % do PIB (1995-2016)	41
Tabela 3 - Despesas de consumo final no total do rendimento disponível das famílias por tipo de bens e serviços para os anos 1995 e 2014 (em milhões de euros).....	44
Tabela 4 - Taxa de desemprego no município de Ferreira do Zêzere, em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem).....	48
Tabela 5 - Nível de escolaridade completo da população portuguesa com 15 ou mais anos em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem)	53
Tabela 6 - Nível de escolaridade completo da população residente em Ferreira do Zêzere, com 15 ou mais anos em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem)	53
Tabela 7 - Diplomas legais que regulam a atividade de prestação em unidades privadas	58
Tabela 8 - Distância entre Ferreira do Zêzere e localidades limítrofes.....	60
Tabela 9 - Preço praticado pelo CRD e preço acordado com seguradoras privadas e subsistemas de saúde	82
Tabela 10 – Preço praticado pelas empresas concorrentes	83
Tabela 11 - Recursos Humanos do CRD	86
Tabela 12 - Análise SWOT	90
Tabela 13 - Distância do novo espaço do CRD relativamente às principais entidades públicas da vila	92
Tabela 14 - Canais de divulgação do CRD	96
Tabela 15 - Investimento inicial e Vida útil.....	101
Tabela 16 - Número estimado de atos médicos (2020-2034).....	103
Tabela 17 - Preço médio por ato médico (2020-2034).....	103
Tabela 18 – Volume de negócios estimado em EUR (2020-2034).....	104
Tabela 19 - Estimativa do custo de FSE de exploração do projeto em EUR (2020-2029)....	106
Tabela 20 - Estimativa dos gastos com pessoal em EUR (anual) (2020-2034).....	108
Tabela 21 - Gastos de Depreciação e de Amortização em EUR (anual) (2020-2034).....	108
Tabela 22 – Previsão dos Meios Libertos do Projeto em EUR (2020-2029).....	111
Tabela 23 – Previsão de Investimento em FM do Projeto em EUR (2020-2034)	112
Tabela 24 - Mapa Previsional de Cash-flows em EUR (2020-2030).....	112

Tabela 25 - Atualização de Cash-flows.....	114
Tabela 26 - Indicadores económicos	114
Tabela 27 - Análise de Sensibilidade à variável receitas a uma taxa de atualização de 7% ..	115
Tabela 28 - Análise de Sensibilidade à variável receitas a uma taxa de atualização de 10%	115

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM	Assistência na Doença dos Militares das Forças Armadas
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
BP	Banco de Portugal
CF	<i>Cash Flows</i>
CLV	<i>Customer Life Value</i>
CRD	Centro de Reabilitação e Diagnóstico
ECG	Eletrocardiogramas
ERS	Entidade Reguladora de Saúde
EUR	Euro
FMN	Fundo de Maneio Necessário
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GNR	Guarda Nacional Republicana
GRH	Gestão de Recursos Humanos
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRS	Imposto Sobre o Rendimento
LBS	Lei das Bases da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento da Economia
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEST	<i>Political, Economic, Social and technological</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PT-ACS	Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde
RH	Recursos Humanos
RM	Ressonância Magnética
SAD GNR	Serviço de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAD PSP	Serviço de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAMS	Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tomografia Computorizada
TIR	Taxa Interna de Rendibilidade
USF	Unidade de Saúde Familiar
VAL	Valor Atual Líquido

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

O Centro de Reabilitação e Diagnóstico (CRD, Lda) é uma microempresa, de índole familiar, destinada à prestação de serviços de saúde privados em ambulatório, tais como exames complementares de diagnóstico; cuidados de enfermagem; cuidados de saúde oral; tratamentos de fisioterapia e consultas de diversas especialidades médicas. A empresa assenta na qualidade dos serviços prestados, oferecendo aos seus utentes a possibilidade de diagnóstico, prevenção, manutenção, reabilitação da sua saúde, respeitando sempre a vontade do cliente. Localiza-se no concelho de Ferreira do Zêzere, distrito de Santarém, e encontra-se em atividade desde janeiro de 1995. O capital social é de 55.366,57€ e apresenta-se como uma sociedade por quotas distribuídas por dois sócios.

Um dos sócios é médico especialista de medicina geral e possui também uma pós-graduação em gestão de serviços de saúde. Dos 37 anos de serviço, durante 32 exerceu funções no único centro de saúde de Ferreira do Zêzere. O Segundo sócio exerce funções administrativas e de gestão nesta empresa há 22 anos. Ambos os sócios estão responsáveis pela gestão. Acreditamos que o *know-how* e experiência acumulados nos permitem incrementar a criação de valor, quer para os clientes, quer para os colaboradores, quer para a continuação do negócio.

Através da vasta experiência profissional de todo o corpo clínico, o CRD aposta na prestação de cuidados de saúde personalizados e de excelência, através de uma equipa de profissionais de saúde multidisciplinar, devidamente capacitada para orientar a resolução dos problemas dos pacientes. A maioria dos médicos prestam serviços na clínica há pelo menos 10 anos, o que consideramos ser uma grande vantagem, pois para além de os clientes conseguirem ter referências quanto ao trabalho dos mesmos, é-lhes possível um acompanhamento a médio-longo prazo.

Esta empresa marca o seu posicionamento no mercado, não só pela relação qualidade-preço, mas, principalmente, através da imagem dos profissionais de saúde. O Diretor clínico e sócio do CRD, Vicente Martins, criou um grande vínculo com a população, havendo por parte dos mesmos uma relação de confiança. Esta base de confiança levou a que os clientes confiem nos profissionais que trabalham no CRD e procurem os seus serviços.

Durante a análise externa foi possível analisar que a população Ferreirense tem diminuído continuamente. Em 1960 o número de habitantes era de 15.739 e atualmente o concelho está reduzido a 8.159 habitantes, uma redução de cerca de 48%. Este tem sido o fator mais preocupante para o negócio, a desertificação. Deste modo, torna-se necessário readaptar a estratégia e captar clientes para além do concelho. Com a construção de novas instalações espera-se conseguir aumentar a procura pelos nossos serviços, e como consequente novos clientes. De outros indicadores analisados, verificou-se que o índice de envelhecimento e de longevidade têm vindo a aumentar, podendo o aumento destes índices significar uma oportunidade de angariação e fidelização de clientes, uma vez que os idosos precisam de mais cuidados de reabilitação e de realizar mais exames complementares de diagnóstico.

Até data presente, o CRD continua a ser a única policlínica no concelho, existindo apenas duas clínicas que se destinam apenas à prestação de cuidados de saúde oral. Esta empresa surgiu para corresponder às necessidades dos habitantes quanto a cuidados de saúde. Este fator, continua a ser o propósito da sua existência, tendo presente que atualmente há mais facilidade para as pessoas se deslocarem a outras localidades que possuem empresas com o mesmo tipo de serviços, sendo por isso fundamental satisfazer o cliente. É neste seguimento que surge a necessidade de renovar a estrutura da clínica, acreditando que o novo espaço, mais moderno e amplo, consiga captar novos clientes, fidelizá-los e aumentar consequentemente o volume de negócios.

Em função da estratégia definida, foram apresentadas as políticas de implementação do negócio, onde consta o novo espaço, os serviços médicos disponíveis e respetivos preços, política de comunicação, o equipamento necessário e a estrutura da organização.

O planeamento do projeto prevê abertura nas futuras instalações em janeiro de 2020 com a necessidade de um investimento inicial de 410.829,67€, para o qual foi considerado um período de exploração de 15 anos, face à especificidade do negócio e ao montante necessário investir inicialmente. O modo de financiamento não foi tido em conta, uma vez que o pretendido foi analisar a viabilidade do projeto. Foi com base nos dados contabilísticos existentes de anos anteriores que foram feitas as estimativas de quantidades e que foram definidos os preços médios por ato médico. A previsão do número de atos médicos aponta

para 8.380 no ano de 2020 aumentando até 2024, onde se prevê realizar anualmente 11.090 serviços médicos, começando a partir daqui a estabilizar. Estes números correspondem a receitas na ordem dos 278.290,00€ inicialmente, atingindo os 332.770,00€ em 2024, começando a estabilizar a partir desse ano.

De modo a analisar a sustentabilidade deste projeto, calcularam-se indicadores económico-financeiros. Obteve-se então um VAL positivo de 47.112,44€ e uma TIR de 8.92% a uma taxa de atualização de 7%. Ao fim de 11 anos de exploração do projeto prevê-se que o retorno do investimento seja total, tendo este sido calculado pelo *Payback Period*.

Na análise de sensibilidade realizada fez-se variar a variável receitas, avaliando o comportamento do projeto, quanto às oscilações (subida e descida) da mesma. As receitas estão estreitamente relacionadas com os custos de FSE, maioritariamente com os serviços prestados pelos médicos, tendo ambos sofrido as mesmas alterações quando se aumentou e diminui 3% e 5% à sua totalidade. Foi possível analisar que o valor do VAL, a uma taxa de atualização de 7%, foi sempre positivo. A mesma variação nas receitas, mas com uma taxa de atualização de 10% demonstrou que o VAL é positivo apenas se esta variável aumentar 5%, apresentando uma TIR de 10,66%.

Importante referir que o investimento inicial considerado está assente em pressupostos de valores máximos, sendo provável que o investimento inicial seja inferior ao estimado.

Foi possível concluir que este projeto reúne todas as condições necessárias para ser aceite, pois foi demonstrado que é rentável e sustentável.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROMOTOR E DO PROJETO PROPOSTO

O plano de negócios apresentado é promovido por Telma Martins, Licenciada em Higiene Oral, e com formação adicional de uma pós-graduação em Gestão de serviços de saúde, estando a terminar, atualmente, o mestrado em Gestão de Empresas. Atualmente, a promotora é colaboradora na empresa em causa.

A ideia deste projeto surge não só do relacionamento familiar, mas sobretudo porque em conjunto foi identificada a necessidade da mudança do espaço físico da clínica, não só devido aos longos anos do edifício onde esta se encontra, mas também com a finalidade de aumentar o volume de negócios. O *network* foi, sem dúvida, uma fonte importante de conhecimento para o presente projeto, existindo frequentemente troca de conhecimentos e de experiências com todo o corpo clínico. Porém, a mudança de instalações por si só não acrescenta inovação à indústria, e neste sentido, procurou-se inovar em alguns serviços, como a fisioterapia, e apostar em novos serviços, como a gastroenterologia. A compra de um terreno por parte dos sócios, veio fortalecer o propósito deste projeto, dando-lhe o impulso necessário para que este avance. O fato de sermos a única policlínica no concelho também nos motiva a avançar com este projeto.

Os principais desafios que este projeto enfrenta no setor da saúde privado, prendem-se, essencialmente, com a importância da qualidade de serviço independentemente do custo e essencialmente pela forte predominância do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O CRD, como atualmente já acontece, continuará a promover projetos de responsabilidade social, cumprindo os seus deveres perante a comunidade onde está inserido.

O *Business Plan* realizado, visa analisar a viabilidade económico-financeira deste projeto, de modo a avaliar se a empresa conseguirá cumprir as suas obrigações e em simultâneo aumentar o volume de negócios. Para além da análise financeira e de sensibilidade, estudaram-se fatores que ajudam a caracterizar a situação do país (geográficos, demográficos, socioculturais económicos, político-legais e tecnológicos), e a localidade onde esta clinica se encontra.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Conceito de saúde e cuidados de saúde

Para Fernandes e Nunes (2016), a saúde constitui um dos objetivos sociais mais importantes a nível mundial, requerendo uma ação efetiva dos setores sociais e económicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) este conceito é definido como um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2002).

Segundo Arah *et al.* (2006), entende-se por cuidados de saúde o funcionamento combinado de serviços de saúde pública e cuidados de saúde pessoais. Um sistema de saúde deve, por isso, incluir todas as atividades e estruturas cujo propósito é influenciar, incentivar e educar para a adoção de cuidados e hábitos em prol da saúde.

3.2. O Sistema de Saúde Português

Na primeira metade dos anos 70, Portugal representava a taxa de cobertura de saúde mais baixa da Europa, sendo que apenas 40% da população era abrangida. A inversão desta tendência iniciou-se com a criação do SNS, o qual viria a contribuir, de forma muito significativa, para a melhoria do estado de saúde da população (Campos e Simões, 2014). O resultado desta importante transformação traduziu-se numa aproximação de Portugal aos restantes países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em termos dos indicadores de saúde (Guichard, 2004; Oliveira e Pinto, 2005).

Foi então que em Portugal a partir de 1979, que a prestação de cuidados de saúde passou a ser dominada pelo SNS, caracterizado por uma cobertura universal e geral, tendencialmente gratuita, e predominantemente pública, integrando financiamento e prestação repartida por três segmentos fundamentais - cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados (Fernandes e Nunes, 2016).

A arquitetura do sistema de saúde português tem-se mantido relativamente estável nos últimos 30 anos, com uma forte centralização nos cuidados hospitalares. A publicação da Lei de Bases da Saúde (LBS) (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) procurou redefinir o enquadramento e as relações no contexto do sistema de saúde através da concetualização de uma “Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde”, integrando os prestadores privados e o SNS, visando uma maior integração entre os diferentes níveis de cuidados nos diversos setores da prestação de cuidados (Fernandes, 2014 *in* Campos e Simões, 2014).

Diversos autores referiam que os sistemas de saúde, começavam a ser pressionados pela incapacidade de corresponder às expectativas da população. As pressões surgiam ao nível macroeconómico e conjuntural (fatores políticos, ideológicos, sociais, históricos, económicos e culturais) e ao nível da doença, pela modificação do padrão de doença, com o aumento das doenças crónicas e degenerativas (incapacitantes), sendo necessário disponibilizar tratamentos e novas tecnologias (Bugalho e Miguel, 2002, Simões, 2004 e Carrondo, 2014). Na visão do autor deste projeto, e por estar a desempenhar funções diretamente na área, os fatores a cima referidos, atualmente continuam a ser bastante visíveis, principalmente devido ao contante avanço tecnológico e autoconhecimento dos indivíduos.

3.2.1. Financiamento do sistema de saúde português

Em Portugal, o financiamento e a prestação de cuidados de saúde têm sido assegurados por um sistema misto, onde coexistem prestadores públicos e privados, com um predomínio do SNS não dependendo o tipo ou a qualidade da prestação do rendimento de cada cidadão, mas sim das suas necessidades (Pinto e Aragão, 2003).

3.2.1.1. Principais agentes financiadores

O financiamento do sistema de saúde é efetuado por um conjunto de agentes públicos e privados, entre os quais se destacam o Estado através do orçamento geral do Estado, os subsistemas públicos e privados e ainda os seguros voluntários privados de saúde (Fernandes, 2015). O Estado é o principal financiador da saúde em Portugal, através do pagamento de impostos (diretos ou indiretos) e das contribuições sociais. O financiamento para o SNS é estabelecido, dentro do orçamento geral do Estado dispendo o SNS outras verbas ou receitas

diretas geradas em grande parte pelos hospitais (Fernandes, 2015). Para além do Estado, existem ainda, como agentes financiadores:

- Os subsistemas públicos de saúde constituem-se como entidades de natureza pública definidas por lei. Estes sistemas realizam uma comparticipação financeira dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus utentes geralmente através de uma rede de prestadores privados de cuidados de saúde convencionados (ERS, 2009). O principal subsistema público é a Assistência na Doença dos Servidores do Estado (ADSE). No entanto, existem outros, nomeadamente, Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), os Serviços de Assistência na Doença - Polícia de Segurança Pública (SAD-PSP) e os Serviços de Assistência na Doença - Guarda Nacional Republicana (SAD-GNR), etc (Ribeiro, 2009).
- Os subsistemas privados de saúde (SAMS (Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários), IOS-CTT (Serviços Sociais do Instituto de Obras Sociais dos Correios de Portugal), PT-ACS (Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde), entre outros) são entidades de natureza privada que garantem a prestação de assistência de saúde e a comparticipação financeira a um determinado grupo de cidadãos, num sistema de solidariedade de cariz profissional efetivado pela realização de um contrato obrigatório na empresa (ERS, 2009 e Grosse-Tebbe e Figueras, 2004). É esta base ocupacional que distingue os subsistemas privados dos seguros privados que são voluntários e cuja adesão não é restrita a um determinado grupo (ERS, 2009). Nos subsistemas privados, os beneficiários participam com a realização de copagamentos, ou com a totalidade da despesa quando esta não está abrangida pelos acordos previamente realizados com as estruturas prestadoras (Ribeiro, 2009).
- Os seguros voluntários privados de saúde estabelecem-se por contratos com determinadas cláusulas, podendo cobrir as despesas com a assistência de saúde em regime de internamento hospitalar, assistência ambulatoria e outros atos de diagnóstico ou de terapêutica (ISP, 2013). Os seguros de saúde são por norma facultativos, ou seja, a sua adesão depende apenas da vontade expressa da pessoa, de acordo com os seus interesses pessoais e apenas condicionado pela sua condição económica sendo a atividade dos seguros privados de saúde considerada como um complemento ao financiamento do SNS (Base XXIII da LBS). Os seguros voluntários de saúde representam um sistema de complementaridade do sistema de

seguro público representado pelo SNS. Através da adesão aos seguros voluntários de saúde torna-se possível aceder a uma vasta oferta de serviços de saúde com maior facilidade de acesso em termos de tempo e maior liberdade de escolha na seleção do prestador. O número de pessoas seguras em Portugal tem vindo a aumentar de forma significativa desde o início do século XXI (ISP, 2012).

3.3. Prestação de cuidados de saúde em Portugal

Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde é realizada por instituições públicas, privadas e sociais. Ao nível do sistema público, as unidades de cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados continuados constituem a estrutura base da rede prestadora de cuidados do SNS que, em conjunto, com as entidades privadas e sociais formam o sistema de saúde (Fernandes, 2015). No sistema de saúde português, cuidados de saúde em ambulatório são realizados por prestadores públicos e por prestadores privados.

A prestação de cuidados de saúde é realizada por um conjunto diferenciado de prestadores públicos e privados:

- Prestadores públicos (centros de saúde, agrupamentos complementares de centros de saúde, unidades de saúde familiar, hospitais gerais e especializados, unidades de cuidados continuados integrados);
- Prestadores privados (setor privado empresarial, setor convencionado: clínicas, hospitais, centros de diagnóstico e terapêutica, cuidados continuados integrados e farmácias);
- Prestadores sociais (Misericórdias e outras instituições de solidariedade social (IPSS), centros de diagnóstico e terapêutica, hospitais, clínicas (Fernandes, 2015).

Fernandes (2015), durante a sua análise estatística verificou que a prestação de cuidados de saúde, em regime ambulatório, excluindo hospitais, adquiriu um maior destaque no setor privado. No ano 2000, o setor privado representava 63,77% do total dos cuidados ambulatoriais, no entanto, em 2012, este valor subiu para 73,90%.

3.4. Acesso aos cuidados de saúde

Para Penchansky e Thomas (1981) *in* Levesque *et al.* (2013), o acesso aos cuidados de saúde é central no desempenho dos sistemas de saúde em todo o mundo. De fato, a importância da prestação de serviços de saúde para as pessoas resultou na medição da utilização e do acesso.

No âmbito dos cuidados de saúde, Daniels (1982) e Whitehead (1992) *in* Levesque *et al.* (2013), afirmam que o acesso é sempre definido como o acesso a um serviço, a um prestador ou a uma instituição, assim definido como a oportunidade ou facilidade com que os consumidores ou as comunidades podem utilizar os serviços adequados proporcionalmente às suas necessidades.

Em conclusão do estudo de Levesque *et al.* (2013), foi definido o acesso como a oportunidade de identificar as necessidades de saúde, e alcançar, obter ou usufruir dos serviços de saúde. Os autores deste estudo sugeriram cinco dimensões de acessibilidade (Abordagem, Aceitabilidade, Disponibilidade e Acomodação, Acessibilidade e Adequação) e cinco capacidades correspondentes de populações (Capacidade de perceber, Capacidade de procurar, Capacidade de alcançar, Capacidade de pagar, Capacidade de participar).

3.5. Desenvolvimento do setor privado na prestação de cuidados de saúde

Segundo Oliveira (2010), nos últimos 30 anos, as políticas que foram sendo aplicadas pelo Estado favoreceram o incremento da participação privada no sistema de saúde através de incentivos diretos e indiretos: incentivo à instalação e desenvolvimento de instituições privadas; implementação de programas especiais de recuperação de listas de espera (com recursos à cooperação privada); implementação de um sistema de incentivos fiscais - deduções para gastos em saúde; possibilidade dos profissionais do SNS poderem exercer funções no setor privado (quando não abrangidos por um regime contratual de exclusividade), possibilitando simultaneamente que os mesmos aumentassem o seu rendimento. Também a partir de meados dos anos 80, verificou-se um significativo aumento do número de licenciamentos de instituições privadas (Oliveira, 2010).

As duas últimas décadas foram marcadas por um significativo aumento do número de prestadores de saúde do setor privado (Fernandes, 2015). Dai advieram várias alterações de mecanismos legais e regulatórios, tais como: a revisão do regime jurídico para a abertura, a

modificação e funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde, a definição dos requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, das instalações técnicas, dos consultórios dentários, das unidades de prestação de serviços médicos e de enfermagem, das unidades de saúde de radiologia, radioterapia, das unidades privadas de medicina física e de reabilitação (Fernandes, 2015).

A competição entre os diferentes setores surgiu assim como uma oportunidade para a melhoria da qualidade tornando necessário o controlo no que diz respeito aos requisitos e procedimentos, padrões de acesso e resultados obtidos tanto no setor público como no setor privado (Campos e Simões, 2011).

O recurso ao setor privado permitiu, igualmente, a vários utentes do SNS ultrapassar as dificuldades de acesso geradas em algumas áreas no SNS embora de uma forma desigual (Bago d' Uva e Jones, 2009).

Apesar das diferenças verificadas nas condições de acesso, deverá ser salientado que ambos os setores se regem pelas mesmas normas, estando sujeitos a inspeção pelas mesmas entidades, ao mesmo tipo de regulação, no que se refere à qualidade dos cuidados, à proteção dos interesses e direitos dos utentes, à segurança dos doentes e à adequada manutenção de infraestruturas (Lage, 2010).

O desenvolvimento do setor privado na saúde foi ao encontro do aumento das necessidades dos cidadãos preenchendo lacunas de cobertura do SNS (Fernandes, 2015). Este crescimento ocorreu numa tentativa de colmatar as áreas de maior fragilidade na estrutura pública o que favoreceu uma maior dimensão e um reforço das relações de parceria ao nível da prestação de serviços, infraestruturas, meios, competências, tecnologia e qualidade (Fernandes, 2015).

O setor de saúde privado reforçou assim o seu crescimento beneficiando das carências no desempenho do setor público, procurando nas suas falhas, limitações ou resultados menos positivos, uma oportunidade de crescimento (Campos e Simões, 2011). Este processo desenvolveu-se numa relação de oportunidade sustentada numa prática competitiva que acabou por contribuir para a inovação do sistema de saúde estimulando, desse modo, uma concorrência positiva entre as unidades públicas e privadas (Campos e Simões, 2011).

3.5.1. Lado da oferta

A prestação privada tem vindo a adquirir uma importância crescente em algumas áreas específicas tais como: saúde oral, ortopedia, nefrologia - diálise renal, ginecologia e obstetrícia e pediatria, e ao nível dos meios complementares de diagnóstico e de terapêutica (fisioterapia, imagiologia) (Barros e Simões, 2011). A oferta de cuidados de saúde privados repartiu-se assim pelo aumento do número de unidades com diferentes características e perfis assistenciais: meios complementares de diagnóstico e de terapêutica com especial destaque para a patologia clínica, medicina física e de reabilitação, imagiologia, hemodiálise e saúde oral e cuidados de saúde hospitalares e de ambulatório, (Fernandes, 2015).

Campos e Simões (2011) associam os dados referentes ao crescimento das áreas mencionadas a cima, substancialmente pelos avanços tecnológicos aplicados ao nível dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica ocorridos nos últimos cinquenta anos e ao seu uso massificado em ambulatório.

Na base deste acréscimo de procura devido ao aumento da oferta privada de serviços de saúde encontram-se também outras falhas do SNS, tais como: défice de cobertura, a existência de um grande número de cidadãos sem médico de família, e ineficiências do Serviço Nacional de Saúde na integração vertical entre os cuidados de saúde geradoras de listas de espera (Ribeiro, 2009). No entanto, o atual Ministro da Saúde tem implementado medidas no sentido de aumentar o número de médicos de famílias disponíveis em todo o país, maior número de especialistas em zonas onde se verificava maior lacuna destes profissionais, bem como contratação de Técnicos Superiores de Diagnóstico.

3.5.2. Lado da procura

Na opinião de Ribeiro (2009), em Portugal, a procura privada está ligada à (1) procura de um melhor nível de conforto; (2) resposta rápida a doentes cirúrgicos; (3) “conveniência” do acesso a resultados de boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; (4) cobertura de especialidades médicas (algumas quase só disponíveis no setor privado, como é o caso da medicina dentária), e (5) a crescente procura de cuidados ligados à estética.

Ribeiro (2009) refere ainda que o setor privado já não é um setor a viver às custas do setor público, mas sim um setor com peso importante na economia do país, com uma visão assente e ambiciosos objetivos de crescimento.

Também Tountas *et al.* (2005) e Doyle & Bull (2000) indicam ainda como fatores justificativos do crescimento do setor privado, a elevada qualidade dos serviços privados, e os investimentos em novas tecnologias.

O modelo de Goddard *et al.* (1994) *in* Propper (2000) considera que um indivíduo tem três escolhas distintas: (1) não procurar cuidados médicos, (2) usar cuidados privados e (3) usar cuidados públicos. De acordo com estes autores, essas escolhas serão afetadas pela gravidade da doença, pelos custos e pela qualidade dos cuidados prestados pelo sistema de saúde público, bem como pelos custos e pela qualidade dos cuidados privados.

Segundo os resultados do estudo de Propper (2000) sobre a procura de cuidados de saúde privados no Reino Unido, as mulheres são mais propensas a exigir cuidados em ambos os setores (público e privado) do que os homens, embora o uso privado em comparação com o uso do SNS é menor comparativamente com as mulheres.

De acordo com a literatura, a qualidade do sistema de saúde e o vencimento, podem ser determinantes na escolha do consumidor. Estes dois fatores estão muitas vezes relacionados, e associados também a fatores tais como: necessidades de cuidados de saúde induzidas pelo envelhecimento, os níveis educativos e a tecnologia (OCDE, 2013; Atella e Deb, 2008; Vincenti *et al.*, 2011; *in* Vecchio *et al.*, 2015).

A procura de cuidados de saúde privados é também influenciada pela cobertura de seguros e de subsistemas de saúde públicos e privados. Segundo os resultados do estudo de Newhouse (1993) *in* Barros (2013), em que as famílias envolvidas receberam aleatoriamente uma cobertura por seguro, em que este diferia no montante de participação nas despesas de saúde, verificou-se que as famílias com os planos de saúde mais generosos, gastavam cerca de 40% mais em cuidados de saúde, mas não apresentavam diferenças significativas no estado de saúde.

Para além de perceber a escolha do consumidor entre cuidados de saúde públicos e privados, é também imprescindível entender que o comportamento do cliente mudou (Wolf, 2001; Milan, 2002, 2003; Milan e Ribeiro, 2003; *in* Milan, 2010). Ao ter acesso a uma vasta gama de informações, o cliente exerce sua liberdade, cada vez mais, ao escolher seu prestador de saúde. Assim, uma das estratégias que as organizações do setor da saúde podem implementar, para atingir seus objetivos, e até mesmo para construir a retenção e a lealdade dos clientes, é cultivar relacionamentos duradouros, lucrativos e rentáveis (Wolf, 2001; Milan, 2002, 2003; Milan e Ribeiro, 2003; *in* Milan, 2010).

3.6. Valor do cliente (*Customer Value*)

Considerando os clientes como ativos, alguns autores salientam que é fundamental calcular seu valor financeiro para a empresa (Gupta e Lehmann, 2003; Pfeifer *et al.*, 2005).

O valor do cliente é geralmente denominado de *customer life value* (CLV) (Portela, 2010) e é a mais popular medida do cliente, pois é prospetivo, inclui todos os elementos de rentabilidade do cliente e é um elemento essencial do paradigma centrado no cliente (Kumar e Shah, 2004). CLV pode ser uma medida útil na tomada de decisões tanto a nível do marketing estratégico e operacional, como até em decisões estratégicas da empresa (por exemplo: segmentação de clientes, seleção do cliente, alocação de recursos através de marketing clientes, orientação para investimentos em marketing, avaliação de base de cliente, avaliação de empresa, etc.) (Portela, 2010).

Wolf (2001) e Mallock e Lussier (2000) *in* Milan *et al.* (2010) realçam que a prestação de serviços de saúde é uma atividade essencialmente baseada em relacionamentos. Neste sentido, as organizações devem reconhecer que a retenção e, se possível, a lealdade dos clientes pode gerar um valor significativo em termos de retorno sobre o investimento ao longo do tempo, desde que haja um acompanhamento efetivo sobre os resultados gerados (Reichheld e Sasser Jr., 1990; Reichheld, 1993; Rust e Zahorik, 1993; Heskett *et al.*, 1994; Pearson, 1994; Reichheld, 1996a, 1996b; Reichheld *et al.*, 2000; Sharma, 2007; Wirtz *et al.*, 2007 *in* Milan *et al.*, 2010).

Para Reichheld & Sasser Jr. (1990); Butz Jr. & Goodstein (1996) *in* Milan (2010) as empresas devem entregar um valor superior ao cliente para atraí-lo e mantê-lo ao longo do tempo.

Nesta perspetiva, Vavra (1994) afirma que por quanto mais tempo se mantém um cliente, mais lucrativo este poderá ser para a empresa. Além disso, é possível afirmar que, por quanto mais tempo o cliente recorrer aos serviços da mesma, mais dependente este se poderá tornar dos produtos e serviços da mesma, e menos suscetível ficará a ofertas com preços mais baixos por parte da concorrência.

3.7. A incerteza no setor da saúde

Barros (2013:25) refere que *“Se há algo que exista, persista e envolva o setor da saúde é a incerteza: incerteza quanto ao momento em que se necessita de cuidados de saúde, incerteza quanto ao custo desses cuidados de saúde, incerteza quanto ao estado de saúde, incerteza quanto ao tratamento adequado, incerteza quanto ao efeito de um tratamento, etc.”*.

Rais e Viana (2010) referem que a previsão exata da procura é essencial para o planeamento da saúde e para os seus resultados. Essa previsão é essencial para que se consiga saber quais são os *inputs* necessários para resolver os vários problemas de otimização do negócio (qual a necessidade de recursos humanos, qual o equipamento necessário, necessidade de Fornecimentos e Serviços Externos, entre outros). Existem métodos de previsão qualitativos e quantitativos, contudo, a maioria dos trabalhos de investigação centram-se na análise quantitativa devido a uma maior exatidão (Rais e Viana, 2010).

Neste mercado, devido à incerteza de quando se irá necessitar de recorrer aos cuidados saúde, faz com que a procura seja inconstante. Para os detentores de empresas de serviços de saúde privados, como é o caso da empresa em questão deste projeto, esta instabilidade na procura força as empresas a adaptarem-se e a reconsiderarem as suas estratégias de *marketing*. Para determinar a estratégia de *marketing*, a organização, geralmente, tem de passar por etapas de pesquisa do mercado: posicionamento no mercado, desenvolvimento de uma estratégia de mercado e proposição de valor, e escolher a estratégia de mercado (Frambach & Nijssen, 2009 *in* Bierbooms, 2014). Deste modo, nos capítulos seguintes irá proceder-se à análise no mercado em duas perspetivas: externa e interna.

4. ANÁLISE EXTERNA

A análise do meio envolvente de uma empresa tornar-se um fator preponderante na compreensão do mercado em que a mesma se insere e na definição da estratégia de negócio.

Com o objetivo de explorar o potencial deste mercado, será realizada uma análise externa com recurso à análise *PEST – Politic, Economic, Social and Technological* (Político, Económico, Social e Tecnológico), que através de alguns indicadores irá permitir caracterizar os fatores globais de mercado. Para além dos fatores mencionados, serão apresentados dados geográficos e demográficos considerados relevantes, de modo a contextualizar o local onde o projeto será implementado. Será também apresentada uma análise às 5 Forças Competitivas de *Porter*, onde será detalhada a ameaça a novos entrantes na indústria, rivalidade entre concorrentes, ameaça de serviços substitutos, poder negocial de fornecedores e poder negocial de clientes.

4.1. Análise *PEST*

4.1.1. Fatores geográficos

Geograficamente, a clínica CRD situa-se na região centro e sub-região do Médio Tejo, em Ferreira do Zêzere (Figura 1).

Ferreira do Zêzere é uma vila portuguesa pertencente ao distrito de Santarém, é município do concelho e apresenta uma área de 190,38 Km² com 43,4 habitantes/Km². O município é subdividido em 7 freguesias, e é limitado a norte por Figueiró dos Vinhos (com 33,8 habitantes/Km²), a nordeste pela Sertã (com 34,2 habitantes/Km²), a leste por Vila de Rei (com 17,8 habitantes/Km²), a sul por Tomar (com 109,9 habitantes/Km²), a oeste por Ourém (com 108,3 habitantes/Km²) e a noroeste por Alvaiázere (com 43,3 habitantes/Km²) (INE, 2014). A distância entre Ferreira do Zêzere e as localidades limítrofes é apresentada na Tabela 1.

Figura 1 - Localização geográfica do concelho de Ferreira do Zêzere



Fonte: Google Imagens

Figura 2 - Concelho de Ferreira do Zêzere: freguesias do concelho (a verde) e a cinza as localidades limítrofes (a cinza)



Fonte: Google Imagens

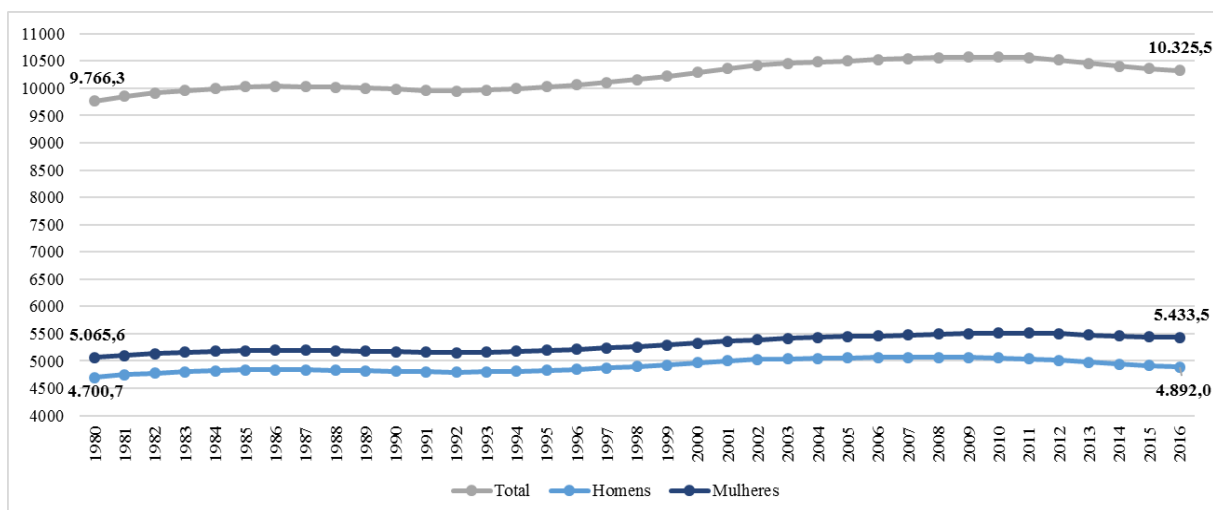
4.1.2. Fatores demográficos

Os indicadores demográficos, segundo o INE (2006), servem para a análise e estudo da situação demográfica, bem como a sua evolução ao longo do tempo. Com base na análise dos indicadores demográficos é possível obter um conjunto de informação sobre a população. Nos pontos seguintes irão ser caracterizados, tanto para Portugal como para o município de Ferreira do Zêzere, os seguintes indicadores demográficos: População residente; Índice de Envelhecimento; Fluxos Migratórios da população de nacionalidade portuguesa: Taxa de Emigração e Taxa de Natalidade.

4.1.2.1. População residente em Portugal

A população residente em Portugal em 2016, de acordo com os dados do INE, rondou os 10,3 milhões de habitantes. Entre 1980 e 2016, a população portuguesa teve um aumento de cerca de 560 mil habitantes, sendo o número de pessoas do sexo feminino superior. A figura 3 apresenta a evolução da população nacional ao longo deste período.

Figura 3 - Evolução da população total residente em Portugal, entre os anos 1980 e 2016 (em milhares de habitantes)

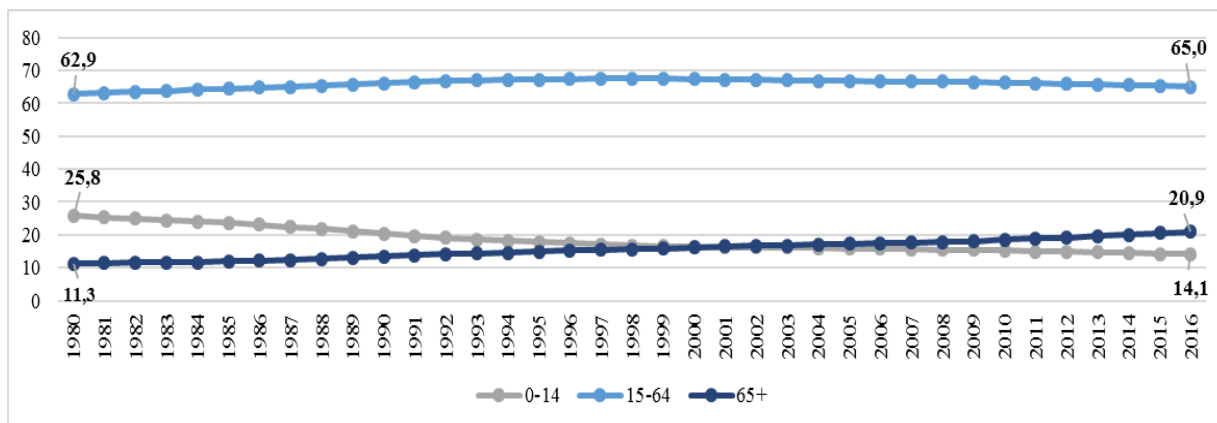


Fonte: PRODATA (2017i)

Quanto à estrutura da população por grandes grupos etários, verificou-se se que em 2016 a percentagem de jovens (pessoas entre os 0 e os 14 anos de idade) foi de 14,1%, a população em idade ativa (15 a 64 anos de idade) representa 65% da população portuguesa e os

habitantes com 65 ou mais anos, em 2016 representaram 20,9% da população. A figura 4 demonstra a variação da população por grandes grupos etários em 1980 e 2016:

Figura 4 – Evolução da população por grandes grupos etários, entre os anos 1980 e 2016 (em percentagem)

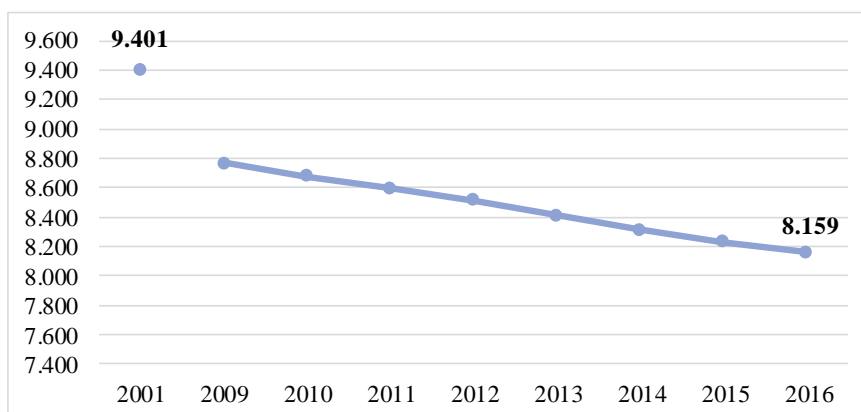


Fonte: PRODATA (2017j)

Apesar do crescimento do número de cidadãos residentes no período considerado, não foi capaz de contrariar a tendência de envelhecimento da população portuguesa, assistindo-se a um decréscimo acentuado da população jovem (-11,7%), acompanhado de aumento da população idosa em cerca de 9,6%, como é possível verificar na figura anterior.

Relativamente ao município de Ferreira do Zêzere, segundo os dados disponíveis pelo INE em 2016 residiam no concelho 8.159 pessoas. A figura 5 apresenta a evolução da população residente no concelho.

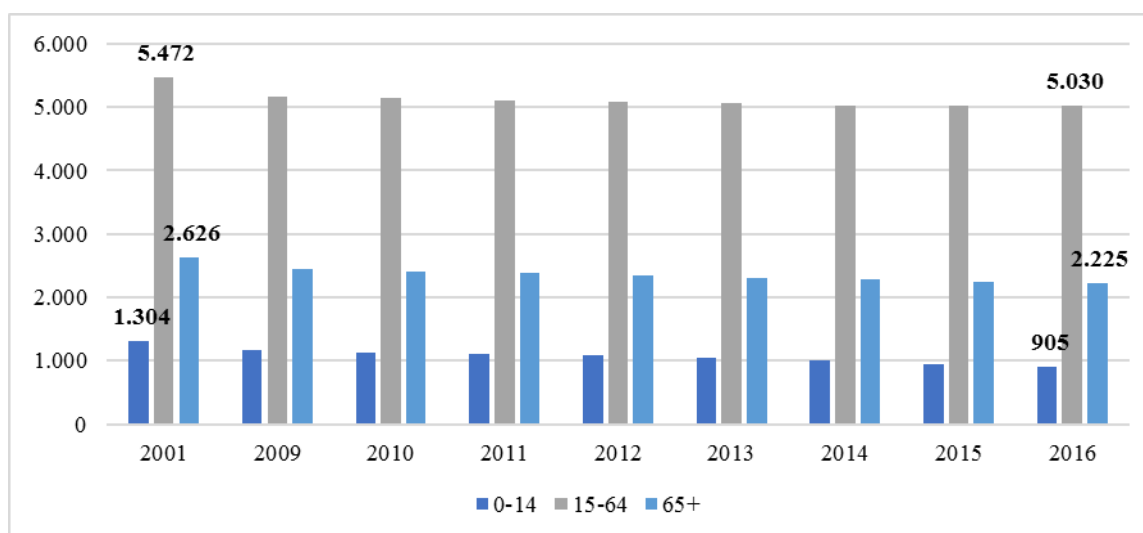
Figura 5 - Evolução da população residente em Ferreira do Zêzere, em 2001 e entre 2009 e 2016 (em milhares de habitantes)



Fonte: PRODATA (2017k)

Da população residente em Ferreira do Zêzere, em 2016, 905 dos indivíduos tinham idades compreendidas entre os 0 e 14 anos (menos 50 jovens comparativamente ao ano anterior), 5030 entre 15 e 64 anos e 2.225 com 65 e mais anos (menos 22 idosos comparativamente ao ano anterior) (PRODATA, 2017k). Desde o ano de 2009 que se tem verificado uma diminuição na população jovem e ativa, e um ligeiro aumento do número de idosos, como é possível observar na figura 6. O número atual de população residente é cerca de -48% da população existente em 1960 (INE, 1960), um valor preocupante e que faz com que os negócios tenham de traçar novas estratégias.

Figura 6 - Evolução da população residente nos grandes grupos etários em Ferreira do Zêzere, em 2001, e entre 2009 e 2016 (em milhares de habitantes)



Fonte: PRODATA (2017l)

4.1.2.2. Índice de envelhecimento

O índice de envelhecimento traduz a relação entre a população idosa e a população jovem definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, ou seja, o número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos (PRODATA, 2017m). Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens (PRODATA, 2017m).

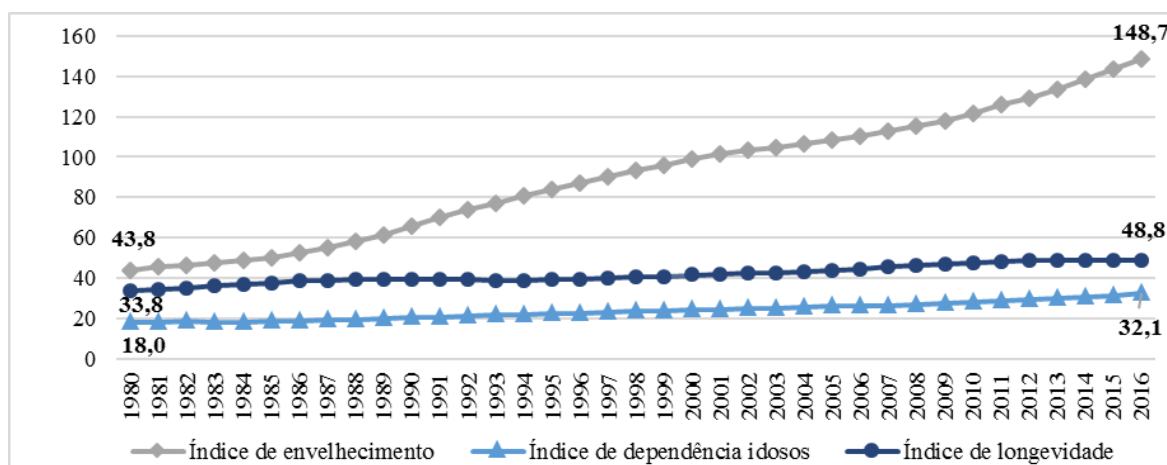
O índice de envelhecimento desde 1980 cresceu cerca de 100%, mantendo atualmente essa linha de tendência. Associado ao crescimento do índice de envelhecimento analisou-se o estado de dependência com recurso à avaliação do índice de dependência¹ de idosos bem como o índice de longevidade², cujos resultados se apresentam na figura seguinte. A apreciação do indicador de dependência de idosos demonstra um agravamento gradual, no período considerado para análise. Em 1980 por cada 100 cidadãos, em idade ativa, residiam em Portugal cerca de 18 idosos dependentes e em 2016, este número passou para 32 idosos por cada 100 habitantes em idade ativa.

Os dados representados na figura 7 traduzem a evolução destes três índices.

¹ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos). (PRODATA, 2017m)

² Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 65 ou mais anos) (PRODATA, 2017m).

Figura 7 - Evolução do índice de envelhecimento, índice de longevidade e índice de dependência de idosos em Portugal, entre 1980 e 2016 (percentagem)



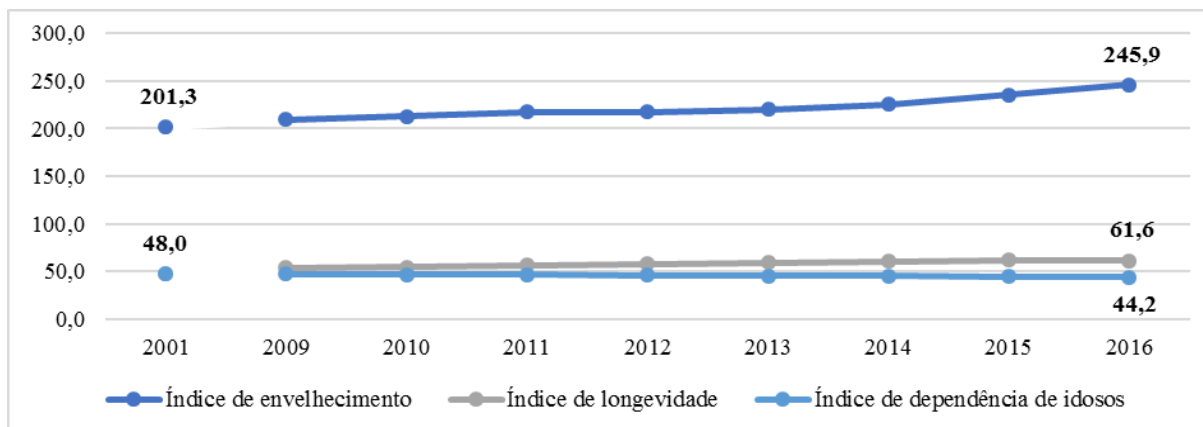
Fonte: PRODATA (2017m)

Segundo os dados dos Censos 2011 e das projeções demográficas, Portugal, existe uma tendência crescente relativamente ao envelhecimento populacional devido ao declínio da taxa de mortalidade seguido por diminuições na taxa de natalidade, e aumento da longevidade (INE, 2015).

Portugal é o quarto país, no conjunto do 28 Estados Membros da União Europeia, com maior proporção de idosos, e o 5º com maior índice de envelhecimento. Segundo as Nações Unidas, a tendência para o envelhecimento da população que se tem vindo a verificar nos últimos anos, irá manter-se nas próximas décadas, sendo muito provável que afete todo o mundo (INE, 2015).

Relativamente ao concelho de Ferreira do Zêzere, como é possível analisar na figura 8, também neste concelho o índice de envelhecimento, juntamente com o índice de longevidade têm vindo a aumentar. Porém, verifica-se uma diminuição do índice de dependência dos idosos deste município.

Figura 8 - Evolução do índice de envelhecimento, longevidade e de dependência da população de Ferreira do Zêzere, em 2001 e entre 2009 e 2016 (em percentagem)



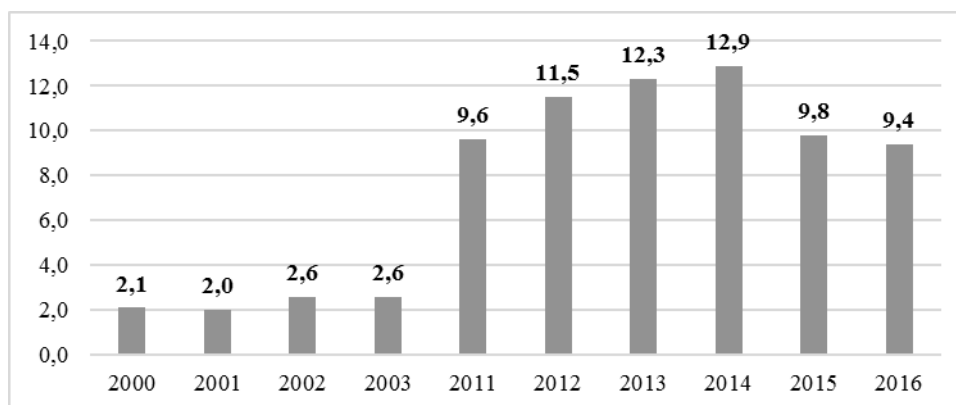
Fonte: PRODATA (2017n, 2017o e 2017p)

4.1.2.3. Fluxos Migratórios da população portuguesa: Taxa de emigração

Com o início da crise financeira global em 2007-2008, Portugal foi fortemente afetado, e a emigração passou a ser uma opção para muitos portugueses na tentativa de encontrar novas oportunidades de trabalho e melhores condições de vida. Comparativamente ao número de emigrantes registados no início do século XXI, nos últimos anos registaram-se valores muito superiores aos anteriores, sendo estes valores muito próximos dos registados entre 1965 e 1973 (PRODATA, 2017g).

Desta forma, a análise à taxa de emigração torna-se fundamental. A figura seguinte apresenta os dados referentes a este indicador em Portugal, entre 2000 e 2016.

Figura 9 - Evolução da taxa de emigração em Portugal, entre 2000 e 2016 (em percentagem)



Fonte: PRODATA (2017g)

Quanto ao concelho de Ferreira do Zêzere foi possível analisar (tabela 1) o saldo migratório (diferença entre a imigração (entrada) e a emigração (saída) numa determinada região durante o ano (PRODATA, 2017g), e a variação populacional (diferença entre os efetivos populacionais no final e no início de um determinado período (PRODATA, 2017g).

Tabela 1 - Saldos populacionais: saldo migratório e variação populacional do município de Ferreira do Zêzere

	<i>Saldos populacionais anuais: migratório e variação populacional</i>								
	2001	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Saldo migratório	43	15	8	-5	-2	1	-13	27	9
Variação populacional	-58,0	-95,0	-90,0	-72,0	-102,0	-103,0	-89,0	-77,0	-65,0

Fonte: PRODATA (2017u)

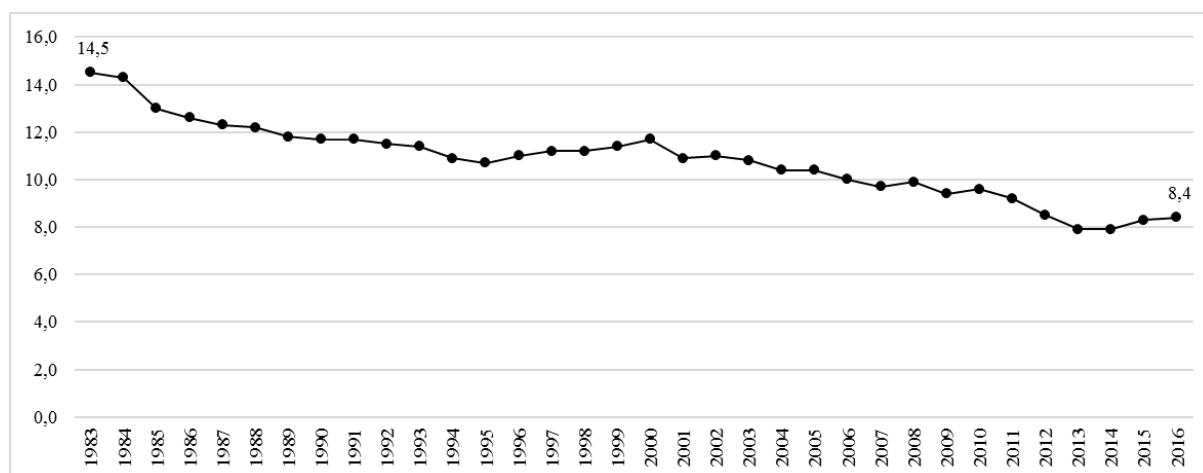
A partir dos dados referenciados acima, é possível verificar que o saldo migratório foi negativo entre os anos de 2011 e 2014, ou seja, o número de pessoas que saíram do município foi superior ao que entrou. Porém, verificou-se um aumento de entrada de pessoas no concelho em 2015, mas em 2016 esse valor voltou a diminuir substancialmente.

Quanto à variação populacional observa-se que tem sido consecutivamente negativa, sendo o número de efetivos populacionais no fim do ano sempre inferior aos efetivos populacionais no início do ano.

4.1.2.4. Taxa de Natalidade

A evolução da taxa de natalidade em Portugal entre os anos 1983 e 2016 é apresentada na figura 10.

Figura 10 - Evolução da taxa de natalidade registada em Portugal, entre 1983 e 2016



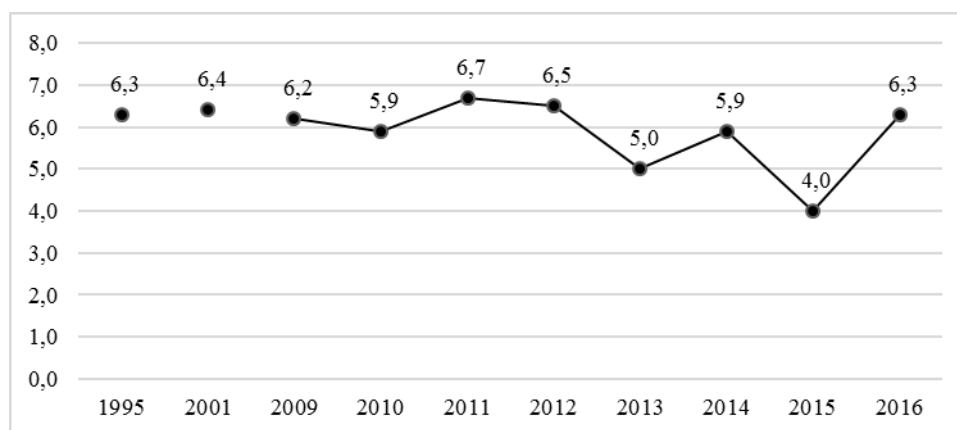
Fonte: PRODATA (2017v)

Este indicador vem seguindo a tendência europeia, apresentando-se em persistente queda em todo o período, assistindo-se a uma redução de cerca de menos 6,1 nascimentos por cada 1000 habitantes. Este indicador está na base da dificuldade de inversão da tendência de envelhecimento da população dificultando a renovação da população em idade ativa. A natalidade está na base da dificuldade de inversão da tendência de envelhecimento da população dificultando a renovação da população em idade ativa.

Em Ferreira do Zêzere a taxa de natalidade, segundo os dados disponíveis, o valor registado mais elevado foi em 2011 (6,7%), tendo posteriormente decaído até ao ano de 2015 (o valor registado mais baixo). Um aumento de 2,3% desta taxa face ao ano anterior, vem contrariar a tendência nacional, aproximando-se dos valores de natalidade de há mais de 10 anos atrás.

A figura 11 apresenta os dados disponíveis acerca deste indicador no município em causa.

Figura 11 - Evolução da taxa de natalidade registada em Ferreira do Zêzere, em 1995, 2001, e entre 2009 e 2016 (em percentagem)



Fonte: PRODATA (2017w)

4.1.3. Fatores económicos

A grande crise económica que Portugal tem vindo a atravessar, afetou fortemente a sociedade. Numa tentativa de recuperação da conjuntura económica, foram aplicadas em Portugal medidas de austeridade tais como o agravamento do Imposto Sobre o Rendimento (IRS), cortes nos subsídios de natal e de férias dos funcionários públicos, cortes nas pensões, aumento das taxas moderadoras, aumento do preço dos combustíveis, entre outras.

4.1.3.1. Produto Interno Bruto

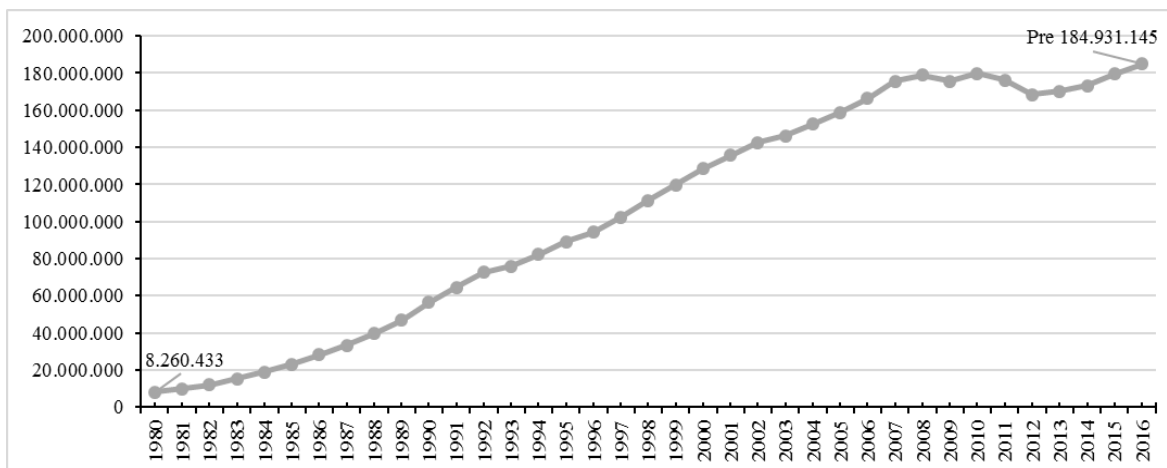
O Produto Interno Bruto (PIB) é uma medida agregada de produção igual à soma dos valores adicionados brutos, à soma das utilizações finais de bens e serviços ou à soma dos rendimentos primários distribuídos pelas unidades produtoras residentes (OCDE, 2002). Esta definição da OCDE remete para um resultado final da atividade de produção de determinadas unidades produtivas que pode ser definido por três diferentes posições:

- a) Pela ótica da oferta ou da produção (considera a forma como a riqueza é criada);
- b) Pela ótica do rendimento (considera a forma como a riqueza é distribuída);
- c) Pela ótica da procura e da despesa (considera a forma como a riqueza é gasta).

O PIB Trata-se de uma medida aplicada para avaliar o desempenho da economia de um país que permite relacioná-la com a de outros, ou seja, o PIB é a riqueza que um país consegue gerar através das atividades quotidianas de todas as pessoas, empresas ou entidades públicas ou privadas (SEC, 2010).

Segundo os autores Burda & Wyplosz (2012), numa análise macroeconómica, é essencial a análise do crescimento do PIB ao longo dos anos, e a existência de flutuações em torno da tendência geral. A figura seguinte apresenta os dados relativos à evolução do PIB em Portugal, em euros, a preços correntes para os anos 1980 a 2016.

Figura 12 - Evolução do PIB em Portugal, entre 1980 e 2016 (Euros – milhares)



Fonte: PRODATA (2017r)

Em Portugal, no período representado na figura 12, o PIB apresentou um crescimento global, passando de cerca de 8 mil milhões em 1980 para cerca de 184 mil milhões em 2016 (valor preliminar). Em 2010 o PIB atingiu o valor mais elevado registado até então, 180 mil milhões de euros, que posteriormente sofreu uma contração contínua até 2012 (163 mil milhões), representando uma perda significativa do poder económico do país. Em 2013, o valor do PIB já apresentava sinais de recuperação, tendo-se verificado que em 2016 o valor ascendeu para 184 mil milhões. Segundo o Banco de Portugal (BP), a recuperação da economia portuguesa iniciada em meados de 2013 apresentou um ritmo relativamente moderado, tendo em conta a severidade e a duração da recessão que a antecedeu. Neste contexto, importa realçar que a atual recuperação ocorre num enquadramento caracterizado por um elevado nível de endividamento dos vários agentes económicos - quer públicos quer privados - e pela necessidade de prossecução do ajustamento dos seus balanços (Banco de Portugal, 2016) Segundo as projeções do BP, após um aumento de 1,4 por cento em 2016, o PIB português deverá crescer 1,8% em 2017, 1,7% em 2018 e 1,6% em 2019 (Banco de Portugal, 2017).

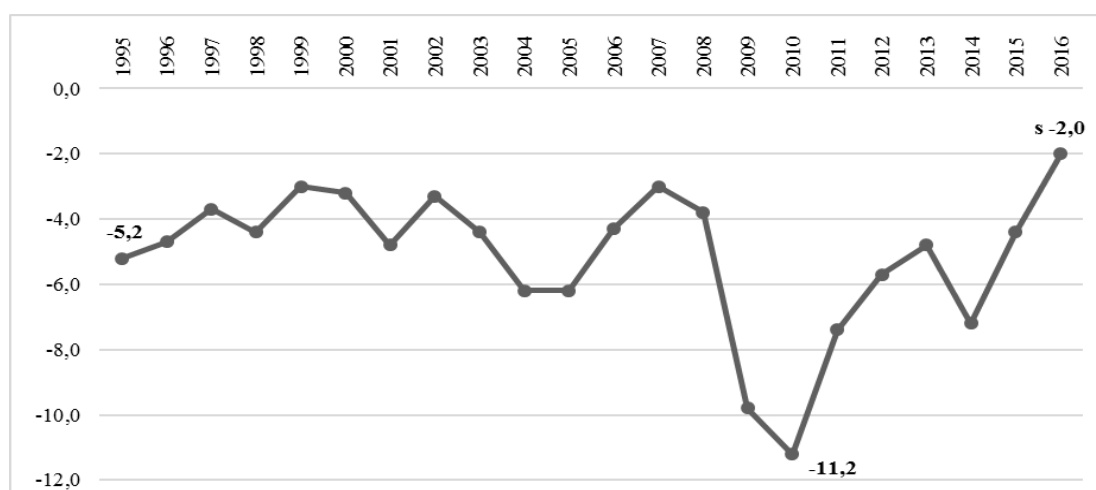
4.1.3.2. Déficit Público em percentagem do PIB

O déficit público resulta sempre do excesso de gastos públicos que ultrapassa a receita disponível para os pagar durante um determinado período de tempo (por norma um ano civil) (Arnold, 2014). Ou seja, ocorre quando "as despesas do Estado são superiores às suas receitas, isto é, sempre que os dinheiros públicos, anualmente recebidos pelas administrações públicas, não chegam para cobrir as respetivas despesas anuais existe déficit orçamental" (Moreno, 2010, p. 23).

Um déficit público elevado traz repercussões na economia, tais como a redução da riqueza nacional e conseqüentemente o crescimento da economia e do PIB, agravando, por norma, as taxas de juro. Este agravamento das taxas de juro tornam o mercado da dívida menos interessante para os investidores externos, reduzindo o investimento e tornando mais difícil o financiamento externo (Mankiw, 2013).

O apuramento do déficit público é expresso em função da percentagem que representa no PIB. Na figura e quadro seguintes apresenta-se a evolução do total do déficit público, em Portugal, por anos face ao PIB.

Figura 13 - Despesas, receitas e déficit/excedente público, em % do PIB (1995-2016)



Fonte: PRODATA (2017a)

s – Valor provisório

Tabela 2 - Despesas, receitas e défice/excedente público, em % do PIB (1995-2016)

<i>Anos</i>	<i>Despesas em % do PIB</i>	<i>Receitas em % do PIB</i>	<i>Défice/ Excedente Público em % do PIB</i>
1995	42,6	37,4	-5,2
1996	43,1	38,4	-4,7
1997	42,4	38,7	-3,7
1998	42,7	38,3	-4,4
1999	42,6	39,5	-3,0
2000	42,6	39,4	-3,2
2001	44,1	39,3	-4,8
2002	43,7	40,4	-3,3
2003	45,3	40,9	-4,4
2004	46,1	39,9	-6,2
2005	46,7	40,5	-6,2
2006	45,2	40,9	-4,3
2007	44,5	41,5	-3,0
2008	45,3	41,6	-3,8
2009	50,2	40,4	-9,8
2010	51,8	40,6	-11,2
2011	50,0	42,6	-7,4
2012	48,5	42,9	-5,7
2013	49,9	45,1	-4,8
2014	51,8	44,6	-7,2
2015	s 48,3	s 44,0	s -4,4
2016	s 45,1	s 43,1	s -2,0

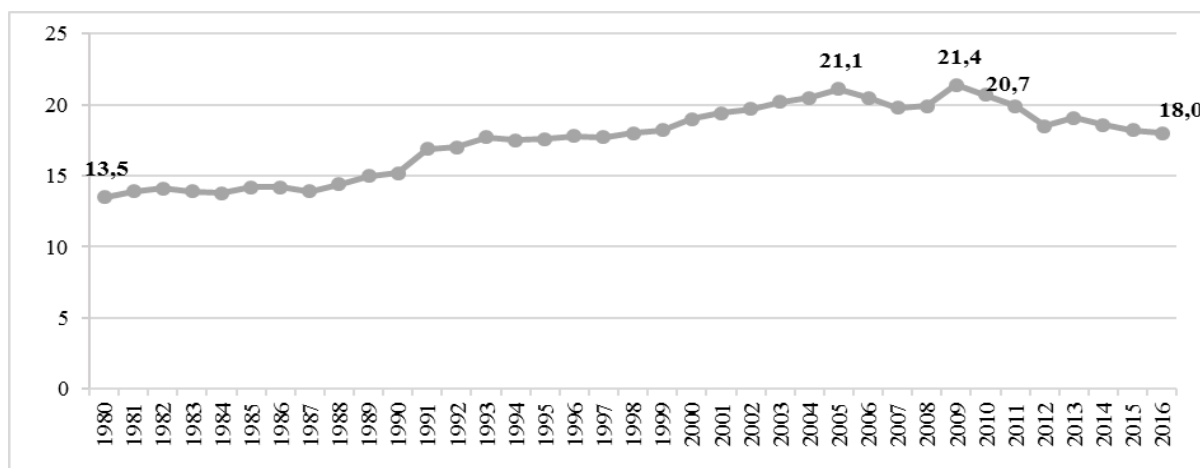
Fonte: PRODATA (1017a)

s – Valor provisório

Como é possível observar na tabela e figura anteriores, período considerado os gastos públicos foram sempre superiores às receitas, tendo como consequência défice das contas públicas. O défice mais elevado foi registado em 2010, com -11,2% relativamente ao PIB. Porém, com o crescimento da economia portuguesa, os valores previstos apontam para que depois de 2015 o défice ter sido de -4,4% do PIB, que em 2016 este valor tenha sido -2,2% do PIB, o valor mais baixo registado desde 1995.

4.1.3.3. Consumo Público em percentagem do PIB

O consumo público corresponde à despesa das administrações públicas com bens e serviços para satisfazer as necessidades individuais e coletivas da população (SEC, 2010). A figura seguinte apresenta a variação deste consumo em função do PIB, em Portugal, entre os anos 1980 e 2016.

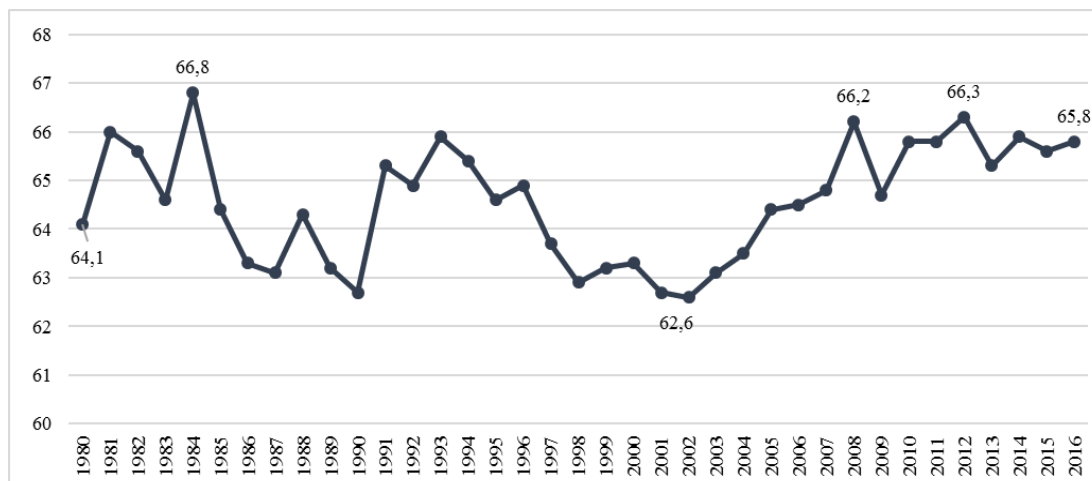
Figura 14 - Evolução do consumo público em percentagem PIB, entre os anos 1980

Fonte: PRODATA (2017d)

Em 1980, este indicador apontava para um gasto das administrações públicas com serviços e meios na ordem dos 13,5% do PIB ao passo que em 2016, o valor apontado passou para 18%. Os anos que registaram um maior consumo público foram 2005 (21,1% PIB), 2009 (21,4% do PIB) e 2010 (20,7% do PIB). Desde 2013 tem-se verificado uma diminuição do valor deste indicador em cerca de 1,1% face ao PIB.

4.1.3.4. Consumo Privado em percentagem do PIB

O consumo privado corresponde à despesa de consumo final das famílias e das instituições sem fins lucrativos, ao serviço das famílias. Inclui os gastos em alimentação, vestuário e outros bens não duradouros, as compras de eletrodomésticos, automóveis e outros bens duradouros, a despesa em água, eletricidade, gás, comunicações e restantes serviços das famílias e outros gastos das instituições sem fins lucrativos, ao serviço das famílias (SEC, 2010). Na figura 15 apresenta-se a evolução do consumo privado total face ao PIB, em Portugal, para o período compreendido entre os anos de 1980 e 2016.

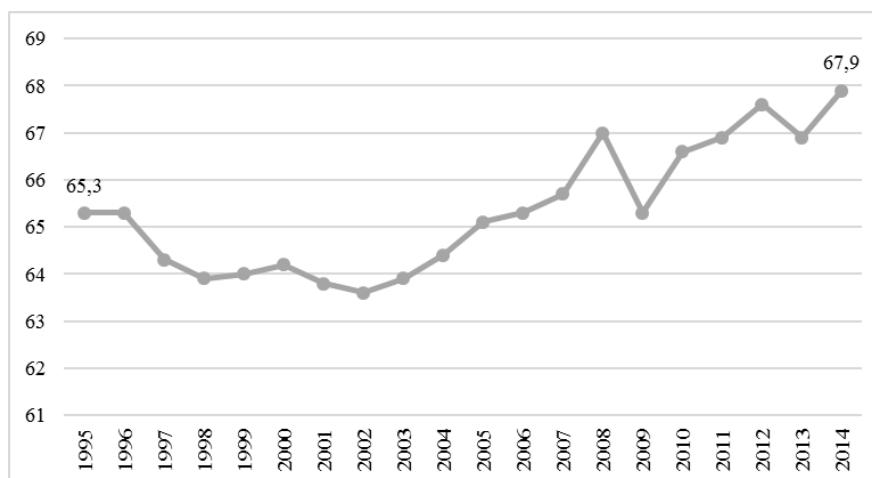
Figura 15 - Evolução do consumo privado em percentagem PIB, entre os anos 1980 e 2016

Fonte: PRODATA (2017c)

O consumo privado em Portugal, como é possível observar no período analisado, tem estado em constante oscilação. Em 1980, este indicador apontava para um gasto das famílias na ordem dos 64,1% do PIB, ao passo que em 2016 esse valor aumentou apenas 1,7%, passando a ser de 65,8%. Os valores mais elevados deste indicador foram registados nos anos de 1984 (66,8%), em 2008 (66,2%) e em 2012 (66,3%), tendo registado o valor mais baixo em 2002 (62,6%).

4.1.3.5. Despesa total de Consumo das Famílias

O consumo das famílias diz respeito à forma como cada indivíduo ou família decide dividir o seu rendimento. Ou seja, o consumo é a despesa em bens e serviços que tem em vista as necessidades das famílias e dos cidadãos (Silva, 2011). A representação gráfica que segue apresenta a despesa total das famílias em função do PIB.

Figura 16 - Evolução das despesas total de consumo final das famílias em percentagem do PIB, entre 1995 e 2014

Fonte: PRODATA (2017f)

A despesa total de consumo final das famílias, entre 1995 e 2014, aumentou cerca de 2,6% o que correspondeu a um aumento efetivo de mais de 59,5 mil milhões de euros. A partir da observação gráfica salienta-se uma tendência recente de crescimento deste indicador após uma contração no ano 2009. De forma a avaliar quais foram os tipos de bens e serviços que neste mesmo período apresentaram uma maior afetação do consumo construiu-se a tabela 3.

Tabela 3 - Despesas de consumo final no total do rendimento disponível das famílias por tipo de bens e serviços para os anos 1995 e 2014 (em milhões de euros)

Coluna1	1995	2014	Δ 1995/2014
Alimentação, bebidas e tabaco	12820,4	24.044,2	87,5%
Vestuário e calçado	4073,3	7.326,9	79,9%
Habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis	7461,6	22.654,2	203,6%
Mobiliário, artigos de decoração, equipamento doméstico e manutenção corrente da habitação	3820,8	6.037,0	58,0%
Saúde	2617,1	5.719,8	118,6%
Transportes e comunicações	10005,9	17.321,6	73,1%
Lazer, recreação e cultura	4651,9	7.035,1	51,2%
Educação	616,9	1.469,4	138,2%
Restaurantes e hotéis	6163,8	13.391,1	117,3%
Bens e serviços diversos	5873,4	12.562,1	113,9%

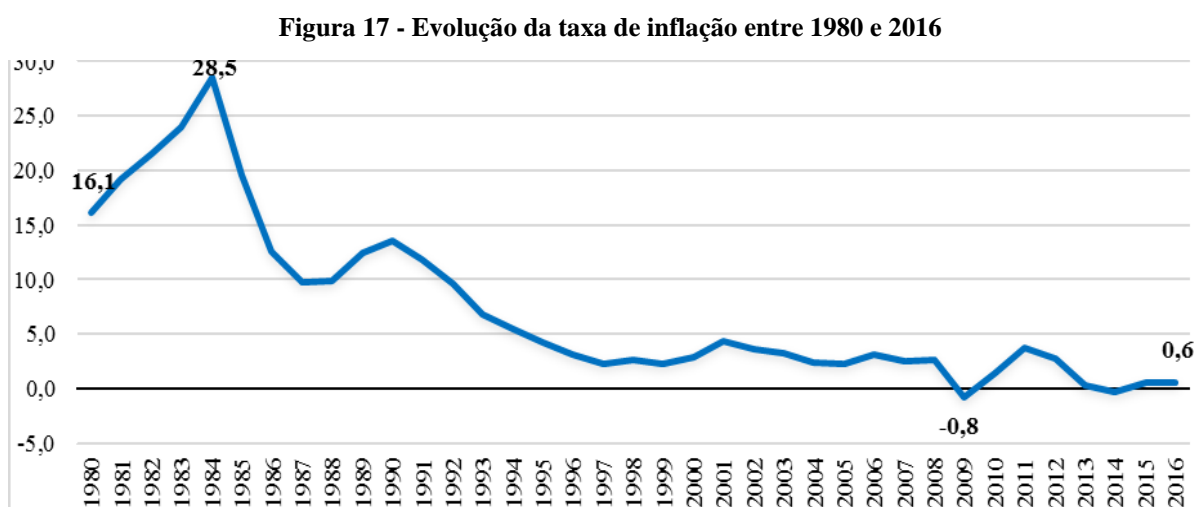
Elaboração pelo autor - Fonte: PORDATA (2017f)

A partir da observação do quadro anterior é possível constatar que os bens que registaram um maior crescimento no orçamento das famílias, foram as despesas com a habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis (203,6%), a educação (138,2%), a saúde (118,6%), mas também as despesas em hotéis e restaurantes (117,3%). Os bens e serviços que registaram menor aumento foram o lazer; recreação e cultura (51,2%); Mobiliário, artigos de decoração, equipamento doméstico e manutenção corrente da habitação (58%); os transportes e comunicações (73,1%) e o vestuário e calçado (79,9%).

4.1.3.6. Taxa de Inflação

Numa economia de mercado os preços estão em constante mutação podendo a sua variação ser positiva ou negativa. A inflação designa a variação do nível médio dos preços correspondendo, por norma, ao aumento geral de preços de bens e serviço (Burda & Wyplosz, 2012).

A existência de inflação na economia presume uma diminuição do valor do dinheiro visto que uma determinada quantia num determinado ano compra menos produtos que no ano anterior. Ou seja, em termos genéricos, uma unidade monetária vale menos que no ano anterior (Tucker, 2010). A taxa de inflação média traduz a variação percentual do índice de preços, num determinado período, relativamente ao registado num período anterior (por norma corresponde a um ano) (SEC, 2010). O comportamento da taxa de inflação, registada em Portugal entre os anos 1980 e 2016, é apresentado na figura seguinte.



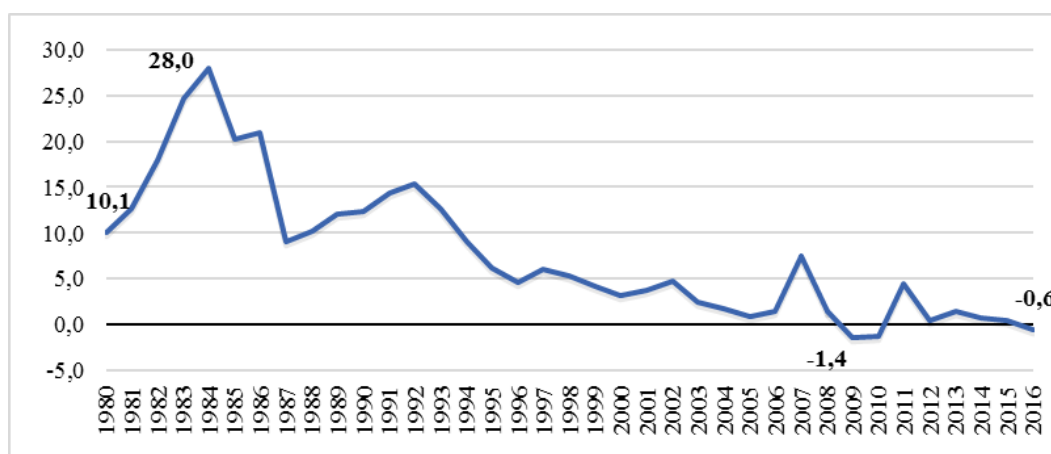
Fonte: PRODATA (2017x)

A taxa de inflação registada em Portugal, entre os anos 1980 e 2016, apresentou uma redução de 15,5%. A partir de 1980 verificou-se uma subida acentuada desta taxa, atingindo em 1984 o valor máximo registado até hoje, 28,5%, seguido de uma diminuição que se tem mantido até hoje. No ano de 2009 registou um valor -0,8%.

Segundo as projeções do BP, a taxa de inflação passará de 0,6% em 2016 para 1,6 em 2017 e estabiliza em 1,5 por cento no período 2018-19 (Banco de Portugal, 2017).

Na figura 18 é possível analisar como tem variado a taxa de inflação no setor da saúde.

Figura 18 - Evolução da taxa de inflação no setor da saúde entre 1980 e 2016



Fonte: PRODATA (2017x)

4.1.4. Fatores socioculturais

De acordo com a Direção-Geral de saúde no documento "A saúde dos portugueses: perspetiva 2015" os "determinantes sociais constituem a principal abordagem de análise de saúde das populações (DGS, 2015:19)". Os indicadores sociais podem ser definidos como termos estatísticos de interesse normativo que facilitam a obtenção de uma visão mais concisa, abrangente e equilibrada sobre as condições e outros aspetos importantes de uma sociedade (Jannuzzi, 2004). Este tipo de indicadores reflete a situação social em que o país se encontra, funcionando como uma medida direta do bem-estar já que, o fato de estes melhorarem dão a garantia de que as pessoas estão a viver em melhores condições (Jannuzzi, 2004).

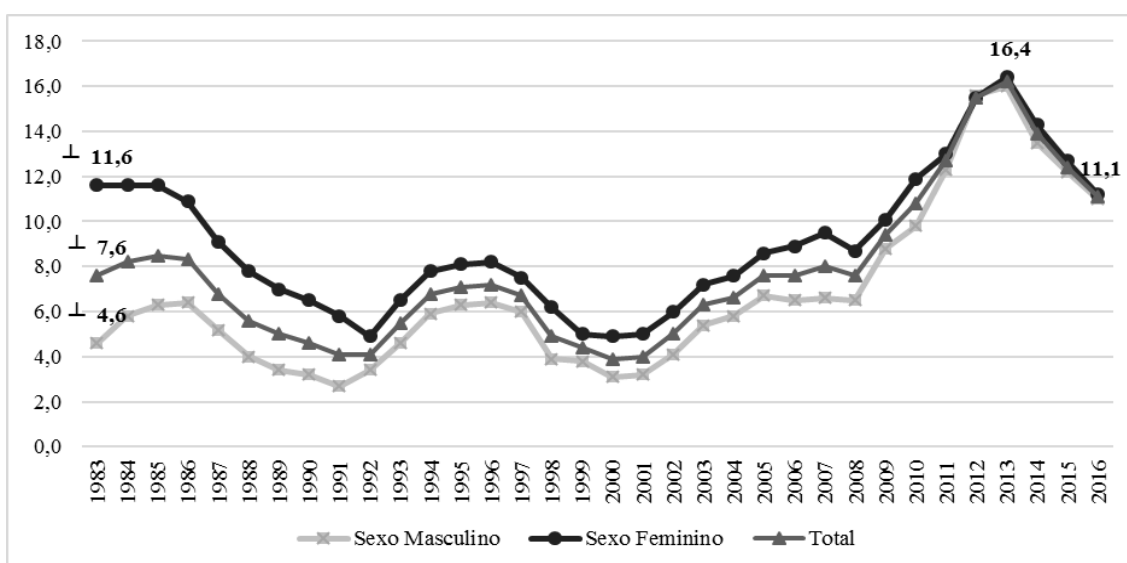
Nos pontos seguintes irão caracterizar-se a evolução de indicadores sociais centrais no desenvolvimento do sistema de saúde: Taxa de desemprego, Remuneração média, Taxa de risco de pobreza e Índice de escolaridade da população.

4.1.4.1. Taxa de desemprego

Em qualquer país, a taxa de desemprego representa um importante fator social que para além de restringir a capacidade de compra dos cidadãos afetados reduz a sua qualidade de vida (Dolenc e Uchitelle-Pierce, 2014). Silva (2011) acrescenta ainda que "uma pessoa desempregada tem menor poder de compra, menor amor-próprio e, tende em geral, a perder qualificações" (p.55).

A situação financeira que Portugal tem atravessado, tem acarretado fortes impactos socioculturais. O aumento significativo da taxa de desemprego, principalmente nas camadas mais jovens, foi uma das grandes consequências. Assistiu-se também nos últimos anos ao encerramento de múltiplas empresas, fazendo disparar o número de desempregados do país. Atualmente, Portugal encontra-se num período de recuperação, tendo esta taxa diminuído consideravelmente.

Figura 19 - Evolução da taxa de desemprego em Portugal, entre 1983 e 2016 (em percentagem)



Fonte: PRODATA (2017h)

Como é possível observar na figura 19, no período analisado a taxa de desemprego total entre 1983 a 1992 apresentou uma redução significativa (-2,1%) seguindo-se um curto período de crescimento até 1996 (+3,1%), voltando a diminuir até ao ano de 2000 (-3,3%). A taxa de desemprego no início do milénio iniciou-se com um crescimento que, apesar de uma ligeira quebra em 2008, cresceu de forma significativa até 2013 (+12,3%). Entre 2013 e 2016 verificou-se um decréscimo acentuado deste indicador, que segundo a Comissão Europeia se deveu em grande parte ao setor turístico, que apoiou bastante o mercado de trabalho, bem como a melhoria dos salários (European Commission, 2017) A comissão europeia prevê que o desemprego caia em torno de 10% em 2017 e 9,4% em 2018 (European Commission, 2017). Quanto ao desemprego diferenciado, por sexos, a taxa é superior no sexo feminino em quase todo o período em análise, porém a partir de 2012 a taxa de desemprego em ambos os sexos é aproximadamente igual.

Segundo os dados dos Censos, no município do projeto em causa, a taxa de desemprego em 2001 era de 4,9%, sendo que 2,7% eram homens e 8,3% eram mulheres, e passados 10 anos, em 2011 este indicador era de 7,9%, dois quais 6,8% eram indivíduos do sexo masculino e 9,3% do sexo feminino. Estes foram os últimos valores registados pelo INE até à data presente. A tabela 4 apresenta os valores registados pelos Censos.

Tabela 4 - Taxa de desemprego no município de Ferreira do Zêzere, em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem)

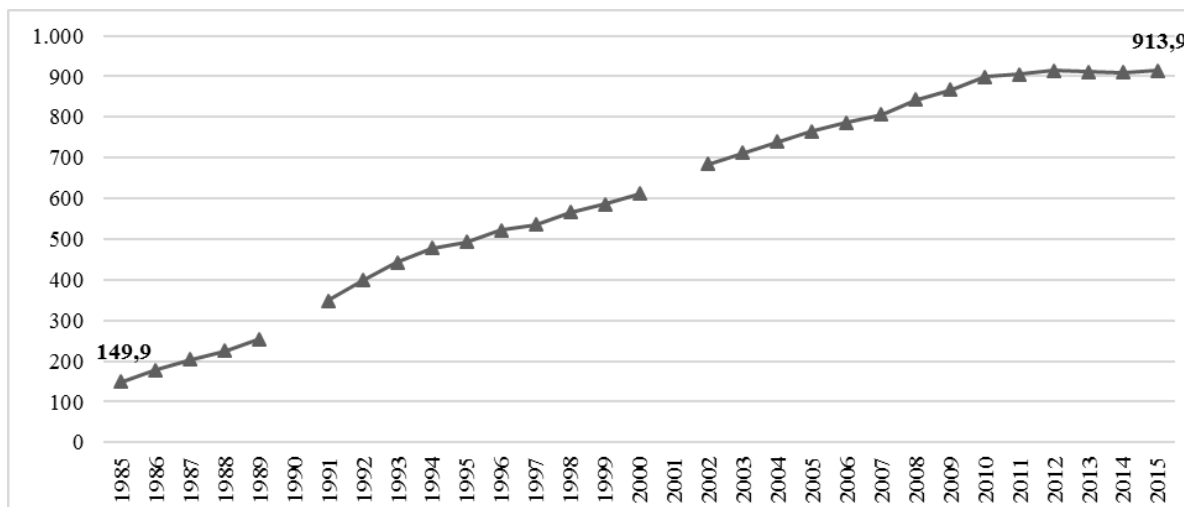
Anos	Sexo								
	Total			Masculino			Feminino		
Taxa de desemprego	1981	2001	2011	1981	2001	2011	1981	2001	2011
	4,0	4,9	7,9	2,2	2,7	6,8	7,8	8,3	9,3

Fonte: PRODATA (2015c)

1.1.1.1. Remuneração média

A remuneração média, de base mensal, é o montante ilíquido pago em dinheiro ou em géneros que o trabalhador aufer mensalmente pelo horário normal de trabalho (SEC, 2010). O nível de remuneração média de um país traduz, em parte, a capacidade e o poder de compra dos seus cidadãos. A figura 20 apresenta a evolução deste indicador entre os anos de 1985 e 2016.

Figura 20 - Evolução da remuneração média mensal em Portugal por conta de outrem, entre 1985 e 2016



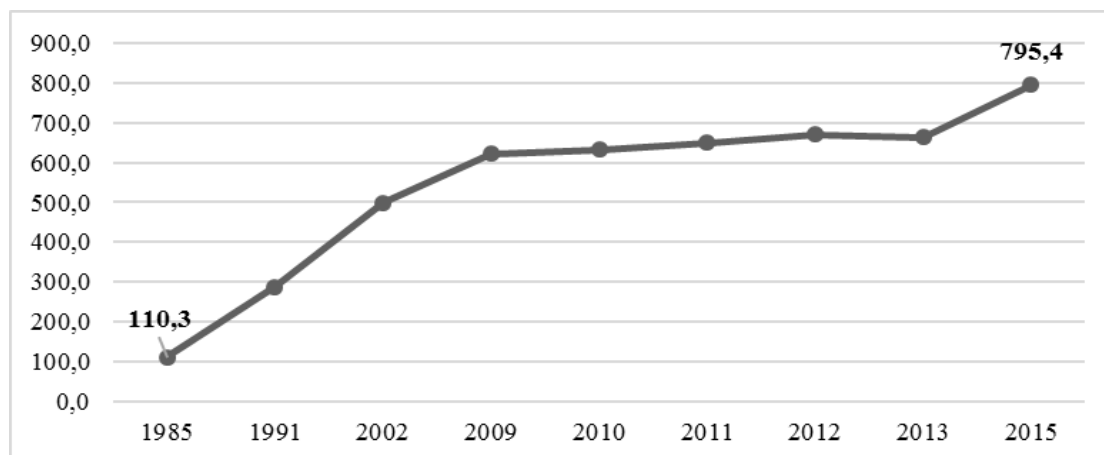
Fonte: PRODATA (2017q)

A remuneração média em Portugal, entre 1985 e 2016, apresentou um crescimento significativo de cerca de 764€ embora se tenha verificado uma clara retração a partir do ano de 2011. Contudo, este indicador deverá ser analisado com reserva na medida em que existem outros fatores que devem ser tidos em conta, de modo a apurar a efetiva relação com a variação média anual da remuneração dos portugueses.

A remuneração média em Portugal situa-se 50,6% abaixo da média da União Europeia (Human Resources, 2016). Todos os países com salário médio inferior ao de Portugal encontram-se na Europa de Leste (Hungria, Roménia, Lituânia, Croácia, entre outros) (Human Resources, 2016).

A figura seguinte apresenta da remuneração base média mensal do Ferreirenses.

Figura 21 – Evolução da remuneração base média mensal em Ferreira do Zêzere no ano de 1985, 1991, 2002, 2009 a 2013 e 2015.



Fonte: PRODATA (2015b) e INE (2016)

Nesta municipalidade, a remuneração média apresenta um comportamento semelhante ao da população nacional ao longo do tempo. Contudo, comparativamente ao valor nacional, enquanto que em 2013 a média nacional era de 911,5€ a média deste indicador neste concelho era de 663,9€, uma diferença monetária de 247,6€. No entanto verificou-se desde então um aumento de 131,5€ na remuneração média deste concelho, mantendo-se abaixo da média nacional.

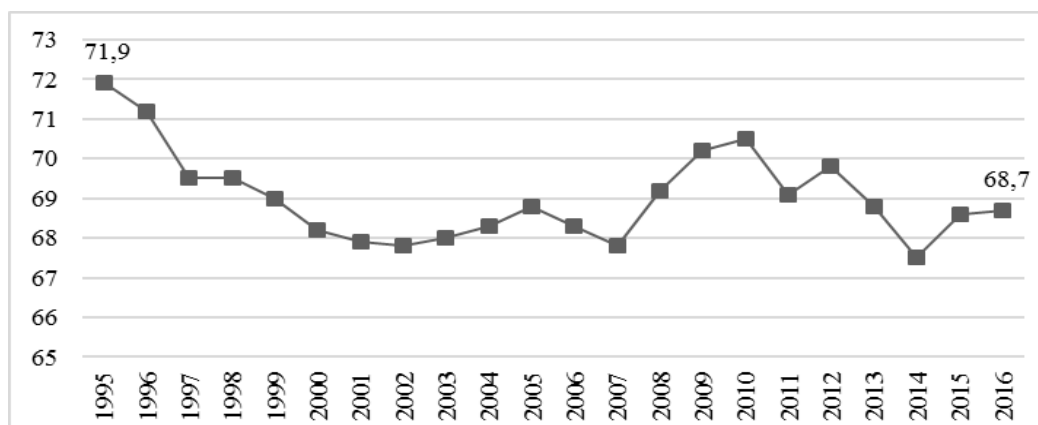
Segundo o Anuário Estatístico da Região Centro, o salário médio mensal em 2015 neste município foi de 795,37€, que apesar de se manter abaixo do valor registado a nível nacional, que comparativamente a anos anteriores, a diferença registada é menor, sendo esta cerca de 118€ (INE, 2016). Nos concelhos vizinhos, apenas na Sertã e em Vila de Rei o salário médio mensal apresenta valores inferior aos da população de Ferreira do Zêzere, 783,81€ e 709,45€, respetivamente (INE, 2016). Noutros municípios mais próximos, como é possível verificar pelos dados disponíveis pelo INE, a população de Alvaiázere apresenta uma remuneração média mensal de 801,20€, Figueiró dos Vinhos 802,47€, Ourém 891,07€ e em Tomar 924,25€ (INE, 2016).

4.1.4.2. Rendimento disponível das famílias em percentagem do PIB

O rendimento disponível das famílias em percentagem PIB é o dinheiro que elas têm à disposição para gastar ou poupar. O rendimento disponível aumenta com o recebimento de

rendimentos, tais como salários, juros ou pensões, e diminui com o pagamento de impostos, de contribuições sociais e de outros encargos que diminuem o orçamento familiar (PRODATA, 2017t). A figura 22 apresenta o comportamento observado no rendimento disponível das famílias entre 1995 e 2016, em percentagem do PIB.

Figura 22 - Evolução do rendimento médio disponível pelas famílias em Portugal, entre 1995 e 2016 (em percentagem do PIB)



Fonte: PRODATA (2017t)

O rendimento disponível das famílias, no período de tempo considerado, apresentou uma redução significativa. Em 1995, o rendimento médio disponível pelas famílias portuguesas era cerca de 71,9% do orçamento familiar, atualmente é cerca de 68,7%.

4.1.4.3. Taxa de risco de pobreza

A taxa de risco de pobreza representa a percentagem de pessoas que tem rendimentos considerados baixos face à restante população, ou seja, que ficam abaixo do valor fixado para o limiar de risco de pobreza, o qual corresponde a 60 % do rendimento nacional mediano por adulto equivalente (PRODATA, 2017z).

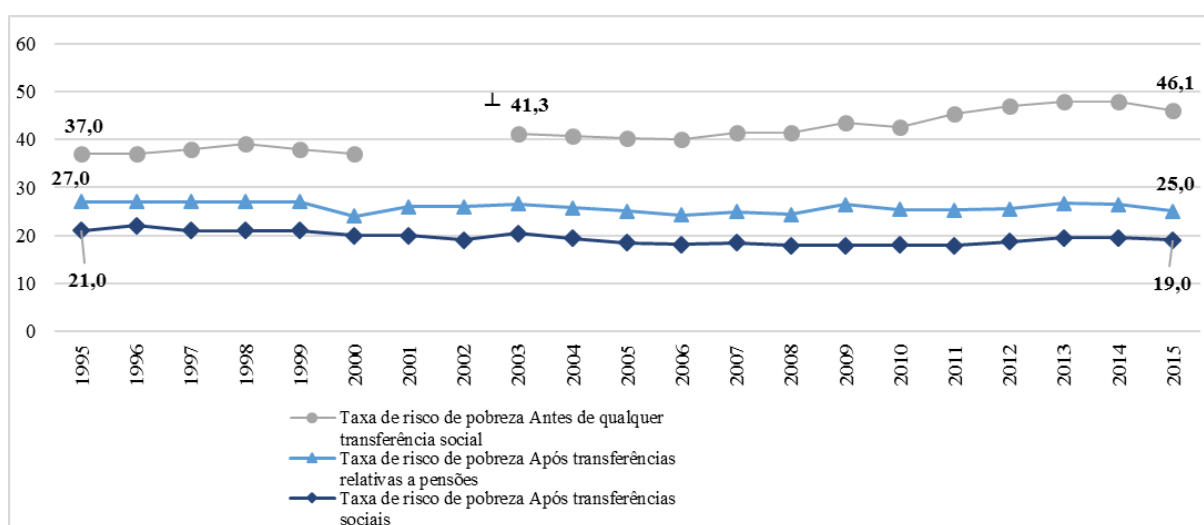
Para o cálculo desta taxa pode ser considerado o rendimento em três óticas:

1. Antes de qualquer transferência social (engloba os rendimentos do trabalho e outros rendimentos privados, excluindo as pensões de sobrevivência e de velhice);
2. Após transferências relativas a pensões (engloba os rendimentos do trabalho e outros rendimentos privados, pensões de velhice e sobrevivência);

3. Após transferências sociais (inclui rendimentos do trabalho e outros rendimentos privados, pensões de velhice e sobrevivência e outras transferências sociais (apoios à família, educação, habitação, doença ou invalidez, desemprego, combate à exclusão social) (PRODATA, 2017z)

A figura 23 apresenta a evolução da taxa de risco de pobreza em Portugal e respetiva variação para as três óticas de rendimento.

Figura 23 - Evolução da taxa de risco de pobreza registada em Portugal (por ótica de rendimento), entre 1994 e 2015 (taxa em percentagem)



Fonte: PRODATA (2017z)

Segundo os dados disponíveis pelo INE, durante o período apresentado na figura acima, é possível observar que ocorreu um agravamento global do risco de pobreza antes de qualquer apoio social, crescendo 10,8%, apesar do aumento global o risco de pobreza ter caído após transferências em 0,6% no caso das pensões e em 3,5% para as transferências sociais.

4.1.4.4. Índice de Escolaridade da População

Na análise deste indicador analisou-se o nível de escolaridade da população, ou seja, nível de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu ou para o qual obteve equivalência, e em relação ao qual tem direito ao respetivo certificado ou diploma (INE, 2003). A tabela seguinte apresenta a distribuição da população por grau de escolaridade, em Portugal, de acordo com os censos para os anos 1981, 2001 e 2011, mas também os valores registados em 2016.

Tabela 5 - Nível de escolaridade completo da população portuguesa com 15 ou mais anos em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem)

	<i>Sem escolaridade</i>	<i>Básico 1º Ciclo</i>	<i>Básico 2º Ciclo</i>	<i>Básico 3º Ciclo</i>	<i>Secundário</i>	<i>Superior</i>
1981	36,9	38,8	10,5	7	3,1	2,1
2001	18	30,2	13,8	16,3	13,3	7,6
2011	10,4	27,2	12,8	19,1	15,7	13,8
2016	7,9	22,8	10,7	20,4	20,4	17,8

Fonte: PORDATA (2017s)

Quanto a Ferreira do Zêzere, o nível de escolaridade apresenta-se da seguinte forma:

Tabela 6 - Nível de escolaridade completo da população residente em Ferreira do Zêzere, com 15 ou mais anos em 1981, 2001 e 2011 (em percentagem)

	<i>Sem escolaridade</i>	<i>Básico 1º Ciclo</i>	<i>Básico 2º Ciclo</i>	<i>Básico 3º Ciclo</i>	<i>Secundário</i>	<i>Médio</i>	<i>Superior</i>
1981	59,1	31,4	5,9	2,3	3,1	0,3	0,3
2001	32,6	35,7	12,8	10,3	6,6	0,3	1,7
2011	19,3	35	11,6	16,3	11,9	0,8	5,1

Fonte: PORDATA (2015a)

Através os registos representados na tabela 6, é possível observar que em 1981 a percentagem de indivíduos sem escolaridade era de aproximadamente 59%, valor muito acima do valor da população portuguesa naquele período. Até 2011 houve uma diminuição acentuada de indivíduos sem qualquer tipo de escolaridade, cerca de 39,8%, a percentagem de indivíduos com 1ºciclo mantém aproximadamente igual desde 2001, verificando-se um aumento mais significativo nos indivíduos com habilitações de 3ºciclo, secundário e escolaridade superior.

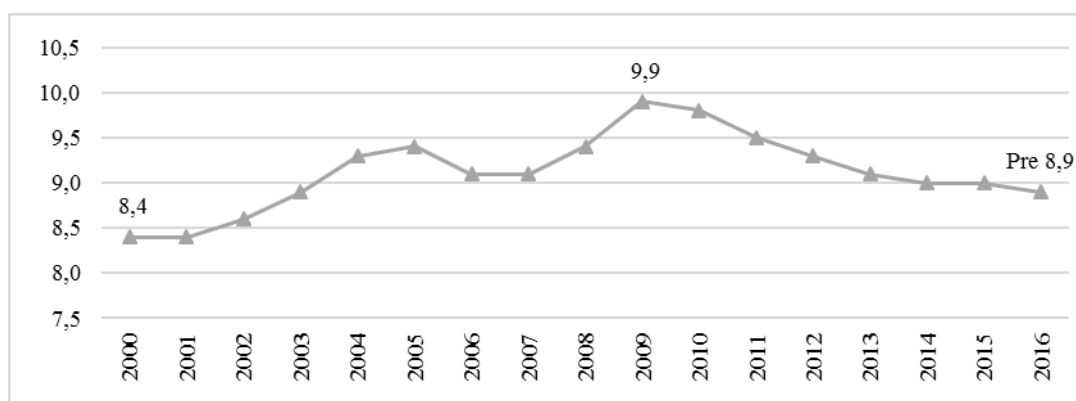
4.1.5. Indicadores financeiros do setor da Saúde

Neste ponto pretende-se analisar alguns dos indicadores financeiros que caracterizam o setor da saúde.

4.1.5.1. Despesa total corrente em saúde

A despesa total corrente com a saúde corresponde aos esforços financeiros, públicos e privados para financiar um sistema de saúde (Cleverly, Song, & Cleverly, 2011). Na Figura 24 estão representados os dados relativos à despesa total corrente em saúde portuguesa, em milhões de euros.

Figura 24 - Despesa total corrente em saúde em Portugal, entre 2000 e 2016 (em percentagem do PIB)



Fonte: PRODATA (2017e)

A despesa total corrente em saúde, em 2000, era de 10,7 milhões de euros representando cerca de 8,4% do PIB tendo no ano 2009 ascendido a cerca de 6,6 milhões de euros, aproximadamente 9,9% do PIB. Neste período de 16 anos, a despesa corrente em saúde cresceu aproximadamente 6%, de forma oscilante alternando períodos de crescimento com outros períodos de retração, sendo o valor preliminar de despesa em saúde em 2016 cerca de 16,5 milhões de euros.

4.1.5.2. Financiamento Público e Privado na despesa corrente em saúde

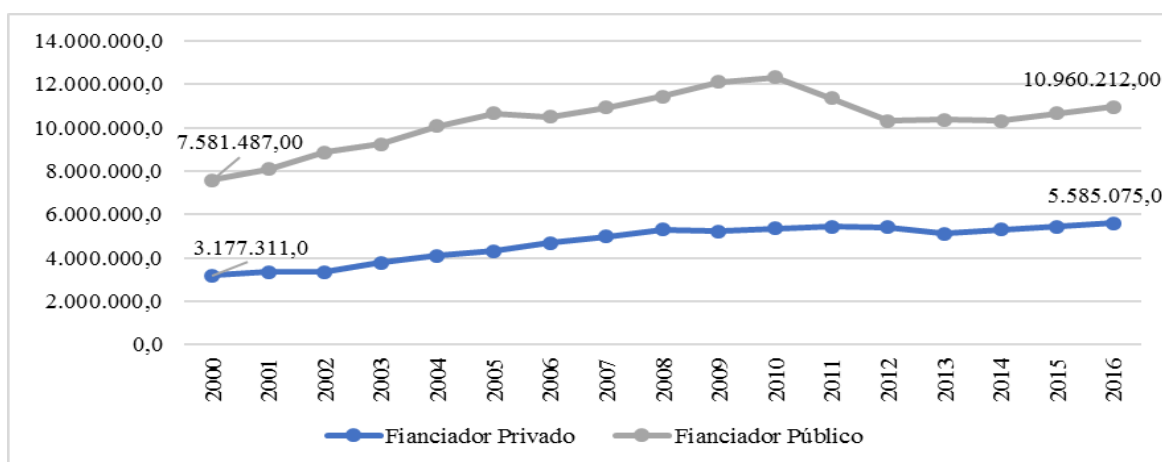
A maioria dos países da OCDE apresenta uma grande dependência do financiamento público na saúde. Tendo em conta que grande parte destes países, como é o caso de Portugal, apresenta um défice orçamental, as pressões para reduzir os custos públicos com a saúde e promover a participação privada são cada vez mais (Barros, 2013).

O financiamento privado em saúde aumentou nos últimos anos quer através da participação cada vez mais significativa de entidades financiadoras privadas (subsistemas de saúde,

seguros de voluntários de saúde entre outros), quer diretamente dos cidadãos. A despesa corrente privada em saúde é um importante indicador da atividade do setor privado enquanto financiador dos cuidados de saúde.

O gráfico que se segue apresenta as oscilações de financiamento (público e privado) da despesa corrente em saúde ao longo dos últimos 16 anos. Como é possível observar ambos aumentaram desde o ano 2000.

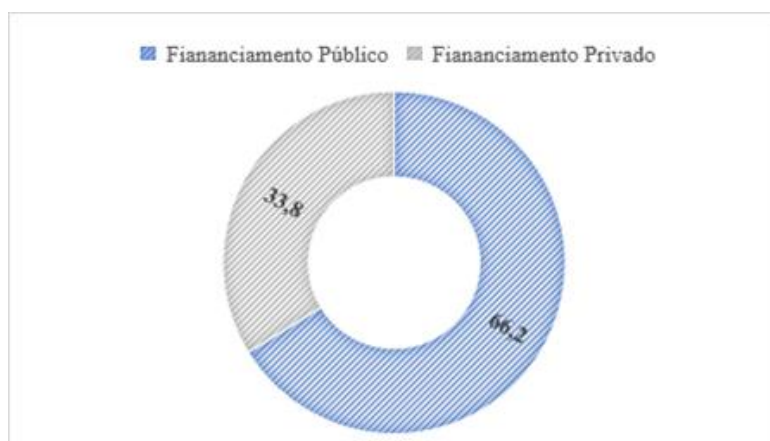
Figura 25- Despesa corrente em cuidados de saúde por tipo de agente financiador (em milhões de euros)



Fonte: PRODATA (2017e)

A próxima figura representa de forma figurativa o peso de cada tipo de agente financiador na despesa corrente em saúde em 2016.

Figura 26 – Agente Financiador público vs privado em 2016 (em percentagem)



Elaboração do autor com Fonte: PRODATA (2017e)

4.1.6. Indicadores de acesso a cuidados de saúde

Neste ponto pretende-se fazer uma breve análise do acesso que a população Ferreirense aos cuidados de saúde disponíveis no concelho. As especialidades médicas disponíveis na USF do município em causa são: medicina geral e familiar; planeamento familiar; pediatria; e saúde materna. Como é possível observar na figura 27, desde de 2001 que se tem verificado um decréscimo do número de consultas realizadas nesta unidade de saúde, sendo que no espaço de 3 anos foram realizadas menos 15.352 consultas.

Figura 27 – Consultas de especialidades médicas na USF de Ferreira do Zêzere.

	<i>Consultas de especialidade médica na USF de Ferreira do Zêzere</i>					
	1999	2001	2009	2010	2011	2012
Medicina geral e familiar	28.721	38.552	35.527	26.217	26.108	22.595
Planeamento familiar	560	820	517	576	485	544
Pediatria	2.525	2.442	4.254	2.213	2.270	1.885
Saúde materna	425	472	432	382	376	354
TOTAL	32.231	42.286	40.730	29.388	29.239	25.378

Fonte: PRODATA, 2017b

Quanto às extensões de saúde, que são unidades periféricas dos Centros de Saúde, situados em local da sua área de influência, tendo em vista proporcionar uma maior proximidade e acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde (PRODATA, 2017b) depois de 2001 das 6 extensões de saúde, três foram encerradas, havendo apenas três em funcionamento atualmente.

4.1.7. Fatores político-legais

O governo, em 2009, publicou uma nova disposição legal com vista ao estabelecimento do regime jurídico para a abertura, o funcionamento e a modificação das unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, qualquer que fosse a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração ((Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro) tendo este diploma revogado o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro).

Com o objetivo de promover maior qualidade das instalações e meios, em 2014, foi publicada uma nova redação legal (Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto) que estendia a

“verificação de requisitos mínimos de abertura e funcionamento a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou entidade titular de exploração” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto).

O governo constitucional (2005-2009) introduziu alterações substantivas no funcionamento da ERS através do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio. Este documento "prevê a inscrição obrigatória no registo dos estabelecimentos sujeitos à sua jurisdição e eventuais atualizações, bem como a cobrança de taxas devidas por aqueles serviços" (preâmbulo). Em 2011, a Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro, estabeleceu as regras para o cumprimento deste registo obrigatório na ERS das unidades prestadoras de cuidados de saúde (hospitais, clínicas, centros de saúde, laboratórios de análises clínicas, termas e consultórios) e também os critérios de fixação das respetivas taxas.

O modelo único a aplicar a todas as unidades privadas ou sociais já havia sido definido em 2002 no Despacho n.º 21866/2002, de 10 de outubro.

Com a nova portaria n.º 167-A/2014 os requisitos mínimos necessários na organização, funcionamento e instalações técnicas para o exercício da atividade das clínicas ou consultórios médicos sofreram alterações legais.

O processo de licenciamento para as várias tipologias inclui:

- O registo na ERS.
- Licença de Funcionamento da ERS.
- Licença emitida pela ANPC (Autoridade Nacional da Proteção Civil)
- Licença de funcionamento da segurança radiológica
- A adequação das instalações.
- As afixações obrigatórias.
- Preparação e fornecimento dos documentos em arquivo obrigatórios por lei.
- Adequar o espaço com a sinalética e outros requisitos legais necessários.
- Plano de Acessibilidades - utentes de mobilidade condicionada.

Tabela 7 - Diplomas legais que regulam a atividade de prestação em unidades privadas

<i>Tipo de Atividade</i>	<i>Diploma</i>	<i>Especificação</i>
CLINICAS OU CONSULTÓRIOS DENTÁRIOS	Portaria n.º 268/2010 de 12 de maio	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das clínicas ou consultórios dentários.
	Portaria n.º 167-A/2014 de 21 de agosto	Primeira alteração à Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio. Procede à prorrogação do prazo para as unidades abrangidas e em funcionamento se adaptarem aos requisitos técnicos exigidos.
CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS MÉDICOS	Portaria n.º 287/2012 de 20 de setembro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das clínicas e dos consultórios médicos
	Portaria n.º 136-B/2014 de 3 de julho	Alteração ao Decreto-Lei n.º 287/2012 de 20 de setembro.
GABINETES DE ENFERMAGEM	Portaria n.º 801/2010 de 23 de agosto	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades privadas de serviços de saúde onde se exerça a prática de enfermagem.
	Portaria n.º 1056-A/2010 de 14 de outubro	Alteração à Portaria n.º 801/2010 de 23 de agosto.
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO	Portaria n.º 1212/2010 de 30 de novembro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de medicina física e de reabilitação que prossigam atividades de diagnóstico, terapêutica e de reinserção familiar e sócio - profissional.
RADIOLOGIA	Portaria n.º 35/2014 de 12 de fevereiro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades de saúde de radiologia.
LABORATÓRIOS PATOLOGIA CLÍNICA / ANÁLISES CLÍNICAS	Portaria n.º 166/2014 de 21 de agosto	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas dos laboratórios de patologia clínica/análises clínicas e, bem assim dos respetivos postos de colheitas.
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	Portaria n.º 291/2012 de 24 de setembro	Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para as unidades privadas que prossigam atividades no âmbito da cirurgia de ambulatório.
	Portaria n.º 111/2014 de 23 de maio	Alteração à Portaria n.º 291/2012 de 24 de setembro.

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos legais citados

4.1.8. Fatores Tecnológicos

As novas tecnologias são um campo acelerado em desenvolvimento e têm gerado novas técnicas e novos produtos que visam melhorar a qualidade de vida do ser humano. A área da saúde pode ser um dos fatores mais significativos da melhoria da qualidade de vida. São estudados diariamente processos que cada vez menos invasivos, como é o caso da cirurgia por via laparoscópica. Este tipo de cirurgia pode ser substituto da cirurgia aberta, e tem por definição ser menos agressiva, condicionar menos dor, permitir recuperação pós-operatória mais rápida, implicar internamento mais curto e, assim o cliente estar apto para as atividades pessoais, familiares, sociais e profissionais mais precocemente (Cuf infanto santo). Porém a envolve custos superiores comparativamente à cirurgia via aberta (MedicalPort, 2016). O fato de estas novas técnicas e equipamentos serem mais dispendiosos e requererem novas formações por parte dos profissionais de saúde, fazem aumentar o valor do custo de cada ato médico prestado aumentando por consequente o valor que o consumidor final irá pagar.

Outros avanços foram por exemplo os exames complementares de diagnóstico, que começam a ser em muitas unidades de saúde (principalmente nas grandes unidades de saúde) em formato digital (gravados em CD); as receitas eletrónicas, que deixaram de ser feitas manualmente e passou a haver programas próprios onde os médicos prescrevem os medicamentos. No presente ano, 2017, o governo implementou as receitas não materializadas, ou seja, através do cartão de cidadão ou do cartão da ordem os médicos, os médicos possuem um código, que permite que as receitas não sejam impressas, indo apenas uma mensagem para o telemóvel do utente com o código da receita, e quando o utente chega à farmácia é só mostrar esse código.

Num futuro próximo, apostando fortemente na sustentabilidade, é expectável que a médio-longo prazo se possa reduzir custos através dos materiais consumíveis recicláveis e com a energia.

4.2. Análise das 5 Forças Competitivas de Porter

4.2.1. Rivalidade entre concorrentes

Dado que a clínica CRD oferece diversos serviços (consultas de diversas especialidades e exames complementares de diagnóstico (raio-x, ecografias, eletrocardiogramas, entre outros), iremos proceder à análise da concorrência em ambas as vertentes.

Atualmente, no concelho de **Ferreira do Zêzere**, existem apenas duas clínicas dentárias (DentalRei e Barnum) e **apenas** uma policlínica, o **CRD**. Porém, nas localidades limítrofes existem mais centros clínicos e pequenos consultórios. No concelho de **Tomar** e **Ourém** estão sediados os **centros médicos privados que apresentam maior concorrência ao CRD**, bem como o hospital mais próximo de Ferreira do Zêzere, o **Centro Hospitalar de Tomar**. No entanto, também existem outras clínicas nas localidades limítrofes do concelho.

Tabela 8 - Distância entre Ferreira do Zêzere e localidades limítrofes

	Distância	Tempo médio de deslocação
Tomar	17 Km	20 minutos
Vila de Rei	18,3 Km	18 minutos
Figueiró dos Vinhos	32,9 Km	36 minutos
Sertã	35,3 Km	45 minutos
Ourém	38 Km	32 minutos
Alvaiázere	20,2 Km	29 minutos

Fonte: Elaborado pelo próprio com dados do *Google Maps*

Passemos então à análise dos concorrentes do CRD:

Começemos pelas localidades que mais se assemelham, a nível populacional, do concelho de Ferreira do Zêzere:

- Em **Vila de Rei** existe apenas uma clínica de medicina dentária, DentalRei e a policlínica Norbel, que não apresenta muita diversidade de serviços);
- Em **Figueiró dos vinhos** existe apenas um espaço médico e com muito pouca oferta de serviços.
- Em **Alvaiázere** o espaço de saúde que existe está direcionado para as medicinas alternativas, mas possui também fisioterapia. Existem ainda duas clinicas de medicina dentária.
- Na **Sertã** existe um conjunto dos vários espaços clínicos, estando bastante completos a nível deste tipo de serviço.

As localidades acima referidas não apresentam ameaça concorrencial, até pelo contrário. Como atualmente já acontece, o CRD tem diversos clientes destes municípios, principalmente de Alvaiázere e Vila de Rei, pois a oferta local não satisfaz as suas necessidades, podendo ser uma oportunidade de captar novos clientes destas zonas.

As duas grandes cidades mais próximas de Ferreira do Zêzere são **Tomar** e **Ourém**, e apresentam uma população de 38.183 e 45.037 habitantes, respetivamente. Possuem oferta de mais clínicas privadas e de maiores dimensões, e naturalmente com uma oferta de serviços de saúde muito diversificada, com acordos com seguradoras privadas e subsistemas de saúde.

Na cidade de **Tomar**, como concorrência direta temos:

- O Centro de Diagnóstico e Tratamento de Tomar (**CDT**) – Realiza consultas de diversas especialidades médicas e medicina dentária;
- A **Affidea Tomar** (o core é a realização de exames complementares de diagnóstico (Ressonância magnética, Tomografia Computorizada, ecografias, radiografias, etc). Para além da diversidade de exames que realizam, têm acordo com SNS;
- O consultório do médico cardiologista Duques das Neves, que apesar de ter apenas a especialidade de cardiologia, tem acordo com SNS para a realização de exames;

- Existem ainda outros consultórios médicos nesta cidade, mas de menor dimensão, e que para além de não apresentarem tanta diversidade de serviços, não possuem acordo com o SNS.
- O Centro Hospitalar de Tomar.

O município de **Ourém**, apesar das diversas clínicas que apresenta, a que apresenta maior rivalidade é a **Medicourém** (situada na cidade de Ourém). Apesar de nesta clinica também se realizarem consultas de diversas especialidades, o seu core, tal como a **Affidea Tomar**, é a realização de exames complementares de diagnóstico. Também esta unidade de saúde privada tem acordo com o SNS.

O CRD possui grande parte dos mesmos acordos com as seguradoras privadas que as outras clínicas, porém, encontra-se em grande desvantagem por não ter acordo com o SNS. Este acordo torna-se benéfico para uma entidade privada, uma vez que, nesta região, os hospitais e centros de saúde têm dificuldade em dar resposta à realização dos exames complementares de diagnóstico, sendo necessário que estes sejam realizados noutros locais. As clínicas que tenham parceria com o SNS, acabam por ter maior procura para estes serviços.

Mas, se por um lado os acordos com os seguros de saúde privados e com os subsistemas de saúde (ADSE; SNS) geram maior procura, por outro lado, o valor total que é pago pelos serviços, principalmente os subsistemas ADSE e SNS, é bastante inferior ao pago em 100% privado (na análise interna será possível fazer uma comparação de preços praticados). Para além disso, nem todos os médicos querem ter acordos com as seguradoras e subsistemas de saúde devido aos baixos preços que por estas são praticadas.

Também a diminuição do poder de compra das famílias portuguesas provocada pela situação económica que se tem vivido nos últimos anos se tem vindo a traduzir numa diminuição da procura dos cuidados de saúde privados, procurando-os apenas em última instância. Embora atualmente o sistema de saúde público não consiga dar resposta rápida e atempada a todas as necessidades dos utentes, o que faz aumentar a procura privada, caso sejam aplicadas novas medidas, como por exemplo o alargamento da realização de exames complementares e diagnóstico e a contratação de novos recursos humanos nas unidades de saúde públicas, estas poderão tornar-se uma grande ameaça à procura de serviços privados de saúde.

No concelho de Ferreira do Zêzere existe apenas uma **Unidade de Saúde Familiar (USF)**, uma extensão de saúde, pertencente ao centro de saúde de Tomar, onde atualmente são realizados alguns cuidados de enfermagem e consultas de medicina geral e familiar, saúde materna, pediatria e planeamento familiar. Esta instituição não realiza qualquer exame complementar de diagnóstico. Caso os habitantes deste concelho queiram realizar exames, têm o CRD como unidade de saúde privada mais próxima, caso queiram que seja através do SNS, têm de se dirigir ao hospital ou às clínicas com acordo com o SNS mais próximas (Tomar ou Ourém). Atualmente, na perspetiva da realização de exames complementares de diagnóstico, a USF de Ferreira do Zêzere não apresenta grande ameaça.

Quanto às consultas de especialidade, teria de haver uma enorme contratação de especialistas (ou aumento dos serviços) para que o hospital mais próximo (Tomar) pudesse dar resposta às necessidades da população da região em estudo. Além disso, o hospital em causa não possui todas as valências, obrigando as pessoas a se deslocarem para hospitais ainda mais longínquos (Centro Hospitalar de Abrantes, Torres Novas ou Santarém).

Apesar de existirem algumas clínicas e consultórios médicos nesta área, não existe grande rivalidade da concorrência. Cada um faz o negócio por si, pois já criaram a sua carteira de clientes, e na saúde, quando um indivíduo gosta de um profissional é lhe fiel e quer continuar a ser assistido medicamente pelo mesmo. Neste sentido, o cliente procura outra clínica caso não esteja satisfeito ou caso o CRD não disponha ou não tenha possibilidade imediata de ir de encontro à sua necessidade. São estes os pontos em que o CRD precisa de rever, investir e potenciar.

4.2.2. Ameaça à entrada de novos concorrentes

A abertura de uma clínica médica exige um elevado investimento inicial. Desde a sua legalização (que poderá ser demorada, pois é necessário passar por diversas entidades para a sua aprovação, tais como: Centro de Saúde, ERS e Bombeiros Voluntários locais), à infraestrutura (tem de cumprir os requisitos mínimos da ERS, e um conjunto de requisitos legais muito restritos e exigentes, como referidos anteriormente no ponto 4.1.7.), e aos equipamentos necessários para o seu funcionamento. A detenção de conhecimento na área é

fundamental. Há ainda a obrigatoriedade de existir um(a)/ou mais diretor(a) clínico(a). Em contrapartida, não existem políticas de restrição à entrada neste mercado, nem à aquisição de materiais e equipamentos médicos.

Dado o elevado investimento inicial necessário à instalação de uma clínica privada, é necessário um elevado nível de procura aos seus serviços para se conseguir tornar rentável. Ora, dado que a procura a serviços médicos é caracterizada pela procura de profissionais onde existam relações de confiança, pode ser complicado que, na fase inicial, uma clínica nova tenha procura suficiente, pois a população demora a ganhar confiança nos profissionais de saúde.

Que se tenha conhecimento, na região de abrangência da CRD, no momento não está previsto a abertura de nenhuma clínica privada que ofereça os mesmos serviços que o CRD. Deste modo, pode considerar-se que a ameaça à entrada de novos concorrentes não é elevada.

4.2.3. Poder negocial dos clientes

Neste mercado o cliente não tem conhecimento técnico nem científico para poder decidir o que fazer, e por isso confia, em regra geral, no profissional de saúde e segue as suas indicações. Os custos associados aos cuidados de saúde são fixos e não negociáveis, ou seja, o cliente tem de pagar o preço tabelado.

Apesar de o cliente não ser detentor de poder negocial, é preciso ter sempre em conta que o sucesso da empresa depende da satisfação e da fidelização do mesmo. Em caso de insatisfação o cliente pode recorrer a outras clínicas com os mesmos serviços.

4.2.4. Poder negocial dos Fornecedores

Na área da saúde, as expectativas dos clientes aumentam cada vez mais relativamente à qualidade e eficácia que esperam receber dos cuidados que lhes são prestados. Nesta perspetiva os fornecedores assumem um papel muito importante no fornecimento de materiais e dispositivos médicos. As clínicas procuram então, efetuar encomendas com determinadas quantidades de forma a conseguir algum benefício no preço final, obter condições favoráveis no pagamento, tempos de entrega, assistência, etc.

Relativamente aos materiais consumíveis que são utilizados diariamente na prática clínica existe uma certa facilidade de encontrar novos fornecedores, não acarretando qualquer tipo de custo para a clínica a mudança do mesmo (nem no preço, nem na qualidade dos produtos).

Quanto ao fornecimento de dispositivos e equipamentos médicos, o leque de oferta não é tão vasto, embora exista também alguma variedade de escolha. Mas quando nos referimos a equipamentos como ecógrafos e de raio-x, a oferta é mais restrita, até porque estes são de valores bastantes elevados (dado serem um investimento em capital fixo, com uma vida útil de cerca de 10 anos).

A dimensão da empresa é também um fator de elevada relevância a ter em conta quanto ao poder de negociação com os fornecedores. Uma clínica privada tem um poder negocial menor comparativamente a um hospital privado ou um grupo de clínicas privadas, dado adquirir menores quantidades de material. O custo de aquisição dos materiais e equipamentos pode ser, assim, bastante influenciado neste sentido, conseguindo, por isso, as empresas de maiores dimensões melhores preços, bem como melhores prazos de pagamento ao fornecedor.

Para a empresa em estudo, o poder dos fornecedores é médio/alto, não havendo por isso grande margem de manobra de negociação para com estes, nem em termos de preços, quantidades mínimas de encomenda, nem prazos de pagamento.

4.2.5. Ameaça de serviços substitutos

Na saúde os serviços não são substituíveis. Se um indivíduo precisa de uma consulta, ou de uma colheita de sangue, ou de uma cirurgia, ou de um outro cuidado de saúde não tem como substituí-lo. Os clientes podem é escolher o local onde querem ser assistidos medicamente.

5. ANÁLISE INTERNA

5.1. Localização

O edifício da clínica, apesar de estar localizado no centro da vila, situa-se numa travessa fechada ao trânsito, para onde ficam viradas as traseiras dos prédios ali existentes, e onde apenas existe, a nível de atividade laboral, a clínica e um salão de cabeleireiro, estando este no mesmo edifício que a clínica. Para que passa na estrada principal (que se situa perpendicularmente à rua da clinica), não existe visibilidade direta.

Figura 28 - Vista da Estrada principal para a travessa



5.2. Instalações

A clinica edifica-se num prédio, como já referido anteriormente. Das infraestruturas da clínica fazem parte uma cave e mais dois pisos. Existe um elevador interno, que faz a ligação entre estes três pisos, umas escadas internas que fazem apenas a ligação entre o piso 0 e -1, e umas escadas exteriores que fazem parte do prédio e que dão acesso ao piso 1.

Figura 29 - Entrada principal



Figura 30 - Traseiras do edifício



Fiquemos então com uma descrição de cada piso:

Piso 1 - Área total de 121.80 m²

- 2 gabinetes de medicina dentária, devidamente equipados com cadeira e sistema de raio-x intraoral (7,93 m² e 12,68 m²);
- Sala de esterilização (2,5 m²);
- Sala de sujos (3 m²);
- 1 sala de enfermagem (9,33 m²);
- 1 gabinete médico (17,30 m²);
- 1 gabinete administrativo;
- Receção;
- 1 sala de espera.

Figura 31 - Gabinetes dentários



Figura 32 - Gabinete médico



Piso 0 – Área total de 158,45 m²:

- Espaço de fisioterapia Ginásio (20,5 m²) e sala de tratamentos (10,07 m²);
- 2 salas de espera;
- Recepção;
- 1 gabinete médico com 1 secretária, 1 marquesa, 1 pequeno armário, 1 computador, 1 impressora, e equipamento de apoio às consultas de optometria e oftalmologia (autorefractómetro, lâmpada de fendas, frontofocómetro e caixa de lentes com óculos de prova) (15,91 m²);
- 1 gabinete para análises clínicas, equipado com armário e bancada, 1 secretária, 2 cadeiras, 1 cadeirão e 1 computador (9,86 m²);
- Ótica.

Figura 33 - Gabinete médico equipado com equipamento de oftalmologia



Figura 34 - Ginásio de fisioterapia e sala de tratamentos



Piso -1 – Área total de 136,45 m²:

- 1 dispensa para produtos de limpeza;
- 2 dispensas para stock de consumíveis clínicos;
- 1 sala com equipamento de raio-x (19,20 m²);
- 1 sala de apoio à sala de raio-x;
- 1 gabinete médico com casa de banho, equipado com 1 ecógrafo; 1 computador e 1 impressora; 2 marquesas, sendo uma delas de observação obstétrica; 1 secretária e 1 cadeira (17,17 m²);
- 1 gabinete médico, equipado com 1 eletrocardiógrafo de esforço; 1 eletrocardiógrafo; 1 marquesa; 1 secretária; 1 portátil e um lavatório;
- 1 sala de espera.

Figura 36 - Sala de cardiologia



Figura 35 - Sala de radiologia



Figura 37 - Sala de Raio-x



5.3. Estratégia

5.3.1. Visão

Prestação de cuidados de saúde **personalizados** e de **excelência**. Acreditamos que o *know-how* e experiência acumulados nos permitam incrementar a **criação de valor**, quer para os clientes, quer para os colaboradores, quer para os acionistas.

5.3.2. Missão

O Centro de Reabilitação e Diagnóstico, através de uma equipa clínica multidisciplinar com reconhecida experiência, tem como missão prestar cuidados de saúde, que respeitem a vontade e os valores de cada Cliente, e que seja por este, reconhecida a excelência e qualidade do serviço prestado por esta unidade de saúde.

Visando a total satisfação de todos os clientes e restantes *Stakeholders*, pretendemos alcançar um crescimento sustentado e diferenciador da sua atividade, no seio das microempresas do setor privado da saúde, abrangendo o maior espectro de valências médicas e pequenas cirurgias, garantindo sempre os melhores e mais adequados tratamentos ao cliente, baseados no conhecimento e na experiência.

5.3.3. Valores

O CRD rege-se pelos seguintes valores:

- **Confidencialidade, Transparência e Lealdade** com o cliente;
- Ação orientada para o **Respeito** pelos valores da vida humana, bem como pelo exercício da **Ética** e do cumprimento do **Código Deontológico**;
- Orientação para o mercado promovendo a **Satisfação e Fidelização** do cliente;
- **Motivação** dos colaboradores, criando condições para o sucesso da empresa, valorizando as pessoas;
- **Criação de Valor**, melhorando continuamente o desempenho e reconhecendo o mérito na avaliação dos *stakeholders*;
- **Responsabilidade**, respeitando princípios de **Desenvolvimento Económico, Social e Ambiental**.

5.3.4. Posicionamento

O CRD marca o seu posicionamento no mercado, não só pela relação qualidade-preço, mas, principalmente, através da imagem dos profissionais de saúde. O Diretor clínico, Vicente Martins, exerce atividade em Ferreira do Zêzere há mais de 30 anos. Foi um médico que trabalhou no Centro de Saúde até 2015, criando uma grande ligação com toda a população e em quem os Ferreirenses têm plena confiança e carinho. Atualmente, o Dr. Vicente Martins continua a exercer na sua clinica privada, tendo muitos clientes que optaram por continuar a ser seguidos por ele, em vez de recorrerem ao centro de saúde. Toda esta base de confiança criada pelo Dr. Vicente Martins, levou a que os clientes confiem, na generalidade, nos profissionais que trabalham no CRD.

A maioria dos médicos presta serviços na clinica há pelo menos 10 anos, o que nós consideramos ser uma grande vantagem. Os clientes conseguem ter muitas referências quanto ao trabalho dos mesmos, e desta forma também é possível haver um acompanhamento a médio-longo prazo.

Também o fato de os nossos médicos trabalharem em meio hospitalar é uma mais valia, pois quando necessário, os clientes podem ser encaminhados e seguidos pelos mesmos profissionais. Mesmo os especialistas que já se encontram reformados do serviço público, ou

ainda exercem em hospitais privados ou mantêm contacto com colegas no serviço de saúde público.

5.3.5. Objetivos

Os objetivos do CRD atualmente são:

1. Atender às necessidades dos clientes e garantir a sua satisfação;
2. Garantir a excelência dos cuidados de saúde prestados;
3. Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica;
4. Garantir a sua própria sustentabilidade, aumentar o volume de negócios e o capital próprio;
5. Melhoria contínua da qualidade, no âmbito do modelo de governação clínica.

5.4. Política de qualidade, segurança e higiene

Enquanto que segurança no trabalho consiste num conjunto de medidas adequadas à prevenção de acidentes, a higiene no trabalho visa a prevenção de doenças profissionais. Deste modo, a empresa tem como objetivo identificar e controlar os riscos associados ao local de trabalho e controlar os agentes físicos, químicos e biológicos, respetivamente.

A proteção da saúde e o bem-estar dos trabalhadores da saúde e a prevenção dos riscos profissionais são direitos que devem ser salvaguardados pelas entidades patronais. Mas também são requisitos imprescindíveis à qualidade da atividade prestada, e importantes condições para mais ganhos em saúde. A entidade empregadora é responsável pela saúde e segurança de todos os seus trabalhadores devendo assegurar adequadas condições de trabalho e implementar as necessárias medidas de prevenção dos riscos profissionais e de promoção da saúde (Art. 15º da Lei nº102/2009, de 10 de setembro).

O CRD assume a política da qualidade, ambiente e segurança como eixo fundamental do desenvolvimento da sua atividade. Para esta empresa um ambiente de trabalho saudável é fundamental para o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores, uma vez que estes são a

riqueza de uma empresa. Este é um dos pilares para o sucesso. Neste sentido, o CRD rege-se pelos seguintes princípios:

- **Garantia** de um ambiente de trabalho **seguro** e **saudável** a todos os trabalhadores, designadamente pelo cumprimento do quadro legal neste âmbito;
- Disponibilização de **informação** e **formação** necessárias aos ao incremento da cultura de segurança e da promoção da saúde dos trabalhadores;
- **Mobilização** dos trabalhadores e empregadores a investir na **mudança**, identificando quais os líderes chave que os podem influenciar;
- **Promoção** de medidas de controlo da infeção cruzada (lavagem das mãos, utilização de antissépticos, circuitos de esterilização);
- **Seguro** de acidentes de trabalho para todos os funcionários;
- Garantir o **aprovisionamento** e **armazenamento** dos consumíveis clínicos (material cirúrgico, material dentário, etc.);
- Adoção de **políticas de gestão do ambiente** que visam o controlo e eliminação de resíduos hospitalares;
- Adoção de modelos de **assistência técnica** e **manutenção** das instalações e do equipamento;
- Assegurar **melhoria contínua** da gestão da saúde e segurança do trabalho.

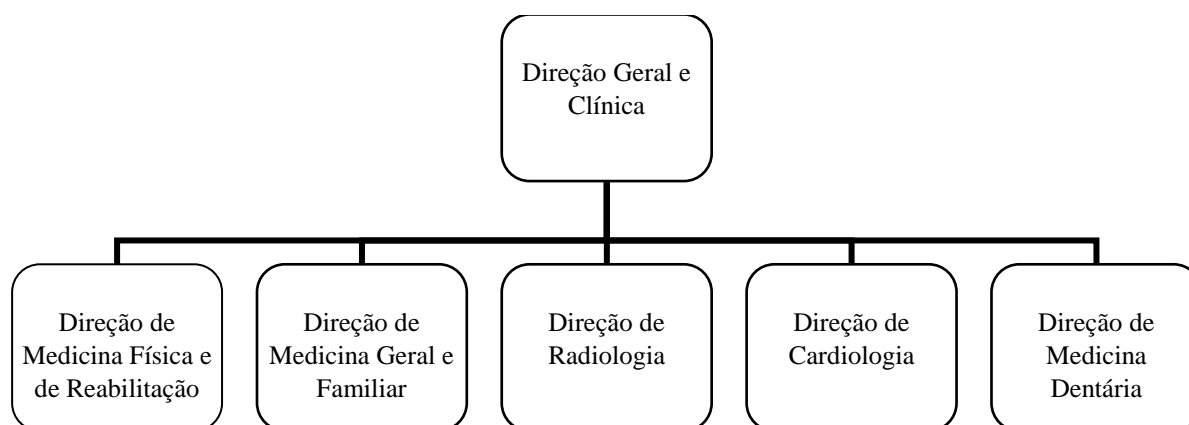
Quanto à garantia da higiene e segurança no trabalho, esta empresa possui os seguintes **contratos**:

- **MediSIGM**: empresa responsável pela medicina no trabalho. Anualmente os trabalhadores são consultados pelos profissionais de saúde desta empresa;
- **CannonHigiene**: responsável pelos resíduos cuja a recolha e eliminação estão sujeitos a requisitos específicos com vista à prevenção de infeção; são também responsáveis pela recolha dos objetos cortantes e perfurantes;
- **MedicalConsult**: empresa responsável pela respetiva leitura trimestral e troca dos dosímetros, de forma a controlar dosimetricamente os profissionais expostos às radiações ionizantes;
- **Medicineto**: empresa responsável pela manutenção do equipamento da fisioterapia;
- **Grupnor**: empresa responsável pela inspeção periódica e manutenção do elevador;
- **Inovacentro**: empresa responsável pela inspeção e manutenção de extintores.

5.5. Estrutura orgânica

O organograma do CRD encontra-se ilustrado na Figura 19. Na Direção Geral e Clínica fazem parte o Dr. Vicente Martins, sendo também o Diretor Clínico da Direção de Medicina Geral e Familiar. Existe ainda uma Direção de Medicina Física e de Reabilitação da qual faz parte a Diretora Clínica Dra. Lisete Luís; uma Direção de Radiologia, da qual faz parte a Diretora Clínica Dra. Maria José Noruegas, e ainda uma Direção de cardiologia (Direto Clínico Dr. Luís Oliveira) e a Direção de Medicina Dentária (Diretor Clínico Dr. Francisco Bandeira).

Figura 38 - Organigrama do CRD



5.6. Política de serviço

O horário de funcionamento nos dias úteis é das 8:30 horas às 19 horas (encerrando das 13horas às 14horas para almoço), embora o horário de saída dos funcionários seja às 19:30 horas. Aos sábados o horário de funcionamento é das 9horas à 13horas. O horário das funcionárias é ajustado consoante o fluxo de trabalho. Isto é, apesar de terem um horário fixo, por vezes sofre alterações para uma melhor resposta.

5.6.1. Descrição dos serviços

O CRD tem à disposição os seguintes serviços:

5.6.1.1. Consultas de especialidade médica

- Cardiologia (Dr. Luís Oliveira);
- Cirurgia vascular (Dr. Oliveira Santos);
- Dermatologia (Dr. Henrique Oliveira);
- Endocrinologia (Dr. Salema de Andrade);
- Fisiatria (Dra. Lisete Luís);
- Ginecologia e obstetrícia (Dra. Sara Campos e Dr. Gama Mendes);
- Implantologia (Dra. Ana Abreu e Dra. Raquel Rodrigues);
- Medicina dentária (Dr. Francisco Bandeira, Dra. Ana Abreu e Dra. Raquel Rodrigues);
- Medicina geral e familiar (Dr. Vicente Martins e Dr. Luís Duarte Santos);
- Neurologia (Dr. José Manuel);
- Oftalmologia (Dra. Nélida Borges);
- Ortodontia (Dra. Paula Bebianio);
- Ortopedia (Dr. Ribeiro da Cunha);
- Otorrinolaringologia (O.R.L) (Dr. Luís Filipe);
- Psicologia (Psicóloga Cátia Baltazar);
- Psiquiatria (Dr. Luís Ferreira);
- Reumatologia (Dr. Jorge Garcia).

Técnicos Superiores de Saúde:

- Audiologia (Técnico de audiologia Rui Andrade);
- Cardiopneumologia (Dr. Rui Silva);
- Fisioterapia (Fisioterapeuta Marisa Agostinho)
- Higiene Oral (Higienista Oral Telma Martins)
- Nutrição (Nutricionista Joana Gonçalves);
- Optometria (Técnica em optometria Bárbara Gonçalves);

- Podologia (Podologista Anabela Vieira).

5.6.1.2. Análises clínicas

Recolha de sangue, urina, fezes, água, entre outros. A recolha é feita de segunda-feira a sexta-feira das 8:30 horas às 10 horas e ao sábado das 9 horas às 11 horas, por um laboratório de análises clínicas da Dra. Leonilde Godinho.

5.6.1.3. Serviço de Enfermagem

Cuidados de enfermagem tais como: injetáveis, pensos, aerossóis, medição da tensão arterial, medição da glicémia, tanto a nível clínico como ao domicílio.

5.6.1.4. Fisioterapia

O cliente pode beneficiar de várias técnicas de fisioterapia específicas: técnica de terapia manual (massagem, calor); técnicas de mobilidade articular; técnicas de neurologia (equilíbrio, exercícios funcionais, propriocepção, estimulação); técnicas de *Trigger Points* e técnicas de drenagem linfática.

5.6.1.5. Exames complementares de diagnóstico

- **Raio-x** - Antebraço; ancas; bacia; braço; calcâneo; charneira lombo-sagrada; clavícula; coluna cervical; coluna lombar; coluna dorsal ou sagrada; cotovelo; coxa ou coxa femural; crânio e seios perinasais; esterno; face; joelho; mandíbula; mão; maxilares; ombro; omoplata; ortopantomografia; telerradiografia; ossos próprios do nariz; pé; perna; punho; rótula; articulação temporomandibular; sacroilíacas e tibiotársicas.
- **Ecografia** - Renal e supra renal; vesical; abdominal; tiroideia; mamária; prostática por via endocavitária e transrectal; peniana; escrotal; seios perinasais; osteoarticular; obstétrica e ginecológica supra púbica ou com sonda vaginal; hepatobiliar; partes moles; encefálica; esplénica; endovaginal; ancas bilateral; glândulas salivares; eco doppler do pescoço e eco doppler dos membros inferiores) e ecocardiograma.

- **Cardiologia** – Eletrocardiograma (ECG) em repouso e em esforço, Holter 24h e Mapa 24h.

5.6.1.6. Rasteiros de audiologia gratuitos

De 15 em 15 dias vai um técnico de audiologia (através de uma empresa de aparelhos auditivos) à clinica fazer rastreios auditivos gratuitos, e caso seja necessário aparelho auditivo, o técnico aprovisiona um orçamento e vende o aparelho em causa.

5.6.1.7. Comparação da oferta de serviços do CRD vs concorrência

A fim de ser possível comparar os serviços disponíveis pela empresa deste projeto face à forma de atuação das empresas concorrentes diretas, irá proceder-se a uma **análise comparativa**.

Na **clínica CDT em Tomar**, realizam-se consultas de diversas especialidades médicas. Para além das especialidades que o CRD também possui, a clinica CDT tem ainda ao dispor do cliente especialidade de urologia, pediatria, pneumologia, gastroenterologia, cirurgia plástica, neurocirurgia e pedopsiquiatria. Desde há 7 anos que o CRD foi deixando de ter estas especialidades devido à procura ser muito pouca. A frequência com que os médicos especialistas realizam consultas, em regra geral, no CRD varia de 3 em 3 semanas ou de 2 em 2 semanas. Na CDT as pessoas podem conseguir consultas com menos tempo de espera, pois também existe maior procura. No entanto, o CRD também tem consultas de especialidades semanais tais como, psiquiatria e ginecologia.

Porém, o CRD relativamente a esta clínica é mais completo e multidisciplinar, pois a complementar as consultas de especialidade médica, os clientes têm também a possibilidade de realizar os exames complementares de diagnóstico e sessões de reabilitação física. Temos como exemplo o médico ginecologista, o Dr. Gama Mendes, que consulta em ambas as clinicas, mas como no CDT não existe ecógrafo, o médico apesar de fazer a consulta nesta clínica acaba por encaminhar as pacientes para o CRD para realizar o exame complementar à consulta, a ecografia, o que se torna uma oportunidade para angariar clientes.

Na **Affidea Tomar**, o foco é a realização de exames complementares. Esta clinica pertence ao grupo *Affidea*, anteriormente designado por *Euromedic*. Nesta unidade privada de saúde é possível realizar Tomografia Computorizada (TC); Ressonância Magnética (RM); Ecografia; Doppler; Mamografia; Raios-X; Densitometria Óssea; Ortopantomografia; ECG; Holter; Mapa e análises clinica. Esta empresa, para além dos acordos com as seguradoras privadas, tem parceria com o SNS, como já referido, e trabalha em parceria com o hospital de Tomar, ou seja, quando necessário um utente internado pode ir a esta clinica realizar o exame.

A **clínica Medicourém**, é similar ao CRD, no sentido de ser multidisciplinar, mas tem uma maior oferta de serviços. Para além das especialidades médicas, realizam também os mais diversos exames (gastroenterologia, ginecologia, radiologia (com exceção de RM e TC)), e grande parte destes com acordo com o SNS. Não realizam nem Holter nem Mapa.

A forma que o CRD encontrou de concorrer com estas empresas foi nos preços praticados, apesar de o autor ter verificado durante a recolha de informação que as empresas concorrentes diminuíram os preços praticados. Porém, para além do preço praticado a clinica tem outros fatores a seu favor:

- A deslocação dos habitantes Ferreirenses para outras cidades, é um dos fatores que leva os clientes a optarem a fazer os exames na clinica, mesmo quando estes possuem uma prescrição pelo SNS. Esta situação é mais frequente nas pessoas mais idosas, em que o seu meio de transporte, frequentemente, é o táxi ou autocarro, não acabando por compensar (a nível de despesa) que estes se desloquem.
- A Affidea Tomar, deixou de realizar ecografia partes moles com acordo pelo SNS e, como no CRD tem um custo inferior, os clientes optam por fazer connosco;
- Também a razão pela qual leva muitos dos clientes em quererem fazer ecografia no CRD, é que para além de a Dra. Maria José já trabalhar há cerca de 18 anos na clinica, já ganhou a confiança dos clientes, e é muito conceituada.

O CRD encontra-se em desvantagem no sentido em que a procura não permite que, exames como as ecografias, sejam realizados semanalmente na clínica (não compensa para os

médicos prestadores), bem como nos exames de cardiologia (provas de esforço e ecocardiogramas), que apenas são realizados de 3 em 3 semanas.

A especialidade no CRD que tem maior procura é a de medicina geral e familiar. Na USF de Ferreira do Zêzere os utentes podem ter de esperar mais de um, dois ou mais meses por uma consulta. Além disso, por dia apenas existem apenas duas a três vagas para urgência. Quem não consegue consulta acaba por vir ao CRD, ou quem não pode realmente pagar uma consulta no privado tem de ir às urgências a um dos hospitais do centro hospitalar do Médio Tejo.

5.6.2. Dinâmica dos serviços

Ao entrar na clinica o cliente tem o primeiro contacto com a colaboradora que está na receção, onde pode obter toda a informação sobre os serviços, fazer marcações ou mesmo para fazer a inscrição do cliente que chega para obter um serviço.

Quando o cliente realiza exames complementares de diagnóstico, com exceção das análises clínicas, fica registado no programa informático da clinica, ao qual todos os médicos têm acesso, podendo aceder aos exames que o cliente realizou. Também quando o utente vai a uma consulta médica é lhe criado um processo, onde o profissional de saúde faz o registo clinico. Apenas aquele profissional tem acesso ao processo clinico da sua especialidade, ou seja, um outro profissional só tem acesso aquela informação caso o médico em causa autorize que o colega aceda. Apesar de o CRD já possuir um programa há cerca de 5 anos que permite que os registos clínicos sejam feitos no mesmo, o processo de transição de processos em papel para os processos em registo informático tem sido demorado. Só recentemente é que alguns dos profissionais já estão a utilizar o programa para fazer os registos clínicos. No programa cada médico tem a sua *password*, estando a informação clinica salvaguardada.

Relativamente ao acompanhamento do cliente, as reavaliações ou marcações de consultas periódicas são delineadas pelos profissionais de saúde. Caso o cliente necessite de realizar exames complementares de diagnóstico (os exames já acima referidos), pode realizá-los na clinica (particularmente ou através de um seguro privado ou subsistema de saúde com o qual tenhamos acordo).

5.6.3. Tecnologias adotadas

Atualmente, onde a clinica encontra-se mais debilitada a nível de tecnologia no equipamento de raio-x (o equipamento responsável pelo disparo de radiação), que já tem mais de 20 anos, bem como os equipamentos informáticos se encontram desatualizados e com pouca capacidade para os programas necessários à prática clinica.

Porém o CRD tem vindo a adquirir e a substituir gradualmente alguns equipamentos. O investimento mais recente foi um sistema CARESTREAM CR Vita e um *software Image Suite V4* fornecido também pela CARESTREAM. Este sistema para além de ter vindo melhorar e simplificar o fluxo de trabalho, permitir soluções digitais compactas de melhor qualidade, tratamento de imagem, impressão (papel, película ou gravação em CD), bem como armazenar e partilhar a imagem. O ecógrafo foi também recentemente substituído. O novo equipamento, ecógrafo P5/A5 possui uma sonda linear, uma sonda convexa, uma sonda endocavitária e uma sonda cardíaca. A imagem obtida é em 3D/4D e é a preto e branco, podendo ser impressas em qualquer impressora que esteja em rede. É possível ainda armazenar os exames realizados. Este equipamento veio proporcionar uma imagem projetada no monitor de melhor qualidade, através da melhor capacidade de ultrassons. O fato de este ser portátil é ainda outra vantagem, pois por vezes é necessário que este seja transportado para outras salas. Os equipamentos que têm vindo a ser adquiridos vieram facilitar e acelerar o diagnóstico, e como consequente melhorar o tratamento do doente.

No serviço de medicina dentária, o gabinete está equipado com raio-x intraoral que se encontra ligado em rede a um portátil, onde o profissional e o paciente podem instantaneamente ver a radioimagem. Este sistema permite rapidez tanto no diagnóstico como no tratamento.

A nível de *software* de gestão clinica, o CRD possui o INOVAméd. Este *software* é certificado pela Direção Geral dos Impostos (DGCI) (nº0310) e permite funcionalidades tais como: prescrição médica eletrónica; gestão de utentes e de marcações; criar base de dados local de utentes; agenda; listas de espera; registo de todos os atos médicos e cirúrgicos; criação de fichas clinicas e edição das mesmas; criar base de dados de exames e terapêuticas realizadas na clinica; possibilidade de fazer de segurança dos dados; gestão de faturação. Este

tipo de programa informático é importante para a promoção da eficiência dos processos operativos, mas também para o controlo e segurança da faturação, e para o impacto direto que estas funcionalidades podem causar na relação dos clientes com a clínica/profissionais de saúde, aproximando-os e simplificando a comunicação.

5.7. Política de preço

A clínica procura afirmar-se pela conceção política de preços coerentes, definidos pela qualidade do serviço e ajustados à capacidade económica da população. Relativamente ao preço das consultas de especialidade este é definido pelo médico em causa, apesar de que em caso de o CRD não achar o preço adequado, intercede chegando a um acordo com o profissional. Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, os preços são estabelecidos pelos sócios, sendo que estes são influenciados não só pela procura, mas também pelo preço concorrente.

Tabela 9 - Preço praticado pelo CRD e preço acordado com seguradoras privadas e subsistemas de saúde

	<u>Preço CRD</u>	<u>Preço pelo acordo ADSE</u>	<u>Preço pelo acordo com seguros privados</u>
Consulta de medicina geral e familiar	40€	17€	20€ - 35€
Consulta de O.R.L., ginecologia e obstetrícia, ortodontia e oftalmologia.	60€	----	Consulta de ginecologia-30€; Consulta de oftalmologia-30€, Consulta de ortodontia -39€-50€.
Consulta de dermatologia, psiquiatria, cardiologia, neurologia e endocrinologia.	65€	----	----
Consulta de ortopedia, reumatologia e cirurgia vascular.	70€	----	----
Consultas de medicina dentária e higiene oral	45€ – 50€	----	21€ - 37€
Consulta de nutrição	20€	----	----
Consulta de psicologia	40€ - 50€	----	----
Consulta de fisioterapia	50€	----	20€ - 35€
Ecografias	35€ - 50€	7,39€- 18,77€	27€ - 42,5€
Eco doppler	60€ - 75€	----	45€ - 70€
Raio-X	18€ - 35€	2,72€ - 8,40€	7€ - 19€
ECG em repouso	12€	----	10€ -12€
Ecocardiograma com doppler	60€	40,70€	50€ - 60€
ECG em esforço	85€	----	60€ - 70€
Holter 24h	65€	----	40€ - 65€
Mapa 24h	55€	----	40€ - 55€
Sessão de fisioterapia	10€	4€-5€	Muito variável
Serviços de enfermagem	1€ - 26€	----	----

---- Não há acordo

Comparativamente ao preço praticado pelas empresas privadas concorrentes acima descritas:

Tabela 10 – Preço praticado pelas empresas concorrentes

	<u><i>Affidea Tomar</i></u>	<u><i>CDT</i></u>	<u><i>Medicourém</i></u>	<u><i>CRD</i></u>
Consultas de especialidade médica	----	60€ - 70€	65€ - 75€	40€ - 70€
Ecografias	40€ - 120€	----	40€ - 55€	35€ - 50€
Raio-x	18€ - 27€	----	16€ - 22€	18€ - 25€
Mapa e Holter	65€	----	----	55€ - 65€
Ecocardiograma	60€	----	60€	60€
ECG repouso	15€	15€	15€	12€
ECG em esforço	----	----	----	85€

---- Não realizam aqueles serviços

5.8. Política de comunicação

Atualmente os meios de comunicação utilizados pelo CRD para divulgar os seus serviços e produtos são deficitários. Há a existência de um *website* mas a empresa responsável não faz a devida gestão e o *site* está inoperacional. Também foi criada uma página de Facebook, mas não tem sido devidamente atualizada. Porém, na clinica estão ao dispor *flyers* com os serviços que oferecemos e cartões devidamente identificados e com os contactos. Sabemos que atualmente o que vai trazendo novos clientes ao CRD é o “passa a palavra”, pois também sendo uma população em redor mais idosa, este meio de comunicação é um dos mais importantes.

5.9. Recursos Humanos (RH)

A política de recursos humanos praticada pelo CRD foi e é definida com base em linhas de ação e procedimentos, que visam garantir a capacidade de reposta necessária, face às expectativas do cliente e a dos colaboradores.

A gerência da clinica reconhece a importância dos RH na empresa, sendo estes os grandes promotores do sucesso da mesma. São eles que estabelecem um contacto direto com o cliente (são a “porta de entrada”), representando toda a organização. É a partir da sua intervenção que o cliente, através da sua experiência, irá criar a sua imagem face ao CRD. E deste modo, é fundamental criar e transmitir segurança e confiança ao cliente.

Porém, atualmente a gestão de recursos humanos (GRH) é realizada numa mera perspetiva instrumental de gestão, ou seja, orientada para a satisfação de exigências a curto prazo, resumindo-se, na prática, a uma gestão administrativa de pessoal.

5.9.1. Colaboradores e suas funções

- **Diretor Geral e Clínico** – O Diretor Geral e Clínico, Vicente Martins é um dos sócios da clinica. Este é licenciado em medicina e formado na especialidade em medicina geral e familiar, estando em funções há 37 anos. Depois de ter estado no Centro Hospitalar de Leiria, no Centro Hospitalar de Médio Tejo e no Hospital Universitário de Coimbra, em 1982 iniciou funções no Centro de Saúde tendo saído apenas em 2014, quando se reformou. Atualmente consulta apenas 3 vezes por semana no CRD.
- **Diretora Clínica de Medicina Física e de Reabilitação** – Licenciada em medicina e formada na especialidade de medicina física e de reabilitação. Está em funções há 20 anos, trabalhando grande parte do seu tempo no Hospital de Leiria.
- **Diretora Clínica de Radiologia** – A Dra. Maria José Noruegas, Licenciada em medicina e inscrita no colégio da especialidade de radiologia, tendo terminado a mesma com classificação final de 18,9 valores. Atualmente é Assistente Hospitalar Graduada do Centro Hospitalar de Coimbra, com perfil de radiologia pediátrica e eco-doppler, no qual exerce funções desde 1994. Participa e orienta a formação de internos do internato complementar de radiodiagnóstico.
- **Médico responsável pela Cardiologista** – Licenciado em medicina e formado na especialidade de cardiologia com classificação final de 19,6 valores. Desde 2007 que o Dr. Luís Oliveira é Assistente Hospitalar Graduado no Centro Hospitalar da Cova da Beira, Covilhã, no qual exerce funções desde 2002.

- **Médico responsável pela Medicina Dentária** – Licenciado em Medicina dentária pela Universidade de Coimbra em 1999. Exerce funções em diversas clínicas, e está no CRD há cerca de 15 anos.

Em regime efetivo, o CRD possui os seguintes colaboradores:

- **Sócia – Gerente** – Esta colaboradora tem o 12º ano, e há cerca de 6 anos tirou uma formação de técnica de ótica. Apesar de gerir a clinica e estar encarregue de todos os pagamentos e compras, atualmente está também direcionada para a o serviço de vendas na ótica.
- **Enfermeira** – Para além das funções inerentes à profissão, esta colaboradora realiza também eletrocardiogramas, dá assistência aos médicos dentistas bem como, quando necessário, está na receção.
- **Técnica de Raio-x** - Em 1995, quando a clinica iniciou atividade havia muito pouca oferta de profissionais qualificados. Então, a solução encontrada foi formar uma das assistentes que já trabalhava com o atual Diretor Geral, Vicente Martins. A esta colaboradora foi-lhe paga formação, e até data presente continua a ser ela a realizar estes exames na clínica. A clinica proporciona-lhe com alguma regularidade formações na área. Esta funcionária quando necessária está na receção e realiza ECG.
- **Assistentes de consultório** – Existem ainda mais duas colaboradoras como assistentes de consultório. Uma destas funcionária faz maioritariamente o atendimento de receção, mas realiza também ECG; a outra funcionária para além da assistência aos médicos dentistas, realiza ECG, verifica o material que está em falta; verifica diariamente o e-mail, e ainda quando necessário está no atendimento de receção.
- **Higienista Oral** – Licenciada em higiene oral e recentemente pós-graduada em gestão de serviços de saúde, esta colaboradora, para além de realizar consultas de higiene oral, atualmente está responsável pela gestão de equipas (horários, férias), gestão de processos, faturação, entre outras atividades referente à gestão da empresa.

Tabela 11 - Recursos Humanos do CRD

RH	Número	Regime
Sócio – Gerente	2	1 Efetivo
Diretor Clínico (Médico de Medicina Geral e Familiar)	1	Prestação de serviços
Diretor Clínico do Serviço de Fisioterapia (Médica Fisiatra)	1	Prestação de serviços
Diretor Clínico do Serviço de Radiologia (Médica Radiologista)	1	Prestação de serviços
Enfermeira	1	Efetivo
Fisioterapeuta	1	Prestação de serviços
Médico Ortopedista	1	Prestação de serviços
Médico Endocrinologista	1	Prestação de serviços
Médico Ginecologista	2	Prestação de serviços
Médico Neurologista	1	Prestação de serviços
Médico Medicina Geral e Familiar	2	Prestação de serviços
Médico Radiologista	2	Prestação de serviços
Médico Otorrinolaringologista	1	Prestação de serviços
Médico Dentista	3	Prestação de serviços
Médico Ortodontia	1	Prestação de serviços
Médico Reumatologista	1	Prestação de serviços
Médico Cirurgia Vascular	1	Prestação de serviços
Médico Fisiatra	1	Prestação de serviços
Médico de Oftalmologia	1	Prestação de serviços
Médico Dermatologista	1	Prestação de serviços
Médico Cardiologista	1	Prestação de serviços
Nutricionista	1	Prestação de serviços
Podologia	1	Prestação de serviços
Psicóloga	2	Prestação de serviços
Psiquiatria	1	Prestação de serviços
Higienista Oral	1	Efetivo
Técnica de Audiologia	1	Prestação de serviços
Técnico Cardiopneumologista	1	Prestação de serviços
Técnica Radiologia	1	Efetivo
Assistente de consultório	2	Efetivo
Limpeza	1	Prestação de serviços

5.9.2. Política de Recursos humanos

Processo de Recrutamento e Seleção (R&S)

O processo de recrutamento e seleção de pessoal clínico é realizado pelo Diretor Geral. Geralmente, são os profissionais que já trabalham na clínica que indicam outros profissionais dos quais têm conhecimento do seu trabalho. Posteriormente, o Dr. Vicente entra em contacto com esse profissional, questionando-o se estaria interessado em prestar serviços no CRD, e é marcada uma entrevista.

Sendo Ferreira do Zêzere uma localidade no interior e com poucos profissionais de saúde, nem sempre é fácil conseguir mais do que um profissional para um primeiro recrutamento, sendo deste modo, este processo bastante influenciado tanto pela disponibilidade do profissional para se deslocar a esta região como também pelo número de profissionais interessados em prestar cuidados na clínica. Quanto a pessoal administrativo, a última contratação foi realizada há mais de 10 anos. Devido ao número reduzido de colaboradores, não se justificam medidas RH elaboradas.

Formação & Desenvolvimento

Na formação e desenvolvimento o CRD vai proporcionando, através da formação, um desenvolvimento contínuo aos seus colaboradores.

Avaliação de desempenho

No CRD nunca houve avaliação de desempenho, embora o autor deste projeto considere que futuramente seria importante existir através de indicadores como a pontualidade, disponibilidade, entre outros a considerar.

Sistema de Recompensas

Para além do salário líquido oferecido, de acordo com as funções desempenhada, atualmente o outro tipo de recompensa existente, é relativo ao usufruo de um desconto de 20%-25% em

todos os serviços da clínica, tanto as funcionárias como os seus familiares diretos (maridos e filhos) podem usufruir. Em alguns serviços não é cobrado qualquer valor pelo serviço prestado ao funcionário, ficando ao encargo do CRD.

Há cerca de 8 anos, o CRD para além do salário oferecia aos seus colaboradores efetivos: ou uma recompensa monetária a todas as funcionárias ou aquelas que os gerentes considerassem que o mereciam; ou oferecia uma semana de férias no Algarve a todas as funcionárias; chegou a oferecer uma viagem à *Disneyland* Paris a todas as funcionárias e familiares diretos (filhos e maridos); ou oferecia bens materiais, como portáteis. Porém desde a grande crise e sensivelmente desde 2009/2010, a gerência deixou de ter capacidade para recompensas. Talvez este fator tenha vindo a contribuir bastante para a notória falta de motivação das funcionárias. Também os salários não têm sido aumentados desde há 6 anos.

Quanto aos profissionais de saúde em regime de prestação de serviços a percentagem é variável e é aplicada sobre o número de consultas que realizam:

- **Médico de especialidade** – nas consultas de especialidade o CRD fica com 25% do valor total das consultas realizadas, com a exceção:
 - Médico ginecologista (Dr. Gama Mendes) e o médico psiquiatra, que deixam ao CRD uma percentagem de 20% - valor acordado com o Diretor Clínico (Dr. Vicente Martins), por se deslocarem semanalmente à clínica (1 vez por semana).
 - Ambos os médicos ginecologistas, para além da percentagem que recebem das consultas, recebem ainda 50% sobre cada ecografia de acompanhamento à consulta que realizam.
 - Médico cardiologista, deixa uma percentagem de 20%, valor este também acordado com o Diretor Clínico, por este vir da Covilhã (cerca de 160 Km). O CRD paga ainda a este médico 5€ por relatório de eletrocardiograma; 5€ para ECG e MAPA e, 7,5€ para assinar a prova de esforço e Holter;
 - A média fisiatra não deixa qualquer percentagem das consultas ao CRD, levando por isso a totalidade das consultas que realiza. Em contrapartida o CRD não paga nenhuma mensalidade a esta profissional para ser a Diretora Clínica da medicina física e de reabilitação;

- Ambos os médicos radiologistas recebem 45% de todas as ecografias que são realizadas e recebem 3€ por cada relatório de radiografia que realizam. A Dra. Maria José recebe ainda uma mensalidade de 280€ para ser a Diretora Clínica de radiologia.
- Os médicos dentistas recebem 50% de todos os atos médicos que realizam.
- **Fisioterapeuta** - como já referido, esta profissional encontra-se em regime de prestação de serviços, recebendo 40% sobre o total de todas as sessões de recuperação que esta realiza.
- **Técnico cardiopneumologista** – este profissional recebe 40% sobre todos os exames com relatório que realiza.
- **Técnico de audiologia** – O CRD cede um gabinete das suas instalações para que este possa realizar os rastreios, e em caso de venda de algum aparelho auditivo, a Audiovital paga ao CRD 150€ por cada aparelho.

A margem de negociação quanto à percentagem que os profissionais deixam ao CRD é muito reduzida. Se atualmente ainda não é fácil conseguir captar profissionais para vir às zonas rurais, há 20 anos atrás, quando o CRD iniciou atividade era ainda mais difícil pela falta de profissionais. Os médicos que iniciaram funções nessa altura, vinham todos de cidades distantes (Coimbra, Lisboa, Covilhã) e as percentagens foram decididas nessa altura tendo não só a falta de oferta de profissionais de saúde como também a distância que os mesmos tinham de percorrer. Desde então que estas percentagens pouco ou nada se alteraram, inclusive para os novos médicos que para a clínica vieram trabalhar. Os novos profissionais que têm vindo a substituir outros colegas, não ficam a prestar serviços se não for com estas percentagens.

6. ANÁLISE SWOT

Esta análise é influenciada por condicionantes de natureza externa e interna ao projeto, que avaliam se o seu impacto é favorável ou desfavorável à empresa. As condicionantes internas são denominadas de Forças ou Fraquezas, e as externas são denominadas de Ameaças ou Oportunidades. A análise *SWOT* realizada para o CRD encontra-se no quadro a baixo.

Tabela 12 - Análise SWOT

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - Recuperação da economia portuguesa; - Deficiência na gestão dos cuidados de saúde dos utentes no setor público (tempo de espera para uma consulta com o médico de família); - Cobertura de seguros e subsistemas de saúde públicos (ADSE) e privados; - Aumento do consumo em saúde por parte das famílias; - Aumento do índice de envelhecimento e longevidade da população de Ferreira do Zêzere (fidelização de idosos, pois necessitam de mais cuidados de reabilitação bem como exames complementares de diagnóstico). 	<ul style="list-style-type: none"> - Região pouco atrativa ao investimento (devido à baixa densidade populacional e envelhecimento da população); - Desertificação (diminuição contínua da população residente); - Poder económico da população da população envolvente.
Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> - Serviço centrado no cliente; - Diversidade de serviços; - Preços competitivos; - Baixo nível concorrencial; - Proximidade com a população bem como conhecimento das necessidades da mesma; - Presença no mercado há mais de 20 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instalações e localização; - Equipamento a necessitar de renovação; - Baixo poder negocial com os profissionais de saúde; - A concorrência ter acordo com o SNS; - Alguns Funcionários com vários anos de serviço (mostram alguma saturação) e também com déficit em formações.

7. FATORES CRITICOS DE SUCESSO

O concelho de Ferreira do Zêzere é uma região pouco atrativa ao investimento (devido à baixa densidade populacional e envelhecimento da população). Porém, o negócio deste tipo mais próximo encontra-se a 17 km, o que se torna um obstáculo ao cliente, tendo em consideração a região em que a empresa está inserida, e principalmente, para os indivíduos que não possuem transporte próprio. Também, no concelho, o CRD é a única clinica médica, sendo por isso a única oferta mais próxima dos habitantes Ferreirenses.

Perceber e estar informado acerca da tendência da procura de serviços de saúde privados torna-se fundamental para avaliar o futuro deste tipo de negócio. A perceção dos serviços que são procurados e com que frequência; a regularidade com que os indivíduos recorrem às nossas instalações e o porquê, podem ser chaves fundamentais para o sucesso deste novo projeto, dando continuidade à empresa que já está no mercado desde 1995.

Conseguir manter os clientes que procuram os serviços do CRD e captar novos clientes é fundamental para o sustento da clínica.

Um dos fatores críticos de sucesso passa pelos médicos. Estes são um dos pilares desta empresa. São profissionais de saúde conceituados, e que quase todos eles já desempenham funções na clínica há pelo menos 10 anos, permitindo que seja possível criar uma forte relação entre o cliente e o profissional. A confiança do cliente nos profissionais de saúde, a qualidade do serviço que é prestado, bem como a resposta às necessidades de quem nos procura, são fatores fundamentais.

Os diversos acordos com as seguradoras privadas (Médis, Multicare, Advancecare, RNA Medical, etc.), bem como alguns subsistemas de saúde (ADSE, Caixa Geral de Depósitos, etc.), atualmente, são fulcrais para o aumento da procura. O CRD ao ter estes acordos, facilita não só o acesso do cliente aos serviços, mas também, evita que este tenha de se deslocar a outra clinica para usufruir de um serviço.

8. A NOVA CLINICA CRD

Com este projeto pretende-se, através da construção de novas infraestruturas e da modernização do espaço, melhorar a qualidade dos serviços prestados, acelerar o fluxo de trabalho, angariar novos clientes e fidelizar os mesmos, e como conseqüente aumentar o volume de negócios.

8.1. Infraestruturas e localização

Construir novas infraestruturas foi um dos primeiros fatores a ser considerado para uma mudança na empresa, não só pela atual localização (necessidade de mudar para um local mais visível e de fácil acesso), mas principalmente, pelas instalações não estarem nas melhores condições (como explicado anteriormente).

O novo terreno adquirido para a construção das futuras instalações, para além de ter maior visibilidade, situa-se numa das vias principais da vila. É por esta estrada que se faz o principal percurso para a escola, para os bombeiros, para a GNR e para o Centro de Saúde. As novas instalações serão modernas, amplas e com nova reorganização de forma a facilitar o fluxo de trabalho para todos os colaboradores.

Tabela 13 - Distância do novo espaço do CRD relativamente às principais entidades públicas da vila

	Distância do CRD:
Bombeiros	86 m
Escola EB 2/3 S	190 m
GNR	350 m
Centro de Saúde	450 m

Fonte: *Google Maps*

Para além de passar a haver maior visibilidade e facilidade de acesso, a nova infraestrutura irá beneficiar da existência de um parque de estacionamento privado para clientes e colaboradores. Atualmente, a clinica não dispõe desse privilégio pois a localização não o

permite. Outra dificuldade é o fato de o estacionamento no centro da vila estar limitado a tempo, sendo necessário um *ticket*, que apesar de gratuito, é obrigatoriamente válido apenas para trinta minutos, o que limita o estacionamento dos veículos próximo da clínica.

As novas instalações passaram a ter a seguinte disposição:

Piso 0 (Anexo I):

Este piso terá todos os gabinetes necessários para as diversas consultas médicas, bem como para a realização dos exames auxiliares de diagnóstico. A única entrada para o público será neste piso, o que possibilita a existência de apenas uma recepção. Neste piso, ao ficarem concentrados todos os serviços, facilitará às funcionárias não só o acompanhamento dos clientes aos gabinetes, mas também permitirá um melhor desempenho no atendimento aos mesmos.

Piso 1 (Anexo II):

Terá um gabinete médico de apoio; uma sala para a administração, e todo o restante espaço será para a realização de tratamentos de fisioterapia e aulas de grupo.

8.2. Descrição dos Serviços

A clínica irá continuar a funcionar das 8:30 horas às 19:00 horas, nos dias úteis, e ao sábado funcionará das 9:00 horas às 13:00 horas. Como já acontece, o trabalho aos sábados será realizado numa escala rotativa.

Para além dos serviços já existentes, pretende-se melhorar e acrescer outros:

- **Fisioterapia:** Para além dos tratamentos já existentes, com a aquisição do equipamento de Laser o CRD passará a ter ao dispor do cliente a possibilidade de realizar tratamentos de Laser, como também os clientes no novo espaço poderão realizar aulas de grupo, como *pilates*, geriatria e preparação para o parto (aproveitando o fato de haver grávidas a serem acompanhadas medicamente na clínica);
- **Gastroenterologia:** O CRD passará novamente a realizar exames de gastroenterologia: este serviço não irá acarretar nenhum custo fixo à empresa, uma vez que é o médico que traz todo o equipamento necessário, sendo apenas necessário ceder o gabinete.

Assim sendo, o contrato realizado entre o médico e o CRD será de cedência de instalações, sendo que este pagará uma mensalidade. Neste serviço, tendo o médico acordo com o SNS, estes exames poderão ser realizados por este regime (com a devida prescrição médica);

- **Gestão de processo clínicos:** Pretende-se terminar totalmente com os processos em papel, passando a ser totalmente informatizados. Já está a haver alguma mudança neste sentido, mas os médicos com mais idade sentem-se mais confortáveis a escrever os processos manualmente. Contudo, já foi disponibilizado um *Stylus Design Tablet* que funciona como teclado, mas em vez de teclas tem uma canela e escreve-se como se estivesse a escrever num papel.
- **Criação de novas parcerias:** Primeiramente o CRD irá reforçar as parcerias já existentes com as entidades do concelho, e adicionalmente pretende-se criar novas parcerias com associações recreativas e instituições (Bombeiros Voluntários, centros de dia, lares de acolhimento, centros de ajuda a crianças com necessidades de saúde especiais) fora do concelho (como será o caso de Vila de Rei e Alvaiázere).

8.3. Política de preço

Quanto os preços que irão ser praticados não haverá alterações. Aumentar o preço de serviços não está prevista pelo menos nos primeiros 5 anos de análise do projeto, pois os preços praticados encontram-se adequados à capacidade económica da população.

Haverá negociação quanto ao valor que atualmente é pago ao médico radiologista para relatar os exames. Irá propor-se que se pague 3,5€, em vez de 5€, por cada relatório de ECG e MAPA, e 5€ por cada relatório de Holter e prova de esforço, em vez de 7,5€. Deste modo o CRD irá conseguir aumentar a margem de ganho por exame realizado.

Também será negociado o aumento da renda atual de cedência de instalações ao laboratório de análises clínicas. Pretende-se aumentar o valor atual de 238€ para 250€ nos dois primeiros anos do projeto e a partir do segundo ano aumentar mais 15€, mantendo-se nos 265€.

Quanto ao valor a cobrar pela cedência de instalações ao médico de gastroenterologia, nos dois primeiros anos o valor da renda será de 260€, nos dois anos seguintes 275€, e no quinto ano de análise passará 285€, mantendo-se neste valor.

Quanto às novas atividades de fisioterapia, as aulas de Pilates Clínico, aulas geriátricas e preparação para o parto irão ter um custo simbólico de 2,5€ por aula. O que se pretende com estes novos serviços é captar novas pessoas de forma a que estas fiquem a conhecer o espaço e tenham oportunidade de conhecer outros serviços que temos disponíveis.

8.4. Tecnologias

Apesar de o principal investimento deste projeto ser na construção das infraestruturas, também será feito algum investimento em equipamento, principalmente no serviço de fisioterapia e a nível informático. Apesar de o equipamento de raio-x ser antigo, atualmente o investimento num aparelho novo não se justifica face ao fluxo de exames existente. Se futuramente se justificar, será feito o investimento.

A renovação do equipamento não se trata apenas da compra de equipamento novo e moderno, mas da necessidade de melhorar o serviço prestado ao cliente. Na parte de fisioterapia são necessários aparelhos/materiais que tornem o tratamento de reabilitação física mais eficaz; que haja mais opção de escolha de tratamento para fisioterapeuta e, que proporcionem melhor conforto ao cliente. Quanto ao material informático é importante que tenha maior capacidade de armazenamento, mais velocidade, prático e acessível, melhorando o fluxo de trabalho de todos os colaboradores.

8.5. Comunicação

A principal fase de comunicação irá ser no período de pré-projeto e durante a execução do mesmo. As fases da comunicação deste projeto à população alvo serão então realizadas da seguinte forma:

1ª fase - No decorrer da construção das infraestruturas irá iniciar-se a divulgação do novo espaço da clinica através de:

- 2 Outdoors (um na vila de Ferreira do Zêzere e outro fora do concelho (na via rápida onde circulam mais veículos), que terão uma curta mensagem e uma imagem do projeto das futuras infraestruturas;
- Divulgação através dos jornais locais dos concelhos vizinhos;
- Cartazes e folhetos na clinica antiga (que se encontrará em funcionamento).

2ª fase – Na reta final da nova clinica estar concluída, irá anunciar-se o dia da inauguração e de reabertura:

- Divulgação através dos jornais locais dos concelhos vizinhos e das rádios locais;
- Folhetos distribuídos via correio aos concelhos vizinhos;
- Contato via telefónica a cada cliente com registo na clinica, bem como o envio de uma carta personalizada em jeito de apresentação das novas instalações e serviços e de convite; serão realizados alguns contatos/convites de forma presencial;
- Criação de uma página de *Facebook* para a divulgação dos serviços, parceiros e outras informações sobre a clinica.
- Criação de um *Website* com todas as informações sobre a clinica, serviços disponíveis, esclarecimento de questões, parcerias, localização, entre outras informações;

3ª fase – Após a clinica estar em funcionamento:

- Nos meses seguintes manter a divulgação pelos jornais locais sobre as novas instalações e serviços;
- O “passa a palavra” através dos clientes.

Tabela 14 - Canais de divulgação do CRD

<i>Meios</i>	<i>Suportes</i>	<i>Formas</i>
Imprensa local	Jornais, rádio e outdoors	Comunicados
Na Clínica	Receção da clínica	Cartazes e folhetos
Internet, telemóvel, presencial	Digital	<i>Website</i> , redes sociais
Indireto	Clientes satisfeitos	“passa a palavra”

8.6. Recursos Humanos

Na existência de pessoas de um contexto organizacional está subjacente um investimento em recursos, o que remete para que no âmbito da gestão da organização seja legítima a necessidade de otimização dos recursos e investimentos adequados à sustentabilidade da organização, o que corresponderá, em termos de planeamento de recurso humanos, ao objetivo de colocar as pessoas certas no lugar certo, no momento certo (Duarte, H. *et al*, 2015). Planear irá permitir, num cenário prospetivo, e tendo em conta as alterações previsíveis para o negócio, responder às questões, nomeadamente, sobre o perfil dos futuros colaboradores e de que medidas e recursos deverá a organização dispor para a sua motivação, desenvolvimento e retenção (Duarte, H. *et al*, 2015).

Em cenários económicos de retração e em situações em que, não seja possível assegurar postos de trabalho futuros a quem já o justificou no passado, são fatores que devem ser incluídos no planeamento, nomeadamente quem deve ser dispensado, porquê e em que condições, de modo a não afetar os restantes trabalhadores, e quais os recursos disponíveis para facilitar a integração dos dispensados no contexto futuro que os espera (Duarte, H. *et al*, 2015). Deste modo, as práticas de GRH previstas têm como objetivo geral reter os trabalhadores que interessam à empresa, impulsionando o desenvolvimento e competitividade da mesma.

A atual higienista oral (e uma das responsáveis pela elaboração deste projeto) não irá permanecer na clínica, pois irá para outra empresa. Pretende-se também que uma das funcionárias entre em processo de reforma, a atual enfermeira, sendo que a mesma se encontra com 62 anos de idade. Esta colaboradora, para além de manifestar vontade de sair da empresa, mostra já alguma saturação pela atividade profissional, falta de motivação e proatividade, apresenta diminuição da capacidade de reação e dificuldades na aquisição de novos saberes. Além disso, como será possível verificar no mapa das quantidades por atos médicos apresentado na análise económico-financeira, o fluxo de trabalho de enfermagem não justifica manter uma enfermeira a *full-time* e em regime efetivo. Assim sendo, até 2020 espera-se já se ter chegado a um acordo com a funcionária no processo de pré-reforma, tal como a mesma pretende. Em substituição desta funcionária, virá uma enfermeira em regime de prestação de serviços pelas razões já acima apresentadas.

Apesar de atualmente esta empresa se apresentar com uma GRH meramente administrativa de pessoal, com o planeamento pretende-se uma perspetiva de gestão orientada para o médio ou longo prazo, apesar da imprevisibilidade contextual da gestão organizacional dos dias de hoje.

Pretende-se apostar fortemente na formação das colaboradoras, não só através de cursos de formação, mas também proporcionar-lhes a experiência de poderem assistir presencialmente ao modo de trabalho noutras clínicas. Atualmente o CRD já se encontra em contato com uma clínica na cidade de Coimbra que irá permitir que as funcionárias se desloquem até lá, como será o caso da técnica de radiologia e da assistente de consultório que dá assistência dentária, de forma a poderem observar o modo de trabalho de outros colegas e poderem partilhar conhecimento.

9. PLANEAMENTO DAS ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Neste capítulo, pretende-se apresentar a planificação do projeto do CRD, destacando as principais atividades, requisitos prazos e custos a cumprir para a implementação deste negócio. A planificação deste projeto irá estrutura-se em 4 fases e no Apêndice I é possível analisar o mapa com as datas previstas para cada fase do projeto:

Fase 1:

- Aquisição do terreno;
- Elaboração do projeto das infraestruturas;
- Recolha de orçamentos (obras, licenças, mobiliário, equipamento (técnico, informático e administrativo, etc);
- Planeamento do modo de financiamento do projeto (empréstimo bancário, capital próprio);
- Negociação das condições de financiamento;
- Aprovação pela ERS o projeto de arquitetura e pedido das respetivas licenças.

Fase 2:

- Início da construção das infraestruturas;
- Aquisição de mobiliários, equipamento técnico, informático e administrativo, etc;
- Divulgação das novas instalações através das medidas de comunicação apresentadas para a 1ª e 2ª fase no ponto 8.5.

Fase 3:

- Início da atividade nas novas instalações;
- Consolidação dos protocolos já existentes e criação de novas parcerias;
- Divulgação dos serviços através das medidas de comunicação apresentadas para a 3ª fase.

Fase 4:

- Desenvolvimento e consolidação da atividade da empresa, através de medidas que desenvolvam os serviços e atraiam um maior número de clientes.

10. ANÁLISE DE VIABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA

Para a análise deste investimento foram considerados os seguintes pressupostos:

- Início da atividade nas novas instalações em 2020;
- Os cálculos da análise financeira foram realizados com preços correntes **à taxa atual de inflação:**
 - Preço de atos médicos - Taxa inflação de **-0.6%**;
 - Consumíveis, material de escritório e produtos de limpeza - Taxa inflação de **0.6%**;
 - Água, eletricidade e combustíveis - Taxa inflação de **0.4%**;
 - Comunicações - Taxa inflação de **0.32%**.
- Os serviços de saúde **são isentos de IVA.**

10.1. Investimento

O investimento inicial será de cerca de 410.829,67€, sendo que 350.000€ se destinam à construção da clínica e o restante valor é para a aquisição de novo material e equipamento necessário. A maior parte do material que irá ser adquirido é para o serviço de fisioterapia, uma vez que o material atualmente existente é antigo e está desadequado; serão adquiridas duas cadeiras de medicina dentária (as cadeiras atuais já têm 7 anos); cerca de 9.000€ serão para a compra de computadores, portáteis e telefones fixos; e o remanescente para mobiliário diverso. Em Apêndice II encontram-se discriminados todos os bens mobiliários e equipamento a investir inicialmente na clínica. A tabela 15 apresenta resumidamente os valores de investimento inicial e a sua vida útil.

Tabela 15 - Investimento inicial e Vida útil

<i>Investimentos</i>	<i>Valor de aquisição</i>	<i>Vida útil</i>
<i>Construção</i>	350000,00	20
<i>Mobiliário diverso</i>	14347,97	8
<i>Equipamento de rápida evolução técnica</i>		
Cadeiras de medicina dentaria	24390,24	3
Fotopolimerizador portátil	630,08	3
Ondas de choque	5995,00	3
Aparelho combinado de Correntes/Ultra-sons/Laser	2750,00	3
Hidrocoletor (cap. 8 compressas)	714,26	3
Passadeira	406,50	3
Elíptica	211,37	3
Portáteis	4227,64	3
Computadores	3089,43	3
Telefone fixo sem fios	107,32	3
<i>Utensílios de uso específico</i>	3959,85	7
TOTAL	410829,67	

10.2. Receitas

O volume de vendas do CRD foi estimado com base no número de atos médicos realizados e o preço dos mesmos, recorrendo a referências contabilísticas de anos anteriores (2014,2015 e 2016).

Os atos médicos realizados foram organizados por setores (consultas de clínica geral; consultas de outras especialidades médicas; exames de cardiologia; ecografias; raio-x; enfermagem e tratamentos de fisioterapia) e foram contabilizados através dos ficheiros SAF-T. Desde o ano de 2014 que se tem verificado um aumento do número de atos médicos realizados (em 2014 realizaram-se 6.760; em 2015 aumentou para 6.890 e no ano de 2016 realizaram-se 8.140). O maior aumento foi verificado na procura pela especialidade de medicina geral e familiar (mais 500 atos médicos realizados em 2016), mas também na realização de ecografias (mais 200 realizadas que em 2014). O grande aumento pela especialidade de medicina geral e familiar deveu-se, principalmente, ao fato de na USF de Ferreira do Zêzere os médicos de família terem deixado de passar qualquer tipo de atestado médico, mas também foi devido ao aumento de pedidos de renovação de receituário. Todos os clientes que são pacientes do médico de medicina geral e familiar na clínica podem pedir renovação de receituário crónico (com um custo de 5€).

Na generalidade, estima-se que o número de serviços prestados aumente continuamente até 2024, começando a estabilizar em 2015. A estimativa do número de atos médicos foi feita de

forma conservadora. Espera-se que o maior incremento seja no número de tratamentos de fisioterapia realizados, aos quais irá acrescer as aulas de *Pilates* Clínico e de aulas geriátricas. Na tabela 16 é possível analisar o número estimado de atos médicos entre 2020 e 2034.

Na análise interna foi apresentado uma tabela discriminativa dos preços praticados atualmente de todos os atos médicos. Porém, devido aos acordos com diversas entidades (públicas e privadas) o valor que é pago por cada prestação de serviço é variável e sempre inferior ao valor tabulado pelo CRD. Deste modo, calculou-se o preço médio por ato, dividindo a receita total do setor pelo número de atos que tinham sido realizados do mesmo. Na tabela 17 estão discriminados os preços médios para os serviços prestados durante o período de exploração. Os preços não serão alterados, pois como já foi referido, estes já se encontram de acordo com as possibilidades económicas da população.

A tabela 18 apresenta a estimativa de receitas para o período em análise. Para além da estimativa de receitas de cada ato médico, estão também compreendidas as rendas de cedência de instalações ao laboratório de análises clínicas e ao médico que irá realizar os exames de gastroenterologia.

Tabela 16 - Número estimado de atos médicos (2020-2034)

Tabela 17 - Preço médio por ato médico (2020-2034)

Tabela 18 – Volume de negócios estimado em EUR (2020-2034)

10.3. Custos de exploração do projeto

10.3.1. Fornecimento e Serviços Externos (FSE)

Os FSE são prestados por entidades externas à empresa no âmbito da sua atividade. Toda a atividade médica é realizada no CRD é por prestação de serviços (incluindo os tratamentos de fisioterapia), sendo por isso o custo de FSE o valor mais elevado. Os valores de FSE apresentados no ano 2020 resultam dos contabilísticos de anos anteriores e da forma como têm variado nos últimos três anos. Para o cálculo dos FSE dos anos seguintes procedeu-se ao seguinte cálculo: multiplicou-se o valor de FSE do ano anterior pelo valor de receitas totais do ano em causa, e dividiu-se pelo total de receitas do ano anterior. Ou seja, vejamos o exemplo do ano de 2020: $(\text{Valor de FSE de 2020} * \text{Valor Total de receitas de 2021}) / \text{Valor Total de receitas de 2020}$.

O valor de FSE corresponderá a cerca de 64% do volume de negócios, dos quais 89% são os serviços prestados a médicos, à semelhança do que já acontece atualmente. A tabela 19 apresenta o valor estimado de FSE ao longo do período analisado.

Tabela 19 - Estimativa do custo de FSE de exploração do projeto em EUR (2020-2029)

10.3.2. Custos com Pessoal

O CRD em 2020 terá como pessoal em regime efetivo quatro colaboradores (o sócio-gerente e duas assistentes de consultório e a técnica de radiologia). Nos valores salariais estimados, propõe-se um aumento de 2% no terceiro ano do projeto (2022) para o Órgão Social e para os restantes funcionários. A partir de 2022 o salário do Órgão Social irá manter-se, e o salário dos colaboradores irão sofrer um aumento de 2% de dois em dois anos.

Estima-se que o custo com o pessoal no início do projeto esteja na ordem dos **22%** do volume de negócios e no final espera-se que este custo seja de aproximadamente **20%**. Atualmente esta rubrica tem um peso de 33,4% do volume de negócio. Os valores apresentados na tabela 20 contêm não só a remuneração salarial, mas também encargos sobre remuneração e seguros.

10.3.3. Gastos de Depreciação e de Amortização

Os gastos com depreciação e de amortização esperados, estão representados na tabela 21. No Apêndice III encontra-se a tabela com os valores de todas amortizações de todos os investimentos.

O **valor total de custos** esperado no primeiro ano do projeto será de aproximadamente 273 508.000€, sendo que no final do período de exploração estima-se que este valor ronde os 293.457€.

Tabela 20 - Estimativa dos gastos com pessoal em EUR (anual) (2020-2034)

Tabela 21 - Gastos de Depreciação e de Amortização em EUR (anual) (2020-2034)

10.4. Fundo de Maneio Necessário (FMN) e Cash Flows (CF)

Após a análise de todos os valores totais anuais de atos médicos, de custos e receitas esperados neste projeto, procedeu-se ao cálculo de FMN e CF. A partir deste ponto tencionase analisar a capacidade do projeto em gerar *out-flows* financeiros suficientes para compensar *in-flows* necessários do projeto, ignorando a forma como o mesmo será financiado, uma vez que a preocupação será a avaliação da viabilidade financeira quanto ao investimento de construção de novas infraestruturas, e se o risco do investimento compensa aos investidores.

Em primeiro lugar procedeu-se à realização de uma demonstração de resultados para os 15 anos do projeto com a finalidade de obter os valores previstos dos **meios libertos do projeto**, como é possível verificar na tabela 22. A taxa de IRC aplicada foi de 21%, pois atualmente é este o valor de taxa que a empresa paga.

Posteriormente procedeu-se ao **cálculo do FMN**, no qual foram calculadas as necessidades financeiras de exploração bem como os recursos necessário de exploração da empresa, de modo a prever qual o valor anual de liquidez que a mesma tem de investir, garantindo o financiamento das necessidades. Através dos dados contabilísticos já existentes aplicaram-se os seguintes prazos:

- Duração média dos stocks de consumíveis clínicos e administrativo: 3 meses
- Duração média dos stocks de limpeza e higiene: 2 meses
- Prazo médio de recebimento dos clientes: pronto pagamento;
- Prazo médio de pagamento a fornecedores: pronto pagamento;
- Pagamento de segurança social: 20 dias.

Apesar de a existência de *stocks* implicar custos para a empresa, estes permitem não só a prevenção de rotura de *stocks* por parte dos fornecedores, mas também que haja falta de material durante a atividade operacional. Para além disso, a empresa por vezes beneficia de descontos não só por ser pago a pronto pagamento, mas também por encomendar certas quantidades de material. A dívida ao estado por parte da empresa é apenas referente ao valor pago de Segurança Social, uma vez que os serviços médicos são isentos de IVA. Na tabela 23

é possível analisar o investimento em FMN previsto para os 15 anos de exploração, sendo que o investimento em FM no projeto é quase zero.

Quanto aos CF do projeto, é possível observar as previsões para a diferença entre as entradas e saídas de dinheiro da empresa no período de exploração. No ano de 2020 o CF gerado será negativo, mas os CF acumulados passam a ser positivos logo em 2021. O valor residual em FM será de aproximadamente 780,00€ e o valor residual em CAPEX será de aproximadamente 175.780,00€, em 2030.

Nestes cálculos, aos preços dos serviços bem como aos FSE foram aplicadas as taxas atuais de inflação.

Tabela 22 – Previsão dos Meios Libertos do Projeto em EUR (2020-2029)

Tabela 23 – Previsão de Investimento em FM do Projeto em EUR (2020-2034)

Tabela 24 - Mapa Previsional de Cash-flows em EUR (2020-2030)

10.5. Análise de Viabilidade Económico-Financeira

Depois de identificar os CF do projeto ano a ano, pretende-se analisar se os fluxos de recebimento compensam os de pagamento. Deste modo, foi necessário **atualizar** todos os *cash-flows* futuros para o presente (tabela 25), utilizando uma taxa de atualização que incluísse um prémio para o risco assumido. A taxa de atualização utilizada foi a taxa mínima exigida pelos investidores, **7%**. Calculou-se assim o saldo entre o conjunto de CF atualizados e o investimento inicial, saldo este que se denomina de Valor Líquido Atual (**VAL**). Foram também calculados outros indicadores de viabilidade económico-financeira tais como a Taxa Interna de Rendibilidade (**TIR**) e *Payback Period*.

Como é possível analisar no quadro 26, a uma taxa de atualização de 7% o valor de VAL é positivo e corresponde a 47 112,44€, o que significa que o projeto é financeiramente viável. O valor de TIR de 8,92% caracteriza a rentabilidade do projeto quando o VAL é igual a zero, que comparativamente à taxa de remuneração de 7% desejada pelos investidores, vem reforçar a viabilidade deste projeto. Quanto ao prazo em que se prevê que o investimento seja totalmente recuperado, o *Payback Period*, é de 11 anos, o que se considera aceitável face à especificidade do negócio bem como ao valor necessário de investimento.

Tabela 25 - Atualização de Cash-flows

Tabela 26 - Indicadores económicos

10.6. Análise de Sensibilidade e Cenários

Com os resultados acima obtidos, que nos permitem tomar uma decisão, pretende-se agora uma análise de sensibilidade, que permite verificar o impacto na avaliação do projeto derivado de variações de algumas variáveis. Para tal foi definida como **variável crítica** as **receitas**, constituindo assim o ponto mais sensível para a sua sustentabilidade. Analisaram-se assim vários cenários possíveis para quando submetida a uma variação (subida ou aumento).

A rubrica das receitas está intimamente ligada com os custos de FSE, maioritariamente com os serviços prestados pelos médicos. Deste modo, a variação na previsão do aumento do volume de negócios implicou uma subida nos custos de FSE e vice-versa. Segundo os dados obtidos e apresentados na tabela 27 e 28, foi possível verificar que: quer as vendas aumentem quer diminuam 3% ou 5%, o valor do VAL, a uma taxa de atualização de 7%, é sempre positivo. O valor da TIR apresenta-se entre 7,16% e 10,66%. A mesma variação nas vendas, mas com uma taxa de atualização de 10% demonstrou que o VAL é positivo apenas se esta variável aumentar 5%, apresentando uma TIR de 10,66%. Esta análise robustece a viabilidade do projeto, tornando-se mais atrativo ao investimento.

Tabela 27 - Análise de Sensibilidade à variável receitas a uma taxa de atualização de 7%

	<i>Vendas</i>			
	↑ 3%	↓ 3%	↑ 5%	↓ 5%
Taxa atualização	7%	7%	7%	7%
VAL	73057,96	21166,91	90354,98	3869,90
TIR	9,96%	7,86%	10,66%	7,16%
<i>Payback period</i>	10	13	9	14

Tabela 28 - Análise de Sensibilidade à variável receitas a uma taxa de atualização de 10%

	<i>Vendas</i>			
	↑ 3%	↓ 3%	↑ 5%	↓ 5%
Taxa atualização	10%	10%	10%	10%
VAL	-796,63	-45276,87	14030,12	-60103,61
TIR	9,96%	7,86%	10,66%	7,16%
<i>Payback period</i>	10	13	9	14

11. CONCLUSÃO

A empresa CRD é uma microempresa, de índole familiar, que tem como finalidade a prestação de cuidados de saúde no setor privado da saúde, que respeitem a vontade e os valores de cada Cliente e vão de encontro às necessidades dos mesmos.

O SNS por si só não consegue corresponder na totalidade às necessidades da população portuguesa, e desta forma surge o *gap* para a implementação deste tipo de negócio no mercado.

Estando em atividade desde 1995, esta empresa tem vindo a assistir e a acompanhar não só a evolução do Sistema de Saúde Português nos seus avanços e retrocessos, mas também as oscilações da economia portuguesa. Desde 2008, no início da grande crise global, que a nível nacional se assistiu a uma quebra na economia, notando-se sobretudo na retração do consumo por parte das famílias, bem como do rendimento disponível que estas têm para gastar ou poupar. Nesta empresa também este efeito da crise económica se sentiu e tem-se vindo a sentir, começando-se a notar uma ligeira melhoria desde 2014. Foi neste seguimento que os sócios ponderaram a construção de novas instalações, pois também apesar de as atuais já se encontrarem desadequadas e antigas, acredita-se que um novo espaço poderá aumentar o volume de negócios, como também angariar novos clientes e, principalmente, fidelizá-los. É a fidelização do cliente que se torna crucial para o funcionamento da empresa.

Deste modo, procedeu-se à realização deste projeto com a finalidade de analisar a viabilidade económico-financeira do mesmo, admitindo um período de exploração de 15 anos, ignorando a forma como o mesmo será financiado. Foi então possível obter, através do cálculo de indicadores que auxiliam no critério de avaliação do projeto quanto ao fato de este ser ou não aceite, os seguintes valores: VAL de 47.112,44€, uma TIR de 8,92% e um *payback period* de 11 anos. Os resultados obtidos desta análise demonstram que o projeto é financeiramente viável.

A análise de sensibilidade à variável receitas (estritamente relaciona com os FSE, e por isso estes foram sujeitos às mesmas oscilações), confirmou que o projeto deve mesmo avançar. Apesar de o valor de VAL, a uma taxa de atualização de 10%, ter sido positivo só para o

aumento das receitas em 5%, com uma TIR de 10,66%, quando se submeteu as receitas totais à subida e descida de 3% e 5%, a uma taxa de atualização de 7%, obteve-se um valor de VAL sempre positivo.

De salientar que, as estimativas para as receitas foram realizadas de forma conservadora, e que o investimento inicial considerado está assente em pressupostos de valores máximos, sendo provável que o investimento inicial seja inferior ao estimado.

Assim, e em jeito de conclusão, verificou-se que este projeto é financeiramente viável e que os indicadores económico-financeiros indicam que este deve ser aceite. O prazo de retorno do investimento é de 11 anos, o que é aceitável face à especificidade deste negócio e do valor de investimento inicial que é necessário.

BIBLIOGRAFIA

Arah, O., Western, G., Hurst, J., Klazinga, N. 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicator Project. *International Journal of Quality in Health Care*, 5-13.

Arnold, R. 2014. *Economics* (12th ed). Boston: South-Western Cengage Learning.

Bago d 'Uva, T., & Jones, A. 2009. Health care utilization in Europe: new evidence from the ECHP. *Journal of Health Economics*, 28, 280-289.

Banco de Portugal. 2016. Projeções para a economia portuguesa: 2016-2018. Disponível em, https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/pdf-boletim/projecoes_mar_pt_0.pdf, acedido a 20 de março de 2017

Banco de Portugal. 2017. *Projeções para a economia portuguesa: 2017-2019*. Disponível em, https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/pdf-boletim/projecoes_mar17_pt.pdf, acedido a 15 de maio de 2017

Barros, P., Machado, S., Simões, J. 2011. Health Systems in Transition - Portugal: Health system review. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 13(4): 94-102

Barros, P. P. 2013. *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamento*. Almedina: Coimbra, 25-35.

Bierbooms, J., Oers, H. V., Bongers, I. 2014. An evaluation of the development of a marketing strategy in mental healthcare delivery. *International Journal of Healthcare Management*, 7(2): 84-91.

Bugalho, M. & Miguel, J. 2002. Economia da Saúde: novos modelos. *Análise Social*, 166:51-75.

Burda, M., & Wyplosz, C. 2012. *Macroeconomics, a european text* (6th Edition). Oxford: University Press.

Campos, A., & Simões, J. 2014. *40 anos de abril na saúde* (Eds). Coimbra: Almedina.

Campos, A., & Simões, J. 2011. *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.

Carrondo, C. 2014. Do modelo do Bismarck ao Beveridge: O modelo de saúde português. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 13:14-6.

Cleverly, W., Song, P., & Cleverly, J. 2011. *Essentials of health care finance* (7th ed). Subdury: Jones & Bartlett Learnings.

Cuf infante santo. Áreas Clínicas. Disponível em, <https://www.saudecuf.pt/unidades/infante-santo/areas-clinicas/cirurgia-geral/areas-de-especializacao/Laparoscopia-Cirurgia-Minimamente-Invasiva>. Consultado a 10 de junho de 2017.

Daniels, N. 1982. Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Mem Fund Q*, 60:51–81 in Levesque, J., Harris M. e Russell, G. 2013. Patient-centered access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12: 1-9.

Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 12/93 - I Série A, p.135. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio. Diário da República n.º 102/2009 - I Série, p.3321. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro. Diário da República n.º 193/2009 - I Série, p.7291. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 127/2014, 22 de agosto. Diário da República n.º 161/2014 – I Série, p. 4416. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 21866/2002, 10 de outubro. Diário da República n.º 234/2002 – II Série, p.16880:1. Ministério da Saúde. Lisboa.

DGS - Direção Geral da Saúde. 2015. A saúde dos Portugueses: perspetiva 2015. Lisboa: DGS: Direção de Serviços de Informação e Análise.

Dolenc, P., Torras, M., & Uchitelle-Pierce, J. 2014. *Macroeconomics in context* (2nd Ed). Massachusetts: Tufts University Press.

Doyle, Y. & Bull, A. 2000. Role of private sector in United Kingdom healthcare system. *BMJ*, 321: 563-5.

Duarte, H., Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, Francisco. 2015. *Gestão de Recursos Humanos para Gestores* (1^oed). Lisboa: Editora RH.

ERS - Entidade Reguladora da Saúde. 2009. Avaliação de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos sistemas e seguros de saúde. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.

European Commission. 2017. Winter 2017 Economic Forecast – Portugal. Disponível em, http://ec.europa.eu/info/files/winter-2017-economic-forecast-portugal_en. Consultado a 26 de fevereiro de 2017.

Fernandes A. C. & Nunes A. M. 2016. Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29 (3):217-223.

Fernandes A. C. 2015. *A Combinação Público-Privado em Saúde: Impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português*. Dissertação de Doutoramento, ISCSP, Lisboa.

Fernandes, A. 2014. **A combinação público-privada** In Campos, A. & Simões, J. 2014. **40 anos de abril na saúde** (Eds.). Coimbra: Almedina, 211-231.

Goddard, J.A., Malek, M. e Tavakoli, M., 1994. An economic model of the market for hospital treatment of non-urgent conditions. *Health Economics* 4(1):41–56 in Propper, C. 2000. The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics*, 19: 855–876.

Grosse-Tebbe, S. & Figueras, J. 2005. “Snapshots of health systems”. *World Health Organization on European Observatory on Health Systems and Policies*, 50-52 in Propper, C. 2000. The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics*, 19: 855–876.

Guichard, S. 2004. The reform of the health care system in Portugal. *Economics Department* (Working Papers, n. ° 405). OECD Published.

Gupta, S., & D.R. Lehmann. 2003. Customers as Assets. *Journal of Interactive Marketing*, 17 (1), 9-24.

Human Resources. 2016. Média salarial de Portugal vs União Europeia. Disponível em, <http://hrportugal.pt/2016/05/23/media-salarial-de-portugal-vs-da-uniao-europeia/>. Consultado a 7 de janeiro de 2017.

INE - Instituto Nacional de Estatística. 2016. Anuário Estatístico de Portugal de 2015, ISSN 0872-5055. Lisboa: INE

INE - Instituto Nacional de Estatística. 2015. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União – Dia Mundial da população. Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

INE - Instituto Nacional de Estatística. 2006. Documento metodológico, operação estatística: indicadores demográficos. Lisboa: INE - Departamento de estatísticas sociais.

INE - Instituto Nacional de Estatística. 2003. Conceitos estatísticos em saúde. Lisboa: INE - Serviço de Sistemas e Metainformação.

INE - Instituto Nacional de Estatística. 1960. X Recenseamento Geral da População. Portugal: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em, file:///C:/Users/Telma%20Martins/Downloads/Tomo%202.pdf. Consultado a 24 de maio de 2017.

ISP - Instituto de Seguros de Portugal. 2012. Relatório de atividades - Estatística de Seguros. Lisboa: Instituto de Seguros de Portugal.

ISP - Instituto de Seguros de Portugal. 2013. Guia de seguros e Fundos de pensões. Lisboa: Instituto de Seguros de Portugal.

Jannuzzi, P. 2004. *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações para formulação e avaliação de políticas públicas, elaboração de estudos socioeconômicos* (3ª ed). Campinas: Alínea.

Kumar, V., and D. Shah. 2004. Building and Sustaining Profitable Customer Loyalty for the 21st Century. *Journal of Retailing* 80 (4): 317-330.

Lage, M. 2010. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10:11-16.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Diário da República n.º 195/90 - I Série, p.3452. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. Diário da República n.º 176/2009 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Levesque, J., Harris M. e Russell, G. 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12: 1-9.

Mankiw, G. 2013. *Principals of economics* (6th ed). Kentucky: Cengage Learning.

MedicalPort. 2016. Apendicectomia programada (remoção do apêndice). Disponível em, <http://www.medicalport.org/pt/procedimentos-medicos-turismo/cirurgia-geral/apendicectomia.aspx>. Consultado a 10 de junho de 2017.

Milan, G. S., Prestes A. R., Munhoz, L. P. S. 2010. Análise do Valor do cliente (Lifetime Value): Um Estudo Ambiente em uma Operadora de Planos de Saúde. *Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos*, 7 (2):123-134.

Moreno, C. 2010. *Como o Estado gasta o nosso dinheiro*. Alfragide: Editora Caderno.

OCDE. 2002. Glossary of statistical terms. Disponível em <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=1163>, consultado a 3 de junho de 2017.

OCDE. 2012. *Health at a glance: Europe 2012*. Disponível em <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=6079>, aceso em 28 de novembro de 2016.

Oliveira, M. 2010. “Evolução da oferta”, em *30 anos do serviço nacional de saúde*: 271-296. Coimbra: Almedina.

Oliveira, M., & Pinto, C. 2005. Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14, 203-220.

Penchansky R. e Thomas W. 1981. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19:127–140 in Propper, C. 2000. The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics*, 19: 855–876.

Pfeifer, P.E., & H. Bang. 2005. Non-Parametric Estimation of Mean Customer Lifetime Value. *Journal of Interactive Marketing*, 19 (4), 48-66.

Pinto, G., & Aragão, F. 2003. *Health care rationing in Portugal, a retrospective analysis*. Associação Portuguesa de Economia de Saúde, Lisboa.

PORDATA. 2017a. Administrações Públicas: despesas, receitas e défice/excedente público, em % do PIB | INE | Eurostat | Entidades Nacionais - Contas Nacionais Anuais. Disponível em,

<https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%ABlicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+p%C3%ABlico++em+percentagem+do+PIB-1762>. Consultado a 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017b. Consultas médicas nos centros de saúde: total e por algumas especialidades médicas | INE | DGS/MS - Inquérito aos Centros de Saúde. Disponível em, [https://www.pordata.pt/Municipios/Consultas+m%C3%A9dicas+nos+centros+de+sa%C3%BAde+total+e+por+algumas+especialidades+m%C3%A9dicas+\(1999+2012\)-249](https://www.pordata.pt/Municipios/Consultas+m%C3%A9dicas+nos+centros+de+sa%C3%BAde+total+e+por+algumas+especialidades+m%C3%A9dicas+(1999+2012)-249). Consultado a 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017c. Consumo privado em % do PIB| INE | BP - Contas Nacionais. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Consumo+Privado+em+percentagem+do+PIB-2937>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017d. INE | Consumo público em % do PIB| BP - Contas Nacionais. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Consumo+P%C3%ABlico+em+percentagem+do+PIB-2823>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017e. Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador | INE - Conta Satélite da Saúde. Disponível em, <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+total+e+por+tipo+de+prestador-2958>. Consultado a 20 de junho de 2017.

PORDATA. 2017f. Despesas médias de consumo final das famílias: total e por tipo de bens e serviços [Inquérito ao emprego | INE | Contas Nacionais Anuais. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+m%C3%A9dias+de+consumo+final+das+fam%C3%ADlias+total+e+por+tipo+de+bens+e+servi%C3%A7os-768>, consultado 6 de fevereiro de 2017.

PORDATA. 2017g. Emigrantes por mil habitantes | INE. Disponível em <https://www.pordata.pt/Site/MicroPage.aspx?DatabaseName=Portugal&MicroName=Emigrantes+por+mil+habitantes&MicroURL=832&>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017h. Emprego e mercado de trabalho | INE - Estimativas anuais da população residente. Disponível em [https://www.pordata.pt/Site/MicroPage.aspx?DatabaseName=Portugal&MicroName=Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)&MicroURL=550&](https://www.pordata.pt/Site/MicroPage.aspx?DatabaseName=Portugal&MicroName=Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)&MicroURL=550&), consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017i. Estimativas anuais da população residente | INE. Disponível em <https://www.pordata.pt/Site/MicroPage.aspx?DatabaseName=Portugal&MicroName=Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo&MicroURL=6&>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017j. Estimativas anuais da população residente | INE. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A9rnicos-513>. Consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017k. Estimativas anuais da população residente | INE. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente-359>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017l. Estimativas anuais da população residente | INE. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017m. Estimativas anuais da população residente | INE. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017n. Índice de dependência de idosos | INE - Estimativas anuais da população residente. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017o. Índice de envelhecimento | INE. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017p. Índice de longevidade segundo os Censos | INE - Estimativas anuais da população residente. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+longevidade-457>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017q. Remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo | GEP/MTSSS (até 2009) | GEE/MEc (a partir de 2010) - Quadros de Pessoal. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Remunera%C3%A7%C3%A3o+base+m%C3%A9dia+mensal+dos+trabalhadores+por+conta+de+outrem+total+e+por+sexo-367>, consultado 20 de fevereiro de 2017.

PORDATA. 2017r. PIB (base=11) | INE| BP – Contas nacionais. Disponível em [https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+\(base+2011\)-130](https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+(base+2011)-130). Consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017s. População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) | INE - Estimativas Anuais da População Residente. Disponível em, [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-884](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-884). Consultado a 20 de fevereiro de 2017.

PORDATA. 2017t. Rendimento disponível dos particulares em % do PIB | INE | BP. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Rendimento+dispon%C3%ADvel+bruto+e+poupan%C3%A7a+das+fam%C3%ADlias+em+percentagem+do+PIB-2834>. Consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017u. Saldos populacionais anuais: total, natural e migratório | INE | Estimativas Anuais da População Residente. Disponível em, <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>. Consultado a 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017v. Taxa bruta de natalidade | INE - Estimativas anuais da população residente. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017w. Taxa bruta de natalidade | INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/taxa-bruta-de-natalidade-366>, consultado 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2017x. Taxa de Inflação (Taxa de Variação do Índice de Preços no Consumidor): total e por consumo individual por objetivo| INE - Índice de Preços no Consumidor(IPC). Disponível em [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+Infla%C3%A7%C3%A3o+\(Taxa+de+Varia%C3%A7%C3%A3o+do+%C3%8Dndice+de+Pre%C3%A7os+no+Consumidor\)+total+e+por+consumo+individual+por+objetivo-2315](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+Infla%C3%A7%C3%A3o+(Taxa+de+Varia%C3%A7%C3%A3o+do+%C3%8Dndice+de+Pre%C3%A7os+no+Consumidor)+total+e+por+consumo+individual+por+objetivo-2315), consultado 20 de fevereiro de 2017.

PORDATA. 2017z. Taxa de risco de pobreza: antes e após transferências sociais | Eurostat (até 2000) | INE (a partir de 2001) - Painel Europeu de Agregados Domésticos Privados (até 2002) | Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (a partir de 2003). Disponível em <https://www.pordata.pt/Site/MicroPage.aspx?DatabaseName=Portugal&MicroName=Taxa+de+risco+de+pobreza+antes+e+ap%C3%B3s+transfer%C3%A2ncias+sociais&MicroURL=2399&>. Consultado a 20 de maio de 2017.

PORDATA. 2015a. População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) | INE - Recenseamentos Gerais da População. Disponível em, [https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-380](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-380). Consultado a 20 de fevereiro de 2017.

PORDATA. 2015b. Remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo | GEP/MTSSS (até 2009) | GEE/MEc (a partir de 2010) - Quadros de Pessoal. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Remunera%C3%A7%C3%A3o+base+m%C3%A9dia+mensal+dos+trabalhadores+por+conta+de+outrem+total+e+por+sexo-235>. Consultado a 20 de fevereiro de 2017.

PORDATA. 2015c. Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo | INE. Disponível em [https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+desemprego+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-405](https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+desemprego+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo+(percentagem)-405), consultado 20 de maio de 2017.

Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio. Diário da República n.º 92/2010 - I Série, p.1641. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto. Diário da República n.º 163/2010 - I Série, p.3675. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1056-A/2010, de 14 de outubro. Diário da República n.º 200/2010 (Suplemento) - I Série, p.4530. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro. Diário da República n.º 232/2010 - I Série, p.5409. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro. Diário da República n.º 19/2011 - I Série, p.567. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro. Diário da República n.º 183/2012 - I Série, p.5323-5327. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 291/2012, de 24 de setembro. Diário da República n.º 185/2012 - I Série, p.5376-5392. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 35/2014, de 12 de fevereiro. Diário da República n.º 30/2014 - I Série, p.1355. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 111/2014, de 23 de maio. Diário da República n.º 99/2014 - I Série, p.2947-2950. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 166/2014, de 21 de agosto. Diário da República n.º 160/2014 - I Série, p.4372-4382. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 167-A/2014, de 21 de agosto. Diário da República n.º 160/2014 (Suplemento) - I Série, p.4394. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portela, S. L. 2010. *Modelling Partial Customer Churn in the Portuguese Fixed Telecommunications Industry by Using Survival Models*. Dissertação de Doutoramento, ISCTE-IUL, Lisboa.

Propper, C. 2000. The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics*, 19: 855–876.

Rais, A. & Viana A. 2010. Operations Research in Healthcare: a survey. *International Transactions in Operational Research*, 18:1-31.

Ribeiro, J. M. 2009. *Saúde – A liberdade de escolher* (1ªed). Lisboa: Gradiva

SEC - Sistema Europeu de Contas. 2010. Metainformação Eurostat.

Silva, C. J. 2011. *Macroeconomia* (1ªed). Lisboa: Verlag-Dashofer.

Simões J. 2004. As parcerias público-privadas no setor de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 4:79-90.

Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., Souliotis, K. 2005. The "unexpected" growth of the private sector in Greece. *Health Policy*, 74: 167-180.

Tucker, I. B. 2010. *Macroeconomics for today* (7th ed). Mason: Cengage Learning.

Vavra, T.G. 1994. Selling after the sale: The advantages of aftermarketing. *Supervision*, 55(10):9-12.

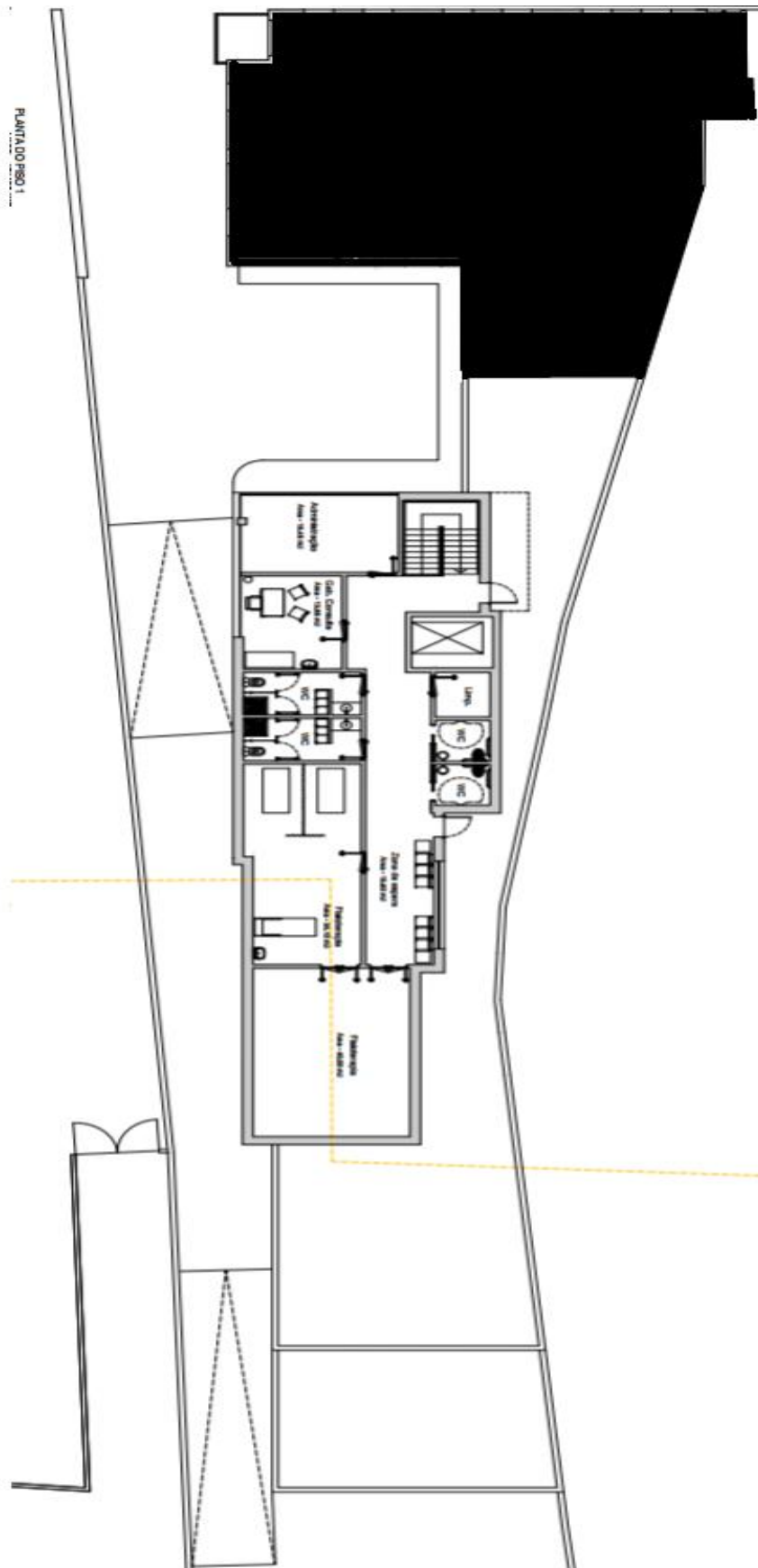
Vecchio, M. D., Fenech, L., Prenestini, A. 2015. Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS. *Health Policy*, 119(3): 356–366.

WHO. 2002. *The role of private sector and privatization in European health systems*. Trabalho apresentado em Regional Committee for Europe, Copenhaga.

Whitehead, M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22:429–445 in Levesque, J., Harris M. e Russell, G. 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12: 1-9.

ANEXOS

ANEXO I – PLANTA PISO 0



APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DAS ETAPAS DO PROJETO CALENDARIZADAS

	Planeamento das etapas do projeto														
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	2022	2023	2024	
	jun	set-dez	jan-mai	set-dez	jan	fev-abr	jun-dez	jan-jul	ago-nov	dez	jan	fev-abr	mai-dez	jan-dez	jan-dez
Fase 1															
Aquisição do terreno	X														
Elaboração do projeto das infraestruturas		X	X												
Recolha de orçamentos		X	X												
Planeamento do modo de financiamento				X	X										
Aprovação do projeto pela ERS e pedido de licenças						X									
Fase 2															
Início da construção							X	X							
Aquisição de equipamentos e materiais								X	X						
Divulgação das novas instalações e serviços (Pré-abertura)									X						
Fase 3															
Início da atividade										X					
Consolidação dos protocolos já existentes e criação de novas parcerias										X	X	X	X		
Divulgação das novas instalações e serviços (Pós-abertura)										X	X				
Fase 4															
Desenvolvimento e consolidação da atividade da empresa										X	X	X	X	X	X

APÊNDICE III - TABELA DE INVESTIMENTOS

<i>Investimentos</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Valor de aquisição (EUR)</i>	<i>Total (EUR)</i>
Construção	1	350000,00	350000,00
Medicina dentária			
Mobiliário	1	2975,61	2975,61
Cadeiras de medicina dentária	2	12195,12	24390,24
Fotopolimerizador portátil	1	630,08	630,08
Material diverso	1	406,50	406,50
Fisioterapia			
Conjunto modular para fisioterapia	1	1170,73	1170,73
Rolos posturais (15 cm ø)	2	26,83	53,66
Almofadas de cunha	1	28,46	28,46
Barras paralelas para treino de marcha	1	530,08	530,08
Marquesas com orifício facial e reclinável	2	175,53	351,06
Colchão elevado	1	37,80	37,80
Passadeira	1	406,50	406,50
Elíptica	1	211,37	211,37
Tábua de Freeman	1	25,20	25,20
Pedaleira	1	37,80	37,80
Bola de vinil (15/10 cm ø)	2	4,88	9,76
Bolas medicinais (1,5 kg)	1	33,33	33,33
Bolas medicinais (3 kg)	1	59,35	59,35
Bola Pilates	7	4,88	34,15
Bolas medicinais (5kg)	1	87,80	87,80
Pesos para pulsos e tornozelos (1Kg)	2	9,75	19,50
Pesos para pulsos e tornozelos (2kg)	2	13,00	26,00
Halters (0,5 kg)	2	3,24	6,49
Halters (1,5kg)	2	6,50	12,99
Halters (3Kg)	2	10,56	21,12
Halters (5kg)	2	14,63	29,25
Bolas de gel exercitadoras de mãos	4	4,47	17,89
Exercitador de mãos	2	8,94	17,89
Exercitador de dedos	1	23,98	23,98
Exercitador respiratório	1	14,23	14,23
Panela de parafina	2	55,28	110,57

Ondas de choque	1	5995,00	5995,00
Aparelho combinado de Correntes/Ultrasons/Laser	1	2750,00	2750,00
Hidrocoletor (cap. 8 compressas)	1	714,26	714,26
Pachos para calor húmido - cervical	1	12,20	12,20
Pachos para calor húmido - coluna	1	23,80	23,80
Pachos para calor húmido - Lombar	1	24,67	24,67
Pachos para calor húmido - joelho e ombro	2	24,98	49,97
Compressor de nebulização	1	56,78	56,78
Tapetes para exercícios no chão	7	17,48	122,36
Esponjas para elétrodos	6	4,00	24,00
Banco	1	16,26	16,26
Mesa	1	20,33	20,33
Ginecologia			
Marquesa ginecológica	1	480,49	480,49
Equipamento de telecomunicações			
Portáteis	8	528,46	4227,64
Computadores	4	772,36	3089,43
Telefone fixo sem fios	11	9,76	107,32
Mobiliário			
Balcão	1	691,06	691,06
Mesa de reunião	1	223,58	223,58
Móveis diversos	1	4065,04	4065,04
Dispensador de papel higiénico	12	24,39	292,68
Dispensador de sabão	12	13,82	165,85
Secador de mãos	12	97,56	1170,73
Lava mãos	6	284,55	1707,32
Vestiários	3	104,07	312,20
Secretárias	8	113,82	910,57
Sofá de espera triplo	2	252,03	504,07
Cadeiras	25	24,39	609,76
Cadeiras de escritório	7	97,56	682,93
		TOTAL	410829,67

APÊNDICE III - TABELA DE AMORTIZAÇÕES (EUR)

Investimentos	Vida útil	AMORTIZAÇÕES									
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Construção	20	17500,00	17500,00	17500,00	17500,00	17500,00	17500,00	17500,00	17500,00	17500,00	17500,00
Medicina dentária											
Mobiliário	8	371,95	371,95	371,95	371,95	371,95	371,95	371,95	371,95		
Cadeiras de medicina dentaria	3	8130,08	8130,08	8130,08							
Fotopolimerizador portatil	3	210,03	210,03	210,03							
Material diverso	7	58,07	58,07	58,07	58,07	58,07	58,07	58,07			
Fisioterapia											
Conjunto modular para fisioterapia	7	167,25	167,25	167,25	167,25	167,25	167,25	167,25			
Rolos posturais (15 cm ø)	7	7,67	7,67	7,67	7,67	7,67	7,67	7,67			
Almofadas de cunha	7	4,07	4,07	4,07	4,07	4,07	4,07	4,07			
Barras paralelas para treino de marcha	7	75,73	75,73	75,73	75,73	75,73	75,73	75,73			
Marquesas com orifício facial e reclinável	7	50,15	50,15	50,15	50,15	50,15	50,15	50,15			
Colchão elevado	7	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40			
Passadeira	3	135,50	135,50	135,50							
Elíptica	3	70,46	70,46	70,46							
Tábua de Freeman	7	3,60	3,60	3,60	3,60	3,60	3,60	3,60			
Pedaleira	7	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40			
Bola de vinil (15/10 cm ø)	7	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39			
Bolas medicinais (1,5 kg)	7	4,76	4,76	4,76	4,76	4,76	4,76	4,76			
Bolas medicinais (3 kg)	7	8,48	8,48	8,48	8,48	8,48	8,48	8,48			
Bola Pilates	7	4,88	4,88	4,88	4,88	4,88	4,88	4,88			
Bolas medicinais (5kg)	7	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54	12,54			
Pesos para pulsos e tornozelos (1Kg)	7	2,79	2,79	2,79	2,79	2,79	2,79	2,79			
Pesos para pulsos e tornozelos (2kg)	7	3,71	3,71	3,71	3,71	3,71	3,71	3,71			
Halters (0,5 kg)	7	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93			
Halters (1,5kg)	7	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86			
Halters (3Kg)	7	3,02	3,02	3,02	3,02	3,02	3,02	3,02			
Halters (5kg)	7	4,18	4,18	4,18	4,18	4,18	4,18	4,18			
Bolas de gel exercitadoras de mãos	7	2,56	2,56	2,56	2,56	2,56	2,56	2,56			
Exercitador de mãos	7	2,56	2,56	2,56	2,56	2,56	2,56	2,56			
Exercitador de dedos	7	3,43	3,43	3,43	3,43	3,43	3,43	3,43			
Exercitador respiratório	7	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03			
Panela de parafina	7	15,80	15,80	15,80	15,80	15,80	15,80	15,80			
Ondas de choque	3	1998,33	1998,33	1998,33							
Aparelho combinado de Correntes/Ultra-sons/Laser	3	916,67	916,67	916,67							
Hidrocolector (cap. 8 compressas)	3	238,09	238,09	238,09							
Pachos para calor húmido - cervical	7	1,74	1,74	1,74	1,74	1,74	1,74	1,74			
Pachos para calor húmido - coluna	7	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40			
Pachos para calor húmido - Lombar	7	3,52	3,52	3,52	3,52	3,52	3,52	3,52			
Pachos para calor húmido - joelho e ombro	7	7,14	7,14	7,14	7,14	7,14	7,14	7,14			
Compressor de nebulização	7	8,11	8,11	8,11	8,11	8,11	8,11	8,11			
Tapetes para exercicios no chão	7	17,48	17,48	17,48	17,48	17,48	17,48	17,48			
Esponjas para eléctrodos	7	3,43	3,43	3,43	3,43	3,43	3,43	3,43			
Banco	8	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03	2,03		2,03	
Mesa	8	2,54	2,54	2,54	2,54	2,54	2,54	2,54		2,54	
Ginecologia											
Marquesa ginecológica	7	68,64	68,64	68,64	68,64	68,64	68,64	68,64			
Equipamento de telecomunicações											
Portáteis	3	1409,21	1409,21	1409,21							
Computadores	3	1029,81	1029,81	1029,81							
Telefone fixo sem fios	3	35,77	35,77	35,77							
Mobiliário											
Balcão	8	86,38	86,38	86,38	86,38	86,38	86,38	86,38		86,38	
Mesa de reunião	8	27,95	27,95	27,95	27,95	27,95	27,95	27,95		27,95	
Móveis diversos	8	508,13	508,13	508,13	508,13	508,13	508,13	508,13		508,13	
Dispensador de papel higiénico	8	36,59	36,59	36,59	36,59	36,59	36,59	36,59		36,59	
Dispensador de sabão	8	20,73	20,73	20,73	20,73	20,73	20,73	20,73		20,73	
Secador de mãos	8	146,34	146,34	146,34	146,34	146,34	146,34	146,34		146,34	
Lava-mãos	8	213,41	213,41	213,41	213,41	213,41	213,41	213,41		213,41	
Vestiários	8	39,02	39,02	39,02	39,02	39,02	39,02	39,02		39,02	
Secretárias	8	113,82	113,82	113,82	113,82	113,82	113,82	113,82		113,82	
Sofá de espera triplo	8	63,01	63,01	63,01	63,01	63,01	63,01	63,01		63,01	
Cadeiras	8	76,22	76,22	76,22	76,22	76,22	76,22	76,22		76,22	
Cadeiras de escritório	8	85,37	85,37	85,37	85,37	85,37	85,37	85,37		85,37	
TOTAL		34033,14	34033,14	34033,14	19859,19	19859,19	19859,19	19859,19	19293,50	17500,00	17500,00