

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**ANÁLISE DO DESEMPENHO E DA VIABILIDADE
ECONÓMICA E FINANCEIRA DO NOVO HOSPITAL DE
PROXIMIDADE DE LAMEGO COM
CARACTERÍSTICAS DE INOVAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

MARIA JOÃO ROÇADAS ARAÚJO

ORIENTADORA: Professora Doutora Carla Marques



VILA REAL, 2012

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Departamento de Economia, Sociologia e Gestão

**ANÁLISE DO DESEMPENHO E DA VIABILIDADE
ECONÓMICA E FINANCEIRA DO NOVO HOSPITAL DE
PROXIMIDADE DE LAMEGO COM
CARACTERÍSTICAS DE INOVAÇÃO**

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

**Autor:
Maria João Roçadas Araújo**

**Orientador:
Professora Doutora Carla
Marques**

VILA REAL, 2012

Este estudo foi elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que tornaram possível a realização deste estudo, mais concretamente:

- À Professora Doutora Carla Marques, pela disponibilidade e paciência demonstradas;
- À minha irmã Ana e ao meu marido, pela disponibilidade, apoio e paciência;
- À minha mãe e ao seu marido pelo suporte, apoio, paciência e presença nos bons e nos maus momentos;
- A todos os que não foram referidos mas que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

RESUMO

A temática da saúde assume uma relevância crescente, quer pelo facto da qualidade de vida das pessoas assumir uma importância cada vez maior, quer pelo impacto económico que o sector dos serviços de saúde já assumiu. O ser humano constitui o objeto dos serviços de saúde, facto que contribui para uma maior complexidade do sector. Ou seja, as pessoas exigem um nível de qualidade de serviço cada vez maior, apesar de não terem, na maior parte das situações, o conhecimento suficiente para avaliar eficazmente os diferentes prestadores de serviço.

A inovação tem tido um imenso impacto no desenvolvimento recente dos serviços de saúde, em diversos aspetos, desde o aparecimento de novas tecnologias associadas aos equipamentos médicos, até à criação de novos modelos de organização dos serviços.

O presente estudo analisou o carácter inovador do Novo Hospital de Proximidade de Lamego, e avaliou a viabilidade económica e financeiro do projeto de investimento, para obter informação relevante para a tomada de decisão de investimento em inovação.

Concluiu-se que o Novo Hospital de Proximidade de Lamego apresenta características de inovação e é viável económica e financeiramente.

Palavras-Chave: Inovação, hospital de proximidade, desempenho financeiro, viabilidade económica e financeira.

ABSTRACT

The issue of health is an increasingly important, both because the quality of life of people assume a growing importance, both for the economic impact that the health services sector has already taken. The human being is the subject of health services, which contributes to greater complexity of the sector. That is, people demand a level of service quality increased, although not in most situations, sufficient knowledge to assess effectively the different service providers.

The innovation has had a huge impact on the recent development of health services in many aspects, from the emergence of new technologies related to medical equipment, to creating new models of service organization.

The present study analyzed the innovative character of the New Hospital Proximity Lamego, and evaluated financial viability of the investment project, to obtain relevant information for making decision to invest in innovation.

It was concluded that the Lamego New Hospital Proximity has characteristics of innovation and is economically and financially viable.

Keywords: innovation, hospital outreach, financial performance, financial and economic feasibility.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE QUADROS	9
ABREVIATURAS	10
I – INTRODUÇÃO.....	12
1.1 - INTRODUÇÃO	12
1.2 - OBJETIVOS DA TESE	12
1.3 - JUSTIFICAÇÃO TEÓRICA	13
1.4 - JUSTIFICAÇÃO PRÁTICA	14
1.5 - ESTRUTURA DA TESE	15
1.6 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	16
II – REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1- INOVAÇÃO NO PRODUTO E NOS SERVIÇOS.....	19
2.1.1 - <i>Introdução</i>	19
2.1.2 - <i>Inovação, importância e a dinâmica nos serviços</i>	21
2.1.3 - <i>Síntese e conclusões do capítulo</i>	24
2.2 - O DESEMPENHO FINANCEIRO DOS SERVIÇOS E A VIABILIDADE ECONÓMICA E FINANCEIRA DO PROJETO DE INVESTIMENTO .	25
2.2.1 – <i>O desempenho dos serviços</i>	25
2.2.2 - <i>Conceito e âmbito viabilidade económica e financeira de um projeto de investimento</i>	29
2.2.3 - <i>Síntese e conclusões do capítulo</i>	32
III – MODELO DE INVESTIGAÇÃO	34
3.1- INTRODUÇÃO.....	34
3.2 - MODELO DE INVESTIGAÇÃO	34
3.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	35
3.4 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	36
IV – METODOLOGIA.....	38
4.1 - INTRODUÇÃO	38
4.2 - OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	40
4.3 - RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	41
4.4 - FONTES DA INVESTIGAÇÃO.....	42
4.5 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	42
V – ESTUDO EMPÍRICO	44
5.1 - INTRODUÇÃO	44
5.2 – HOSPITAL DE LAMEGO	50

5.3 – DESCRIÇÃO DO NOVO HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO	51
5.4 - O HOSPITAL	55
5.5 - ANÁLISE PREVISIONAL DO DESEMPENHO E DA VIABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA	57
5.6 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	70
VI – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	73
6.1 - LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DE GESTÃO	73
6.2 - CONCLUSÕES	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	91
ANEXO I - CONTRATO PROGRAMA – PRODUÇÃO CONTRATADA.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: MODELO CONCEPTUAL DE INVESTIGAÇÃO	35
FIGURA 2: HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	36
FIGURA 3: VARIÁVEIS - INOVAÇÃO, VIABILIDADE ECONÓMICA E FINANCEIRA	40
FIGURA 4: ORGANIGRAMA CHTMAD, EPE	49
FIGURA 5: MARCO CONCEPTUAL DE UM HOSPITAL DE PROXIMIDADE	52
FIGURA 6: CONTRIBUIÇÕES DE UM HOSPITAL DE PROXIMIDADE	53
FIGURA 7: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE UM HOSPITAL DE PROXIMIDADE	54
FIGURA 8: HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO - MAQUETA	56
FIGURA 9: PRODUÇÃO CONTRATADA E REMUNERAÇÃO – CONTRATO PROGRAMA 2011	57

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: POPULAÇÃO SERVIDA PELO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE	45
QUADRO 2: COMPONENTES DO INVESTIMENTO.....	57
QUADRO 3: CONTRATO PROGRAMA 2011.....	58
QUADRO 4: PRODUÇÃO – CAPACIDADE INSTALADA.....	59
QUADRO 5: PRODUÇÃO TOTAL PREVISIONAL	60
QUADRO 6: CONSULTA EXTERNA.....	62
QUADRO 7: URGÊNCIA	62
QUADRO 8: HOSPITAL DE DIA	63
QUADRO 9: CIRURGIA AMBULATORIO	64
QUADRO 10: SERVIÇO DOMICILIÁRIO	64
QUADRO 11: PROVEITOS PREVISIONAIS - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (EUROS)	65
QUADRO 12: VARIAÇÃO DA PRODUÇÃO	66
QUADRO 13: AMORTIZAÇÕES	66
QUADRO 14: CUSTOS HISTÓRICOS COM VARIAÇÃO PROPORCIONAL À VARIAÇÃO DA PRODUÇÃO	67
QUADRO 15: DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS - HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO.....	68
QUADRO 16: DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS	69

ABREVIATURAS

CHTMAD, EPE - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

EBITDA - Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization

SNS – Serviço Nacional de Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

INA – Instituto Nacional da Administração

INE – Instituto Nacional Estatística

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

CIME – Cadastro e Inventário dos Móveis do Estado

VAL – Valor Atualizado Líquido

Tx - Taxa

CAPÍTULO I
INTRODUÇÃO

I – INTRODUÇÃO

1.1 - INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende analisar o desempenho financeiro e a viabilidade económica e financeira do Novo Hospital de Proximidade de Lamego com características de inovação do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.

1.2 - OBJETIVOS DA TESE

O problema em análise é o desempenho financeiro e a viabilidade económica e financeira do Novo Hospital de Proximidade de Lamego com características inovadoras do CHTMAD, EPE, numa perspetiva de análise económica e financeira do investimento. Dada a variedade de campos e áreas de investigação relacionadas com a inovação tecnológica nos hospitais, formas de análise da viabilidade económico-financeira e indicadores financeiros que podem ser utilizados, torna-se pertinente delimitar as áreas de intervenção.

É, por isso, importante verificar se o Novo Hospital de Proximidade de Lamego, com características de inovação, é viável ou não para CHTMAD, EPE, com recurso à análise do seu desempenho financeiro.

O presente estudo focalizado no projeto do Novo Hospital de Proximidade de Lamego centra-se fundamentalmente em duas vertentes, o carácter inovador e a vertente económica, relacionada com o elevado custo de aquisição.

Os objetivos deste estudo são:

1. Compreender e avaliar carácter inovador do Novo Hospital de Proximidade de Lamego;
2. Avaliar de que forma a criação de um novo hospital com características de inovação é viável económica e financeiramente.

1.3 - JUSTIFICAÇÃO TEÓRICA

A escolha deste tema justifica-se pela escassez de estudos sobre a componente económica e financeira da construção de novos hospitais, no caso hospitais de proximidade no sector da saúde em geral e em particular no CHTMAD, EPE. Dada a relevância do valor do objeto em análise neste estudo, torna-se pertinente uma análise técnica e económica e financeira do investimento, para se avaliar o seu desempenho e a sua viabilidade.

Contudo, a aposta na inovação tecnológica para oferta de novos e/ou diferenciados serviços é condição obrigatória (ou indispensável) do contexto social atual, dado que pode ser considerado como um fator de aumento da qualidade dos serviços prestados e, deste modo, aumentar o grau de satisfação dos utentes, contribuindo para a sua qualidade de vida.

Segundo Winston (1994), um dos grandes objetivos dos hospitais (a sua grande missão) deve ser a satisfação dos utentes, com base na sua satisfação, na qualidade do serviço prestado e na criação de valor acrescentado. Para este autor os serviços de saúde não devem ser vistos, fundamentalmente, pela perspetiva do marketing e de análise de desempenhos, mas sim, pela definição de objetivos responsáveis e mensuráveis, avaliando a concretização dos mesmos.

Ainda, segundo Coddington *et al* (2000, p.16) “*a tecnologia foi um dos dois, ou três mais importantes fatores que influenciaram os custos da saúde e a sua qualidade nas duas últimas décadas*”. O investimento na inovação tecnológica, ainda que recente, pode considerar-se uma mais-valia para a vida humana, dado que influi na melhoria da sua qualidade de vida das pessoas, sendo igualmente certo que estes equipamentos comportam riscos elevados, quer pelo seu preço, quer pelo reduzido grau de implementação no mercado.

Neste domínio, o aumento constante dos custos do sistema de saúde e o papel a ser desenvolvido pela inovação tecnológica podem trazer melhorias à qualidade do sistema, mas simultaneamente acarretam maiores níveis de custos.

No entanto, verifica-se uma tendência generalizada, por parte das pessoas e por parte do poder instituído, em considerar que, para o sector da saúde, não se devem aplicar as mesmas noções de rentabilidade, que são adotadas para a generalidade dos sectores, dado que, o principal objetivo dos serviços de saúde são as pessoas e a preservação da sua qualidade de vida, conforme refere Weisbrod (1991).

Quando se aborda a temática da inovação tecnológica na área da saúde, estamos perante um universo muito amplo, desde os sistemas de informação clínicos, a novas tecnologias e aos aspetos sociais, éticos e legais a eles relacionados.

Segundo Woods (2002), existem diversos equipamentos que tratam doenças consideradas raras, mas dos quais resultam poucos benefícios e custos muito elevados. Por sua vez, os aparelhos médicos fazem parte das tecnologias da saúde que mudam mais rapidamente, sendo, por isso, necessária uma avaliação sistemática, dado o seu ciclo de vida ser muito curto e os potenciais financiadores necessitarem de dados sobre a viabilidade dos projetos.

Conforme referem Pinto *et al.* (2000), persiste a não avaliação dos novos equipamentos introduzidos nos hospitais. Este facto, da não existência de uma avaliação custo-benefício prévia à aquisição de equipamentos possuidores de novas tecnologias, pode ser prejudicial para os doentes dado que estes podem ficar sem acesso a outras alternativas de diagnóstico e terapêuticas e para os operadores de saúde que podem vir a adquirir equipamentos sem viabilidade económica, sendo certo que os contribuintes vão ter que suportar os custos.

Estes aspetos, para Herzlinger (1997), considerados de conveniência noutros serviços podem tomar uma dimensão positiva, contudo nos serviços de saúde podem ser considerados como irrelevantes dado que o mais importante e essencial é salvar vidas e melhorar a qualidade de vida dos utentes.

1.4 - JUSTIFICAÇÃO PRÁTICA

Não obstante a avaliação das organizações de saúde, ao nível do hospital não tem uma abordagem idêntica a outros sectores de serviços.

A oferta de serviços de um hospital é vasta e complexa. Esta oferta não é suportada muitas vezes em fundamentos racionais, dado que confluem nos serviços de saúde vários atores com diferentes poderes e com visões diferenciadas.

Isto é, no processo de posicionamento de uma organização de serviços, é fundamental definir uma diferenciação específica face à concorrência (Lovelock *et al.*, 1999), relativamente a um alvo definido, e assim tentar retirar uma vantagem competitiva.

Ou seja, são os clientes que definem quem é mais competitivo num dado sector. No sector dos serviços de saúde, e em particular nos hospitais, existe um obstáculo, que provavelmente não será único nos serviços, mas que no presente caso é mais evidente e determinante: os doentes não possuem os conhecimentos adequados e suficientes para fazerem uma avaliação do serviço prestado. Os equipamentos médicos que são objeto de inovação com cariz radical são escassos e tratam doenças muito específicas, o que contribui para uma dificuldade adicional sobre a avaliação do seu impacto no desempenho dos hospitais e respetivos serviços.

A melhoria dos resultados dos hospitais pode não se justificar apenas pelos aumentos dos investimentos em inovação tecnológica. Por exemplo, um hospital pode aumentar os seus resultados num dado serviço especializado porque a população abrangida por esse mesmo hospital pode ter aumentado significativamente, independentemente do investimento realizado em inovação tecnológica.

Assim, o processo inicia-se com a definição das proposições de investigação, posterior recolha de dados qualitativos dos vários casos selecionados e a sua análise. O processo subsequente deve ser interativo, já que através da construção da evidência e suportado na validade interna, os resultados obtidos deverão ser comparáveis com a literatura de suporte à investigação.

1.5 - ESTRUTURA DA TESE

A presente tese é composta por seis capítulos. No capítulo I é introduzido o tema de investigação, delineando-se os objetivos e a sua justificação teórica e prática.

No capítulo II desenvolve-se a revisão da literatura sobre os principais temas em análise. Neste capítulo aborda-se a inovação nos serviços, a sua importância e dinâmica, referem-se os principais modelos de inovação em serviços, procede-se a uma síntese sobre a inovação nos serviços de saúde. Ainda se aborda o desempenho financeiro e a viabilidade económica e financeira nos serviços, define-se o conceito e âmbito, desenvolve-se o tema para o objeto de estudo e referem-se os indicadores de desempenho financeiro e de viabilidade económica e financeira utilizados.

No capítulo III descreve-se o modelo de investigação. Conceptualiza-se o modelo de investigação, iniciando-se o processo através de uma síntese da revisão da literatura. Posteriormente elabora-se o modelo e formulam-se as proposições de investigação.

No capítulo IV descreve-se a metodologia de investigação. Inicia-se com a definição do objeto de investigação e respetiva estratégia de pesquisa. Depois aborda-se o contexto empírico que vai condicionar o processo metodológico quanto à recolha e análise de dados. Finalmente referem-se as fontes de validade da investigação.

O capítulo V é dedicado ao estudo empírico. Faz-se uma caracterização do hospital em análise, descreve-se a tipologia de Hospital de Proximidade e procede-se à avaliação do desempenho e da viabilidade económica e financeira.

O capítulo VI procede-se à avaliação das implicações da investigação, limitações e recomendações de gestão, procede-se, também, à discussão das principais conclusões da tese.

1.6 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

A temática da saúde assume uma relevância crescente, quer pelo facto da qualidade de vida das pessoas assumir uma importância cada vez maior, quer pelo impacto económico que o sector dos serviços de saúde já assumiu. O ser humano constitui o objeto dos serviços de saúde, facto que contribui para uma maior complexidade do sector. Ou seja, as pessoas exigem um nível de qualidade de serviço cada vez maior, apesar de não terem, na maior parte das situações, o conhecimento suficiente para comunicar eficazmente com os diferentes prestadores de serviço.

Por outro lado, os prestadores que operam nos serviços de saúde têm conhecimentos vastos e complementares, o que contribui para o aumento de rivalidades, e por consequência, da complexidade do sector.

A inovação tem tido um imenso impacto no desenvolvimento recente dos serviços de saúde, em diversos aspetos, desde o aparecimento de novas tecnologias associadas aos equipamentos médicos, até à criação de novos modelos de organização dos serviços.

Apesar das várias fases de inovação de que os serviços de saúde têm sido objeto, os seus custos têm aumentado e a avaliação de desempenho dos vários tipos de organização

que existem no sector não tem tido a relevância necessária. O presente estudo tem como enfoque especial o carácter inovador do conceito de Hospital de Proximidade, como inovação dos serviços.

A metodologia proposta é interativa, iniciando-se o processo através da formulação das proposições de investigação. Na fase subsequente, realiza-se a recolha e a análise dos dados, que podem suportar ou não, as proposições formuladas

Com o presente estudo pretende-se analisar o carácter inovador do Novo Hospital de Proximidade de Lamego, e avaliar o desempenho e a viabilidade económica e financeiro do projeto, para obter informação relevante para a tomada de decisão de investimento em inovação, neste caso, o Novo Hospital de Proximidade de Lamego, avaliando se este investimento é viável ou não. É importante para a gestão de uma organização saber se determinado investimento, que tendo carácter inovador, apresenta custos elevados de investimento, se é viável económica e financeiramente, daí a importância deste estudo que vai tentar dar resposta a esta solicitação.

CAPÍTULO II
REVISÃO DA LITERATURA

2.1- INOVAÇÃO NO PRODUTO E NOS SERVIÇOS

2.1.1 - INTRODUÇÃO

A inovação é vista, atualmente, como um processo interativo que envolve atores diversos e em constante mutação, formando redes e parcerias heterogêneas. Os recursos para a inovação estão mais dispersos na sociedade, comparativamente há poucas décadas atrás, e os clientes são mais exigentes e críticos com os produtos e serviços, tornando os parceiros do negócio, os concorrentes, consultores e utilizadores mais importantes no processo de inovação da empresa.

Na verdade, a importância da inovação nos serviços do sector privado é, já há muito tempo, consensual e comumente aceite, que evoluiu de forma rápida e que se iniciou com Barras (1986), passando por Freeman (1996), Cainelli, Giulio, Evangelista, Rinaldo and Savona, Maria (2004) até, mais recentemente, Djellal e Gallouj (2008).

Não obstante, a aplicação do conceito, inovação dos benefícios ou da importância no sector público, é muito mais recente, remontando já à atualidade, no séc. XXI (Becheikh *et al.*, 2007; Bovaird, 2007; Windrum & Koch, 2008; Potts, 2009). Apesar de recente, a importância da inovação nos serviços públicos tem lugar nas agendas políticas, assistindo-se a um aumento de medidas políticas e governamentais.

A inovação tem vindo a tornar-se, assim, uma atividade mais comum, envolvendo muitas pessoas a diferentes níveis. A organização da inovação deve ser mais “aberta” e “heterogênea” do que a existente anteriormente, em que os recursos para a inovação se encontravam concentrados nos laboratórios de pesquisa e no desenvolvimento das empresas ou nas instituições públicas (Fuglsang, 2008).

Segundo Terziovski (2007), procurando esquematizar esta questão da inovação, existem duas escolas de investigação em inovação: uma primeira mais centrada no consumidor, mais ligada à investigação na perspectiva do marketing, que procura compreender as causas do comportamento inovador dos consumidores; a segunda, onde o

presente estudo se enquadra, mais orientada pelas teorias organizacional e gestão estratégica, cujo objeto de análise é a organização.

O trabalho de Joseph Schumpeter, 1883 – 1950, teve uma influência determinante nas teorias da inovação. Na verdade, até 1960, poucas eram as publicações de natureza académica sobre esta matéria, porém, este autor surge, entretanto, defendendo que o desenvolvimento económico era determinado pela inovação através de um processo dinâmico em que novas tecnologias substituíam as anteriores, numa espécie de “destruição criativa”.

Segundo Nelson (1987), Schumpeter defendia que a tecnologia, tal como a inovação, não deviam ser consideradas como elementos superficiais à organização ou exógenos, antes deviam ser entendidas como endógenas ou cruciais para a organização, bem como para todo o sistema económico.

Na visão deste académico, as inovações radicais criavam as mudanças mais disruptivas, enquanto as inovações incrementais permitiam o desenvolvimento do processo de mudança. Nesta linha de pensamento, Schumpeter, 1883-1950, propôs uma classificação que apresenta cinco tipos de inovações: 1) introdução de novos produtos; 2) introdução de novos métodos de produção; 3) entrada em novos mercados; 4) desenvolvimento de novas fontes de fornecimento de matérias-primas ou outros recursos; 5) criação de novas estruturas de mercado numa indústria.

Conforme Fagerberg e Verspagen (2009), os contributos de Schumpeter na defesa da inovação enquanto principal motor ou impulsionador de mudanças económicas e sociais não foram, no entanto, aceites ou reconhecidos logo após a sua morte. Na verdade, só umas décadas depois se abandonaram as abordagens excessivamente matemáticas e estáticas e, por isso, demasiado limitativas e se desenvolveram novas abordagens, mais dinâmicas e equilibradas e também muito norteadas pelos princípios defendidos por Schumpeter.

Após Schumpeter, foram muitos os autores que consideraram a inovação como um processo linear, resultante da procura no mercado, designada *market-pull* ou *demand-pull innovation*, ou ainda, originada pelas descobertas científicas (*science-push innovation*). Esta linearidade é, no entanto, mais recentemente abandonada e o carácter mais complexo da inovação emerge, num emaranhado de relações entre potenciais utilizadores e os novos desenvolvimentos na ciência e tecnologia, numa perspetiva interativa.

2.1.2 - INOVAÇÃO, IMPORTÂNCIA E A DINÂMICA NOS SERVIÇOS

Segundo dados da OCDE (2005), o sector terciário engloba um conjunto de várias atividades que, nas últimas décadas, se tem desenvolvido a um ritmo elevado, passando assim os serviços a representar, não um sector residual, mas antes um sector que ocupa uma posição primordial na economia atual, gerando riqueza e emprego. Assim, surge naturalmente um crescente de interesse e discussão em torno dos serviços, em geral e, em particular, em torno das questões da inovação em serviços.

A dificuldade na análise da inovação no sector dos serviços, como já foi referido, tem a sua origem em dois motivos principais: por um lado, segundo Gallouj e Weinstein (1997), a teoria de inovação desenvolveu-se essencialmente através da análise da inovação tecnológica nas atividades do sector transformador; por outro lado, em conformidade com Miles (2008), o termo serviço é utilizado em muitas atividades e a natureza pouco clara do seu “*output*” dificulta a medição dos resultados através dos tradicionais métodos económicos e a sinalização “de onde” ocorre a inovação.

Na verdade, conforme o exposto e de acordo com Albury (2005), o estudo da inovação desenvolveu-se mais no sector privado, do que no sector público. O sector público foi, durante muito tempo, visto apenas como um elemento de suporte, de regulação e incentivo à inovação das empresas e não como organização que pode também inovar.

Porém, nas últimas décadas, assiste-se a uma crescente preocupação com este sector público e com a questão da inovação nos serviços, que lhes está inerente e daí resulta o acréscimo das iniciativas políticas e governamentais que procuram a inovação no sector público. No seguimento do denominado movimento da “Nova Gestão Pública”, um conjunto de preocupações e de conceitos entraram no domínio das organizações públicas, nomeadamente a preocupação com o fomento da inovação nas organizações pertencentes a este sector.

No sector público, em geral, nos serviços em particular, é evidente a complexidade e multidimensionalidade do conceito de inovação. As inovações podem ser desenvolvidas no seio das organizações públicas ou adotadas do exterior. Podem caracterizar-se por diferentes níveis de novidade, desde incrementais até inovações disruptivas. As dimensões sociais e políticas são características da inovação no sector público e acrescentam ainda maior ambiguidade ao processo de inovação.

A tentativa de abordagem, de definição, de conceptualização de serviços tem sofrido evoluções, e, em meados do séc. XX, os economistas já haviam abandonado teorias, que consideravam obsoletas, assentes na distinção entre trabalho produtivo e improdutivo, sendo que este último havia rotulado, durante demasiado tempo, os serviços. Assim, segundo Lovelock e Gummesson (2004), consideravam já que era válida a contribuição económica dos serviços, uma vez que eles eram vendidos a um preço que refletia os seus benefícios nos consumidores, dado que o fim da atividade económica dos serviços é o consumo e não a formação de capital.

Nos anos 70 e 80, estudiosos na matéria dos serviços defenderam que os serviços possuem desafios de gestão particulares que não são explicados pela teoria e ensino da época, centrada no contexto da indústria transformadora e extrativa, cujo *output* é medido pelos bens produzidos (Judd, 1964; Levitt, 1972; Hill, 1977; Chase, 1978; Bateson, 1979; Berry, 1980).

Depois de identificar algumas fragilidades inerentes à classificação e caracterização dos serviços, como sejam a intangibilidade, a inseparabilidade, a heterogeneidade e a perecibilidade, Lovelock e Gummesson (2004), apresentam uma nova visão relevante para a análise dos serviços públicos em geral.

Segundo os referidos autores, os serviços incluem uma forma de prestação ou acesso através dos quais os consumidores obtêm benefícios ao ganharem o direito de usar determinado objeto, aceder a determinada informação ou conhecimento de especialista, a um espaço ou uma rede.

Dentro da não-propriedade, Lovelock e Gummesson (2004), apresentam as seguintes categorias: serviços de aluguer de objetos; serviços de aluguer de espaços; serviços de prestação de trabalho e de conhecimento; serviços de acesso e utilização de espaços; serviços de utilização e acesso a redes. É ainda de referir que esta classificação prevê ainda a possibilidade de determinados serviços combinarem elementos de diversas categorias.

Relativamente à aplicação da inovação aos serviços, as abordagens teóricas sobre a matéria têm evoluído rapidamente nas últimas décadas. Assim, de uma visão castradora que aplicava o conceito inovação aos serviços com base em experiências e estudos aplicados ao sector transformador, conforme Gallouj e Weinstein (1997), Sundbo e Gallouj (2000), e Evangelista (2006), passou-se para uma visão conforme Sundbo (2008), dos serviços

dotados de características próprias de inovação, em alguns casos até em níveis muito elevados até.

Dos anos 80 até ao presente podemos, segundo Tether e Howells (2007), distinguir quatro perspectivas sobre inovação nos serviços:

- a) Assim, as abordagens sobre inovação foram evoluindo até á atualidade, com Fucks (1968), Bell (1973) e Pavitt (1984), a abordagem, com carácter ainda de negligência, realizava pouca investigação sobre a inovação nos serviços em geral. Estava muito voltada para a tecnologia material e equipamentos.
- b) Com Barras (1986, 1990), Gallouj (1998), Evangelista (2000), Uchapalanan (2000), Freeman e Louça (2001) e, novamente, Gallouj (2002), a perspectiva de abordagem, designada assimilação, era feita a partir da usada no sector transformador. Aplicando-se aos serviços instrumentos e ferramentas conceptuais, especialmente concebidas para a inovação no sector industrial, centrando a análise no que respeita à tecnologia.
- c) Desde os finais dos anos 90 até aos nossos dias, Gallouj e weinstein (1997), Sundbo e Gallouj (1998, 2000), Coombs e Milles (2000) e Drejer (2004), apresentam a abordagem demarcação. Esta abordagem já caracteriza, ou respeita as características, do sector dos serviços e distancia-o do sector transformador. Assim, estuda-se a inovação nos serviços, partindo do pressuposto de que os serviços possuem características intrínsecas muito próprias.
- d) Por último, na atualidade, segundo Coombs e Milles (2000), Drejer (2004), Davies e Brady (2004), Milles (2005) e Vries (2006), a abordagem é integradora. A integração é feita com a incorporação de teorias e práticas anteriores. Assim, a inovação centra-se nos serviços e em todos os elementos relevantes tanto para os serviços como para a indústria.

2.1.3 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Em jeito de síntese, reiteramos a ideia de que a inovação é vista, atualmente, como um processo interativo que envolve atores diversos e em constante mutação, formando redes e parcerias heterogéneas. Os recursos para a inovação estão muito dispersos na sociedade, comparativamente há poucas décadas atrás, e os clientes são cada vez mais exigentes e críticos com os produtos e serviços, desta forma tornando os parceiros do negócio, os concorrentes, consultores e utilizadores mais importantes no processo de inovação da empresa.

Na verdade, a importância da inovação nos serviços do sector privado é, já há muito tempo, consensual e comumente aceite, num processo, que evoluiu tão gradual como rápido. Porém, a aplicação do conceito de inovação, dos benefícios ou da importância ao sector público, é muito mais recente, remontando já à atualidade, no séc. XXI.

Apesar de recente, nas últimas décadas, assiste-se a uma crescente preocupação com este sector público e com a questão da inovação nos serviços, que lhes está inerente, e daí resulta o acréscimo das iniciativas políticas e governamentais que procuram a inovação no sector público. No seguimento do denominado movimento da “Nova Gestão Pública”, *New Public Management*, um conjunto de preocupações e de conceitos entraram no domínio das organizações públicas, nomeadamente a preocupação com o fomento da inovação nas organizações pertencentes a este sector.

Por último, consideramos, em concordância com os mais recentes estudos da atualidade, que a abordagem à inovação deve ser feita numa perspetiva integradora, fazendo recurso de ferramentas e instrumentos utilizados tanto no sector público, como no privado, combinando formas tecnológicas e não tecnológicas de inovação, fazendo-as interagir e complementando-se.

Em seguida, abordaremos a temática do desempenho dos serviços e viabilidade económica e financeira do projeto investimento.

2.2 - O DESEMPENHO FINANCEIRO DOS SERVIÇOS E A VIABILIDADE ECONÓMICA E FINANCEIRA DO PROJETO DE INVESTIMENTO

2.2.1 - O DESEMPENHO DOS SERVIÇOS

Segundo Costa e Reis (1993), a grande maioria das organizações avalia o seu desempenho pelos resultados que obtém.

Por seu lado os investidores estão cada vez mais interessados na avaliação de desempenho no sentido de lhes ser possível selecionar, de uma forma ótima, os fundos mais promissores, no que à relação risco vs rendibilidade diz respeito (Glawischnig *et al.*, 2009). Assim, se uma avaliação de desempenho for atualizada periodicamente e for apresentada de uma forma clara, exata e concisa, facilmente consegue atrair novos investidores aumentando a sua reputação.

Ultimamente, segundo Van der Geer *et al.* (2009), a utilização de indicadores de desempenho como avaliação dos objetivos da organização têm vindo a aumentar.

Conforme Brigham e Houston (2003), os rácios financeiros constituem um bom instrumento concebido para auxiliar a avaliação das demonstrações financeiras e, conseqüentemente, da empresa.

Na verdade, o valor real das demonstrações financeiras reside essencialmente no facto de poderem ser usadas para ajudar a calcular receitas e dividendos futuros. Na ótica do investidor, prever o futuro é o interesse principal, enquanto que na ótica da gestão, as demonstrações financeiras são úteis no sentido em que ajudam a antecipar condições futuras e, mais importante, ajuda o planeamento de decisões futuras com o intuito de melhorar o seu desempenho (Van der Geer *et al.*, 2009).

Entende-se por técnica de análise das demonstrações contabilísticas a forma de avaliar o desempenho económico e financeiro, com o objetivo de apresentar aos gestores das organizações informações que auxiliem no processo de tomada de decisão. Conforme Camargos e Barbosa (2005), esta técnica considera os diversos demonstrativos contabilísticos como fonte de dados, que são compilados em índices e cuja análise histórica possibilita identificar a evolução do desempenho económico e financeiro da organização.

Conforme Antunes e Martins (2007), o tema avaliação de desempenho empresarial é um conceito abrangente e, devido a isso, apresenta grande complexidade, principalmente devido às diversas metodologias e abordagens existentes para avaliar o desempenho.

Os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal reconhecimento, contribuem uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão (Jacobs, 1974).

Por outro lado, observa-se ainda um intenso debate sobre temas relacionados com a gestão hospitalar, de entre os quais emerge a qualidade dos cuidados prestados, a eficiência da prestação de cuidados e o financiamento das organizações de saúde.

A avaliação do desempenho das organizações de saúde e mais concretamente dos hospitais é um assunto que tem merecido crescente interesse e importância, tanto em termos internacionais, como em Portugal e que parece ter ganho ainda mais relevo após a publicação do “*Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar*” (Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro). Neste diploma são de referir, desde já, os aspetos presentes no Art. 8º (Informação Pública) – “*O Ministério da Saúde divulga, anualmente, um relatório com os resultados da avaliação dos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde mediante um conjunto de indicadores que evidencie o seu desempenho e eficiência*”, na alínea b) do Art. 5º (Princípios Específicos da Gestão Hospitalar) – “*Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos*” e nas alíneas a), b) e c) do nº1 do Art. 10º (Princípios Específicos da Gestão Hospitalar do Sector Público Administrativo):

a) “*Garantia da eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infraestruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa ótima da utilização dos recursos disponíveis*”, b) “*Elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a Administração Regional de Saúde (ARS) respetiva, de acordo com o princípio contido na alínea d) do artigo 5º, nos quais sejam definidos os objetivos a atingir e acordados com a tutela, e os indicadores de atividade que permitam aferir o desempenho das respetivas unidades e equipamentos de gestão*” e c) “*Avaliação dos titulares dos órgãos de administração, dos diretores dos departamentos e de serviços e dos restantes profissionais, de acordo com o mérito do seu desempenho, sendo este aferido pela*

eficiência demonstrada na gestão dos recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes”.

Em Portugal, até ao presente momento, a abordagem dos resultados para a avaliação do desempenho das organizações de saúde não tem sido privilegiada (INA, 1999; INA, 2001; Barros, 2001a; Barros, 2001b; Barros, 2001c; DGS, 2002). Por outro lado, a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, embora acentue aspetos como a informação ao público e a avaliação da eficiência e da efetividade dos cuidados prestados, é omissa em relação ao plano de avaliação.

Segundo Costa, Leal da Costa e Lopes (2007) a avaliação do desempenho das instituições de saúde parece assentar na trilogia definida por Donabedian (1985) – Estrutura, Processo e Resultados.

Assim, torna-se essencial perceber que uma estrutura pode ser definida pelas características da oferta em termos das organizações de saúde, processo deve ser entendido por aquilo que é feito ao doente e por resultados devemos entender como a forma como o doente responde aos cuidados que lhe são prestados (QMAS, 1997). Na verdade, embora esta trilogia tivesse originalmente sido concebida para aplicação na garantia da qualidade dos cuidados prestados, parece igualmente legítimo considerar que este é também aplicável a outras realidades da atividade hospitalar, designadamente no que respeita à eficiência, eficácia e também em termos de desempenho global dos hospitais.

Em Portugal, estes aspetos (eficiência, eficácia e desempenho global), conforme Costa, Leal da Costa e Lopes (2007), devem assumir cada vez maior importância, tanto no que se refere à cultura organizacional emergente, da qual a avaliação das escolas e dos hospitais empresarializados constituem um bom exemplo, como essencialmente, atendendo às reformas a decorrer no sector da saúde, nas quais as alterações ao modelo de gestão hospitalar surgem como aspetos de partida e ainda nos aspetos que decorrem das maiores exigências ao nível da responsabilização e da *accountability* dos hospitais, pelo que se pode concluir que a avaliação dos resultados constitui um novo desafio à atividade reguladora do Estado.

De acordo com Costa, Leal da Costa e Lopes (2007) apesar de se considerarem todas as dimensões para avaliar a atividade dos hospitais (Brook *et al*, 1987; Murphy & Cluff, 1990; Kanouse, Kallich & Kahan, 1995; Almeida & Carlsson, 1996; Iezzoni, 1997a; Weingart *et al.*, 2001), a dimensão “resultados” parece assumir cada vez mais importância,

tanto pela aproximação que permite aos modelos utilizados na grande maioria das organizações do mercado em geral, como pela expansão e utilização cada vez mais intensa nas organizações de saúde, sobretudo em termos internacionais.

Para a análise do desempenho dos hospitais, tanto o desempenho financeiro, como a eficiência e a eficácia são considerados relevantes, neste estudo somente serão analisadas as questões relacionadas com o desempenho financeiro.

EBITDA é a sigla em inglês para *earnings before interest, taxes, depreciation and amortization*, que traduzido literalmente para o português significa: "Lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização".

Santana (2003) definiu o indicador EBITDA como um número que ajuda no processo de clarificação do entendimento da situação da empresa e possibilita detetar situações, verificar a tendência dos acontecimentos e propiciar a convenção da rota pela administração da companhia.

Segundo Júnior e Batista (2005), em 2002, Vasconcelos atribuiu ao EBITDA o conceito de um poderoso indicador de desempenho financeiro, por ser capaz de refletir o potencial de geração de recursos decorrentes, eminentemente, das operações da empresa. Tendo em conta que são excluídos do geral toda e qualquer despesa escritural, ainda que operacional, a exemplo da depreciação, dado que não representa saída de recursos ou desembolso.

A mesma autora caracteriza o EBITDA como um misto de indicador de desempenho económico e financeiro e uma base para avaliação de empresas. Pelo que se tem revelado tão eficaz nas análises empresariais, daí a sua importância. Para a autora, a discussão de indicadores de desempenho é um tema cuja importância, no que refere à avaliação de empresas, se aplica ao tecido moderno e especialmente organizacional, que é palco de inúmeras reestruturações de sociedades dos últimos anos e que requer a necessidade de se saber o real valor de um negócio

Por outro lado, Assaf Neto (2001), referido por Júnior e Batista (2005), afirma que esse índice equivale ao conceito restrito de fluxo de caixa operacional da empresa, apurado antes do cálculo do imposto de renda. Parte das receitas consideradas no EBITDA pode não ter sido recebida, assim como, parte das despesas incorridas pode ainda estar pendente de pagamento. Logo, essa medida financeira não representa o volume monetário efetivo de

caixa, sendo interpretada, de forma melhor, como um indicador do potencial de geração de caixa, proveniente de ativos operacionais.

Assim, o EBITDA (*Earning Before Interest, Taxes, Depreciation/Depletion and Amortization*), ou (Lucro antes dos juros, impostos (sobre lucros), depreciações/exaustões e amortizações), descreve o fluxo de caixa operacional da empresa, apurado antes do cálculo do imposto de renda, revelando assim, “a genuína capacidade operacional de gerar fluxos de caixa de uma empresa, ou seja, a sua eficiência financeira determinada pelas estratégias operacionais adotadas” (Assaf Neto, 2002, p. 207).

Segundo este autor, quanto maior o índice, mais eficiente se apresenta à formação de caixa proveniente das operações e, melhor ainda, a capacidade de pagamento aos proprietários de capital e investimentos demonstrados pela empresa. A análise da capacidade operacional de criação de fluxo de caixa possibilita avaliar a capacidade da empresa honrar os seus compromissos, a sua liquidez, solvência e flexibilidade financeira, assim como a *performance* operacional de diferentes empresas, por eliminar os efeitos dos distintos tratamentos contabilísticos para as mesmas transações.

Para se chegar ao EBITDA de uma empresa ou empresas, é preciso utilizar a seguinte expressão: “lucro bruto menos as despesas operacionais, excluindo-se destas a depreciação e as amortizações do período e os juros”. Desta forma, é possível avaliar o lucro referente apenas ao negócio, descontando qualquer proveito e ganho financeiro.

Neste estudo a análise do desempenho financeiro é efetuada através da análise dos resultados da atividade prevista para o Novo Hospital de Proximidade de Lamego, com a construção da Demonstração de Resultados por anos, de 2012 a 2016, e a correspondente obtenção do Resultado Líquido do Exercício. A partir do cálculo dos resultados líquidos foi calculado, ano a ano, o valor do EBITDA.

2.2.2 - CONCEITO E ÂMBITO VIABILIDADE ECONÓMICA E FINANCEIRA DE UM PROJETO DE INVESTIMENTO

A realização ou não de um projeto de investimento depende da sua rentabilidade futura, ou por outras palavras, da capacidade de gerar fluxos financeiros (receitas) de modo a cobrir as despesas efetuadas com a sua realização e funcionamento (Barros, 2005:57). Neste

sentido, há que apurar os fluxos anuais gerados pela exploração do projeto que devem ser comparados com as despesas realizadas.

Os fluxos anuais ao longo do período de vida do projeto de investimento, obtidos através do somatório dos resultados líquidos, reintegrações e/ou amortizações técnicas, provisões não utilizadas e encargos financeiros, são chamados de *cash flows* (Barros, 2005).

O valor residual de investimento deve ser adicionado ao último *cash flow* previsional quando se verifica a libertação de fundos.

Segundo Barros (2007), a avaliação de um projeto de investimento consiste em determinar se o benefício é superior ao custo de investimento. Se o benefício é superior ao custo de investimento, a empresa arrisca e investe.

Os custos de investimento correspondem aos custos dos meios de produção necessários para a implementação do projeto, isto é, recursos para a criação de novos meios de produção. Estes recursos podem ser determinados pelo método analítico ou por atualização da informação passada (Barros, 2005; Barros, 2007).

Segundo o método de atualização da informação passada, os custos do novo investimento são similares aos custos de investimentos passados, ajustados em função do tempo, da localização geográfica, da capacidade de produção e do custo de oportunidade.

As previsões de receitas são feitas a partir do estudo de mercado que, ao analisar a evolução da procura de um bem ou serviço, permite prever com maior ou menor fiabilidade o valor das vendas, desagregando o valor da receita em quantidades e preços, considerando as taxas de crescimento (Barros, 2005).

As taxas de crescimento das quantidades são definidas em função da quota de mercado em quantidade que a empresa espera deter, admitindo hipóteses sobre taxas de crescimento.

Importa sublinhar a diferença entre *cash flow* e lucro contabilístico, pois este último é facilmente manipulável e o seu valor depende dos critérios contabilísticos e de valorimetria utilizados. Além disso, na determinação do lucro são considerados os proveitos e as despesas, que normalmente envolvem receitas e pagamentos, conceitos que diferem dos benefícios e custos económicos considerados no cálculo do *cash flow*. Não se consideram ainda os momentos em que ocorrem esses recebimentos e pagamentos, o que se torna inadequado na perspetiva económica, já que deve ser considerado o valor temporal do dinheiro (Abecassis & Cabral, 1988)

Assim, o método dos *cash flows* assume grande rigor e objetividade no âmbito da avaliação de um projeto, além de considerar o valor temporal do dinheiro.

Para Pindyck e Rubinfeld (1994:257) o conceito de custo de oportunidade está associado às oportunidades que a empresa deixa de parte, no caso de não utilizar os recursos que possui na criação de valor.

Segundo Martins (1995:208) o custo de oportunidade representa a remuneração que a empresa aplicou numa alternativa em vez de outra. Também refere Martins (2000:33) que o custo de oportunidade é relevante na economia e na tomada de decisão, pois é um conceito inerente ao ser humano.

Para Beuren (1993:8) o custo de capital diz respeito à taxa de retorno do melhor projeto de uma empresa, que não seria obtida, caso o projeto não fosse realizado.

Guerreiro, in Catelli (1999:475-6) apresenta o custo de oportunidade, conjuntamente com outros conceitos, como as bases mais completas para um sistema de avaliação de desempenho. O autor operacionaliza o conceito de duas formas:

- Apuramento de “receitas de oportunidade” sobre passivos e “custos de oportunidade” sobre ativos, calculados com base nas taxas praticadas no mercado financeiro.
- Apuramento do custo de oportunidade de manutenção dos ativos com base nas taxas de captação de financiamento no mercado financeiro.

Neste estudo após a construção da Demonstração de Resultados e o apuramento do Resultado Líquido do Exercício apurou-se o valor do EBITDA ou *CASH FLOW OPERACIONAL* e o custo de oportunidade para permitir avaliar o investimento, se é viável.

A escolha destes indicadores (EBITDA, *Cash flows* e custo de oportunidade (VAL)) justifica-se pela informação que fornecem e pela análise que permitem efetuar, pela sua relevância para o tema em estudo e também pela insuficiência de informação que não permitiu a construção de mais peças financeiras e conseqüentemente a obtenção de outros indicadores.

2.2.3 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Neste estudo a análise do desempenho financeiro é efetuada através da análise dos resultados da atividade prevista para o Novo Hospital de Proximidade de Lamego, com a construção da Demonstração de Resultados por anos, de 2012 a 2016, e a correspondente obtenção do Resultado Líquido do Exercício. A partir do cálculo dos resultados líquidos foi calculado, ano a ano, o valor do EBITDA.

Conforme refere Vasconcelos (2002), o EBITDA é um poderoso indicador de desempenho financeiro, pois reflete o potencial de geração de recursos decorrentes, eminentemente, das operações da empresa.

A análise de um projeto de investimento depende da sua rentabilidade futura, ou por outras palavras, da capacidade de gerar fluxos financeiros (receitas) de modo a cobrir as despesas efetuadas com a sua realização e funcionamento, são os chamados *cash flows*, conforme refere (Barros, 2005).

De salientar que o método dos cash flows assume maior rigor e objetividade no âmbito da avaliação de um projeto.

A viabilidade económica e financeira, neste estudo, é efetuada através do cálculo dos *cash flows* operacionais e do cálculo do custo de oportunidade.

CAPÍTULO III
MODELO DE INVESTIGAÇÃO

3.1- INTRODUÇÃO

Neste capítulo é proposto um modelo de investigação e as proposições que dele derivam, destacando a relevância da investigação e o seu carácter único. Seguidamente será formulado o modelo de investigação, e apresentadas as proposições de investigação relacionadas com a inovação e a viabilidade económico-financeira.

3.2 - MODELO DE INVESTIGAÇÃO

No que diz respeito ao desempenho financeiro e à viabilidade económica e financeira serão utilizados indicadores que permitam demonstrá-los relativamente ao Novo Hospital de Proximidade de Lamego.

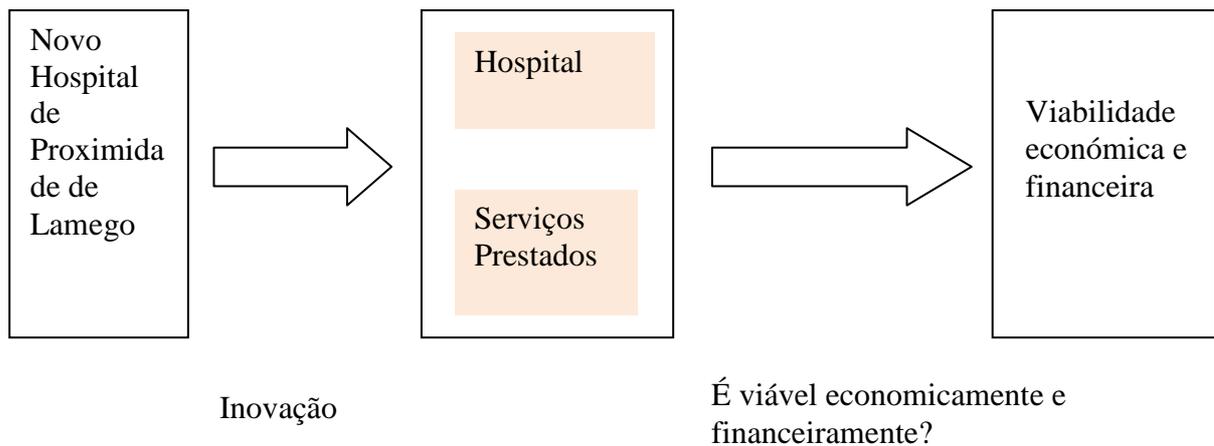
Assim, a metodologia a utilizar deverá permitir alcançar os seguintes objetivos:

- Compreender e avaliar carácter inovador do Novo Hospital de Proximidade de Lamego;
- Avaliar de que forma a criação de um novo hospital com características de inovação é viável económica e financeiramente.

As questões de investigação são enunciados interrogativos, escritos no presente. Indicam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas, resultam dos objetivos e apresentam os aspetos a estudar (Fortin, 2003).

Questões de Investigação:

- O Hospital de Proximidade de Lamego apresenta características de inovação?
- O Hospital de Proximidade de Lamego é viável económica e financeiramente?



CHTMAD, EPE

Fonte: Elaborado pela Autora

Figura 1: Modelo conceptual de investigação

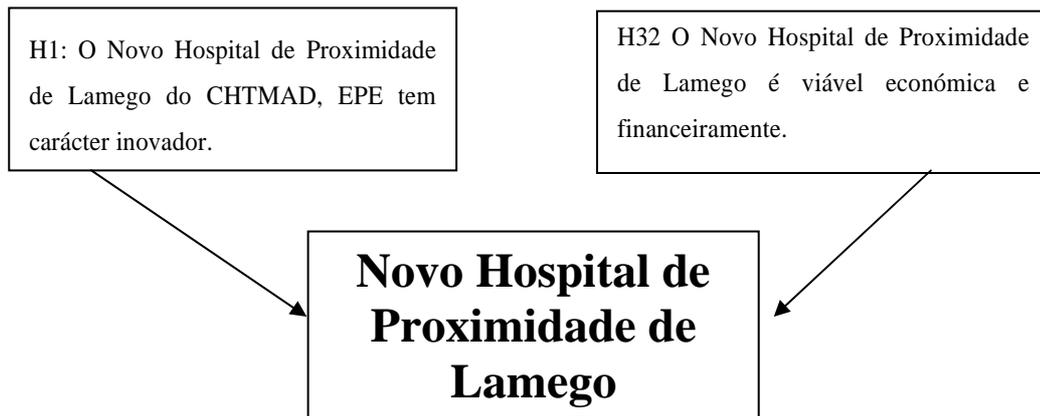
3.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Uma hipótese é um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis. As hipóteses são a base da ampliação dos conhecimentos, quando se trata de contestar uma teoria ou de a apoiar (Fortin, 2003).

Tendo em atenção os objetivos e questões de investigação, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: O Novo Hospital de Proximidade de Lamego do CHTMAD, EPE tem carácter inovador.

H2: O Novo Hospital de Proximidade de Lamego é viável económica e financeiramente.



Fonte: Elaborado pela Autora

Figura 2: Hipóteses de investigação

3.4 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

No que diz respeito ao desempenho financeiro e à viabilidade económica e financeira serão utilizados indicadores que permitam demonstrá-los relativamente ao Novo Hospital de Proximidade de Lamego.

Assim, definiram-se os seguintes objetivos:

- Compreender e avaliar carácter inovador do Novo Hospital de Proximidade de Lamego;
- Avaliar de que forma a criação de um novo hospital com características de inovação é viável económica e financeiramente.

Tendo em atenção os objetivos e questões de investigação, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1: O Novo Hospital de Proximidade de Lamego do CHTMAD, EPE tem carácter inovador.

H2: O Novo Hospital de Proximidade de Lamego é viável economicamente e financeiramente.

CAPÍTULO IV
METODOLOGIA

4.1 - INTRODUÇÃO

Na conferência de Cambridge, de acordo com Adelman et al. (1976), o termo estudo de caso foi definido como “*uma família de métodos de pesquisa cuja decisão comum é o enfoque numa instância*”.

Para Merriam, conforme Bogdan e Biklen *et al.* (1994), o estudo de caso consiste na “observação detalhada de um contexto ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”.

Já Nisbett e Watt (1978), sugerem que o estudo de caso seja entendido como “uma investigação sistemática de uma instância específica”. Um estudo de caso leva-nos a imaginar uma imagem que poderia a ser descrita como a de uma convergência de informações, de vivências e de troca de experiências. Ou seja, partindo da ideia de cada participante desta atividade, o que nos levaria à compreensão mais clara da natureza e da dinâmica de um fenômeno que seria o foco da nossa observação.

Assim, a grande vantagem do estudo de caso parece ser o de permitir ao pesquisador concentrar-se num aspecto específico e identificar os diversos processos que interagem no contexto estudado em cada caso abordado pelo pesquisador. Parece-nos que o ponto forte do estudo de caso resulta numa capacidade de explorar processos sociais à medida que esses ocorrem nas organizações, permitindo uma análise processual, contextual e longitudinal das várias ações e significados que ocorrem e são construídos nas organizações.

Evidentemente, o conhecimento que advém do estudo de caso tem um valor único, próprio e singular, que começa pela recolha de dados e termina no objetivo do estudo. Esta recolha consiste em entrevistas, fotografias, gravações, documentos, anotações de campo e negociações com os participantes do estudo. Os depoimentos de um estudo de caso são utilizados como veículos para a compreensão do comportamento humano.

De forma esquemática, a caracterização de um estudo de caso consiste num conjunto de “cláusulas” a que temos que atender e que a seguir passamos a enumerar:

- Descoberta e compreensão do estudo de caso;
- Interpretação do contexto em que se insere o estudo de caso;
- Levantamento de várias hipóteses e pontos de vista diferentes;
- Utilização das várias estratégias para o tratamento e uso da informação;
- Descrição da situação em que o pesquisador se encontra (método naturalista);
- Retrato da realidade para que o leitor tenha a visão do todo sem esquecer o detalhe;
- Diferenciação explícita de interpretações e observações, evidências primárias e secundárias, afirmações gerais e depoimentos, resumos e citações.

Acresce ainda que o método usado pelo pesquisador é outra estratégia que deve ser mencionada no estudo de caso. Começando pela recolha de dados, o pesquisador vai tomando decisões acerca do objetivo do estudo. Depois de organizado e distribuído o tempo, escolhe as pessoas que vai entrevistar e o que vai aprofundar. À medida que o tempo vai passando, mais informações o pesquisador vai ter e poderá selecionar melhor os aspetos específicos, indivíduos e atividades de pesquisa.

Em comum entre vários autores, entre os quais Goode (1969), Yin (1989) e Bonoma (1985), é a recomendação de grande cuidado ao planear a execução do estudo de caso para se fazer frente às críticas tradicionais que são feitas ao método.

O método de estudo de caso deve ser visto como uma estratégia de pesquisa e considerar aspetos relevantes para o desenho e a condução de um trabalho de pesquisa, analisando as suas vantagens.

O estudo de caso é uma metodologia de investigação particularmente apropriada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos fatores. Yin (1993), afirma ainda que este método é adequado quando pretendemos definir os tópicos de investigação de forma abrangente, quando queremos considerar a influência do contexto de ocorrência do fenómeno em estudo e quando queremos socorrer-nos de múltiplas fontes de evidências ou dados.

Na verdade, Yin (1994), define “estudo de caso” com base nas características do fenómeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. Para este autor, o estudo de caso é um processo de investigação empírico com o qual se pretende estudar um fenómeno

contemporâneo no contexto real em que este ocorre, sendo particularmente adequado ao seu uso quando as fronteiras entre o fenómeno em estudo e o contexto em que ele ocorre não são claramente evidentes. Este autor acrescenta que, pelo facto de muitas vezes ser difícil isolar o fenómeno em estudo do contexto em que ocorre, é normalmente necessário usar múltiplas fontes de evidência (dados) e cruzar (triangular) os diferentes dados recolhidos.

Tendo em atenção a revisão da literatura efetuada, esta será a proposição fundamental deste estudo:

O Novo Hospital de Proximidade de Lamego, com características de Inovação, apresenta um desempenho financeiro positivo e é viável económica e financeiramente?

A metodologia utilizada deverá assentar no estudo de caso que, de uma forma dinâmica e participada, apresentará os contributos e as pesquisas que se direcionem para uma análise credível, feita através de inquéritos e tratamento de dados económico-financeiros do hospital.

4.2 - OBJETO DE INVESTIGAÇÃO



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 3: Variáveis - inovação, viabilidade económica e financeira

4.3 - RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

No processo de recolha de dados, o estudo de caso recorre a várias técnicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente o diário de bordo, o relatório, a entrevista e a observação. A utilização destes diferentes instrumentos constitui uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos, os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação.

Embora os métodos de recolha de dados mais comuns num estudo de caso sejam a observação e as entrevistas, nenhum método pode ser descartado.

Assim sendo, são utilizadas múltiplas fontes de evidência ou dados por permitir, por um lado, assegurar as diferentes perspetivas dos participantes no estudo e, por outro, obter várias “medidas” do mesmo fenómeno, criando condições para uma triangulação dos dados, durante a fase de análise dos mesmos. Segundo Yin (1994), a utilização de múltiplas fontes de dados na construção de um estudo de caso, permite-nos considerar um conjunto mais diversificado de tópicos de análise e, em simultâneo, permite corroborar o mesmo fenómeno.

Para tal, três princípios devem ser observados para a recolha de dados, segundo Yin (1994):

a) Usar múltiplas fontes de evidências;

O uso de múltiplas fontes de evidência permite o desenvolvimento da investigação em várias frentes – investigar vários aspetos em relação ao mesmo fenómeno. As conclusões e descobertas são assim mais convincentes e apuradas já que advém de um conjunto de confirmações. Além disso, os potenciais problemas de validade do estudo são atendidos, pois as conclusões, nestas condições, são validadas através de várias fontes de evidência.

b) Construir, ao longo do estudo, uma base de dados:

Embora no estudo de caso a separação entre a base de dados e o relato não seja vulgarmente encontrada, sugere-se que essa separação aconteça para garantir a legitimidade do estudo, uma vez que os dados encontrados ao longo do estudo são armazenados, possibilitando o

acesso de outros investigadores. Os registos podem efetuar-se através de: notas, documentos e narrativas (interpretações e descrições dos eventos observados, registados).

c) Formar uma cadeia de evidências:

Construir uma cadeia de evidências consiste em configurar o estudo de caso, de tal modo que se consiga levar o leitor a perceber a apresentação das evidências que legitimam o estudo, desde as questões de pesquisa até às conclusões finais.

Como o presente estudo é um estudo de caso, a recolha de dados será efetuada através do tratamento dos dados económicos e financeiros do Novo Hospital de Proximidade de Lamego do CHTMAD, EPE.

4.4 - FONTES DA INVESTIGAÇÃO

Dados e fontes do estudo:

1. Informação económico-financeira do Novo Hospital de Proximidade de Lamego do CHTMAD, EPE;
2. Pesquisa bibliográfica.

4.5 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

A metodologia utilizada na realização deste trabalho baseia-se no estudo de caso que, de uma forma dinâmica e participada, apresentará os contributos e as pesquisas que se direcionem para uma análise credível, feita através da recolha e tratamento de dados económicos e financeiros do hospital.

Por último, os dados assentam nos seguintes documentos: informação económica e financeira do Novo Hospital de Proximidade de Lamego do CHTMAD, EPE; pesquisa bibliográfica; análise documental.

CAPÍTULO V
ESTUDO EMPÍRICO

5.1 - INTRODUÇÃO

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. foi criado em 28/02/07, por fusão entre o Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E.P.E., Hospital Distrital de Chaves e Hospital Distrital de Lamego, nos termos e para os efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro e Decreto-Lei n.º 233/2005, de 27 de Dezembro.

Está integrado na ARS Norte. A sua área de influência abrange aproximadamente 452.000 habitantes de 34 concelhos, sendo 12 concelhos de atração do Distrito de Bragança, enquanto urgência polivalente e nas especialidades que não existem no Centro Hospitalar do Nordeste; 14 concelhos de Vila Real, sendo de atração direta 10 concelhos e 4 da área de influência do Hospital de Chaves e mais 8 concelhos do Distrito de Viseu, pertencentes à zona de influência direta do Hospital de Lamego, distribuídos conforme quadro da página seguinte.

Trata-se de uma região de população envelhecida, em que 38% da população residente nos concelhos de referenciação têm mais de 50 anos e 20% da população residente nos concelhos da zona de influência direta das Unidades Hospitalares que integram o CHTMAD, com 65 ou mais anos.

O Hospital de Vila Real serve uma população direta de 141 mil habitantes num universo de 10 concelhos, tendo ainda mais 24 concelhos de atração pela sua característica de Hospital polivalente de mais 311 mil habitantes (H. Chaves, H Lamego e H. Nordeste). O atual Hospital de Lamego está instalado em edifício pertencente à Santa Casa da Misericórdia, estando arrendado ao Hospital Distrital. Serve uma população direta em 50% da sua produção ao concelho de Lamego, estendendo a sua área de atuação a mais 80 mil habitantes dos restantes 7 concelhos.

O Hospital de Chaves serve diretamente a população dos concelhos de Chaves, Montalegre, Boticas e Valpaços, em cerca de 80 mil habitantes.

Quadro 1: População servida pelo Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Concelhos	Pop. Residente por Grupo Etário				Total	%Pop. >= 65 anos sobre Total
	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	>= 65 anos		
Alijó	2.086	2.019	6.993	3.222	14.320	23%
Mesão Frio	812	844	2.419	851	4.926	17%
Mondim de Basto	1.645	1.397	3.992	1.539	8.573	18%
Murça	949	937	3.293	1.573	6.752	23%
Peso da Régua	3.194	2.941	9.649	3.048	18.832	16%
Ribeira de Pena	1.203	1.078	3.507	1.624	7.412	22%
Sabrosa	1.055	978	3.450	1.549	7.032	22%
Santa Marta de Penaguião	1.225	1.266	4.308	1.770	8.569	21%
Vila Pouca de Aguiar	2.275	2.151	7.471	3.101	14.998	21%
Vila Real	8.075	7.516	26.631	7.735	49.957	15%
H. Vila Real	22.519	21.127	71.713	26.012	141.371	18%
Boticas	821	819	3.046	1.731	6.417	27%
Chaves	6.269	6.251	22.511	8.636	43.667	20%
Montalegre	1.666	1.643	5.966	3.487	12.762	27%
Valpaços	2.654	2.504	9.507	4.847	19.512	25%
H. Chaves	11.410	11.217	41.030	18.701	82.358	23%
Armamar	1.188	1.093	3.624	1.587	7.492	21%
Lamego	4.654	4.357	14.179	4.891	28.081	17%
Moimenta da Beira	1.917	1.712	5.189	2.256	11.074	20%
Penedono	490	492	1.575	888	3.445	26%
S. João da Pesqueira	1.472	1.295	4.131	1.755	8.653	20%
Sernancelhe	999	924	2.965	1.339	6.227	22%
Tabuaço	1.121	1.000	3.140	1.524	6.785	22%
Tarouca	1.542	1.307	4.017	1.442	8.308	17%
H. Lamego	13.383	12.180	38.820	15.682	80.065	20%
CHTMAD	47.312	44.524	151.563	60.395	303.794	20%
Alfândega da Fé	745	719	2.845	1.654	5.963	28%
Bragança	4.840	5.036	18.089	6.785	34.750	20%
Carrazeda de Ansiães	949	979	3.595	2.119	7.642	28%
Freixo de Espada à Cinta	474	477	1.923	1.310	4.184	31%
Macedo de Cavaleiros	2.512	2.467	8.557	3.913	17.449	22%
Miranda do Douro	915	1.008	3.967	2.158	8.048	27%
Mirandela	3.952	3.698	12.999	5.170	25.819	20%
Mogadouro	1.401	1.444	5.476	2.914	11.235	26%
Torre de Moncorvo	1.239	1.234	4.599	2.847	9.919	29%
Vila Flor	1.032	1.120	3.915	1.846	7.913	23%
Vimioso	591	628	2.449	1.647	5.315	31%
Vinhais	1.131	1.271	5.058	3.186	10.646	30%
Total CHTMAD (área de Influência)	67.093	64.605	225.035	95.944	452.677	21%
Região do Norte	644.948	558.278	1.969.309	514.758	3.687.293	14%
Portugal	1.656.602	1.479.587	5.526.435	1.693.493	10.356.117	16%

Fonte: INE (Censos 2001).

A tendência regional de mortalidade cifra-se nos 12,2 por mil. Esta tendência tem vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, acompanhando o indicador nacional de 10,2 por mil.

Com a tendência da natalidade a diminuir, com exceção do concelho de Vila Real, a manter-se nos índices atuais, caminhamos para a diminuição da população de toda a região. Tal situação prende-se, fundamentalmente, com a situação socioeconómica precária da região.

A tendência é para a concentração da população ao longo das cidades, ligadas por boas redes viárias. A cidade de Vila Real, possui o IP4 com ligação ao Porto, sendo a curto prazo transformada em autoestrada e já tem ligação pela autoestrada A24 a Lamego, a Chaves e à cidade de Viseu. As cidades com tendência a crescer são Vila Real, Chaves, Lamego e Régua. Este crescimento tem sido, fundamentalmente, à custa dos concelhos limítrofes.

Os hospitais que constituem o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, prestam cuidados de saúde numa área geográfica que ocupa, diretamente, todo o distrito de Vila Real, oito concelhos do distrito de Viseu e ainda todo o distrito de Bragança nas áreas especializadas, dado que o Hospital de Vila Real é polivalente nas redes de referência, num total de 34 concelhos, com uma população de 454 mil habitantes.

É de referir a sua dispersão geográfica em alguns concelhos, com dificuldades de acessibilidade. Porém, as Unidades que compõem o Centro estão já ligadas por autoestrada, A24, nomeadamente os Hospitais de Lamego, Régua, Vila Real e Chaves. A ligação aos Hospitais do Centro Hospitalar do Nordeste, Distrito de Bragança, faz-se já pelo IP4, que até ao ano de 2013 será transformado em autoestrada. Possui uma população alvo envelhecida, com necessidades acrescidas, nomeadamente nas doenças neurológicas, cardiovasculares, oncológicas, osteoarticulares e isolamento. Possui algumas bolsas sociais, com problemas de desemprego, exclusão social, toxicoddependência e patologias associadas (HIV/Sida, tuberculose).

A Unidade de Vila Real, sendo já polivalente e referência regional, poderá desenvolver complementaridades e parcerias, a nível de prestação de serviços, deslocando médicos para efetuar cirurgias, consultas ou técnicas em áreas prioritárias diferenciadas, fixando os doentes ao seu Hospital da área de residência sempre que possível.

Nesta área, como se referiu, a população está muito envelhecida, sendo este aspeto penalizador na acessibilidade ao Hospital polivalente. Atendendo à oferta de camas, poder-se-ão destinar áreas específicas para Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença, nomeadamente no Hospital da Régua.

O Centro pode ainda responder, na prestação de cuidados diferenciados de algumas valências de ponta, a regiões do distrito de Bragança, otimizando os recursos existentes, onde já é referência regional, como a Nefrologia, a Cardiologia, a Oncologia, a Hematologia e Imunologia e todas as áreas de cuidados intensivos.

De acordo com o disposto no nº 2 do Regulamento Interno as Finalidades /Missão do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE são:

1 - O CHTMAD assume como Missão, prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um nível de qualidade, efetividade e eficiência elevadas.

2 - Faz igualmente parte da sua missão o ensino pós-graduado e o desenvolvimento das funções de formação consideradas necessárias ao desenvolvimento dos colaboradores do CHTMAD.

3 - São, por fim, missão do CHTMAD, a investigação e o desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde.

A estrutura organizacional do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE encontra-se definida no Regulamento Interno homologado por Sua Excelência o Sr. Secretário de Estado da Saúde.

Os órgãos do hospital agrupam-se nas seguintes categorias:

- Órgãos sociais;
- Órgãos de carácter consultivo;
- Órgãos de apoio técnico;

- Outros órgãos.

Encontrando-se, assim, o hospital organizado em duas áreas distintas:

- Serviço de prestação de cuidados;
- Serviços de apoio logístico e serviços de apoio à gestão.

A organização interna de cada uma destas áreas é suportada por uma estrutura que inclui, quando aplicável, cinco tipos de unidades, a saber: departamentos, direções, serviços, unidades funcionais e gabinetes. Os departamentos são constituídos por serviços e/ou unidades funcionais, agregados em função da homogeneidade e coerência funcional das especialidades ou patologias, permitindo uma resposta flexível e articulada às exigências da prestação de cuidados.

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, decorrente do processo de fusão, integra quatro unidades hospitalares com características e áreas de implantação muito díspares: Unidade Hospitalar de Chaves, Unidade Hospitalar de Lamego, Unidade Hospitalar de Peso da Régua e Unidade Hospitalar de Vila Real. A partir de 2008, passou também a integrar a Unidade de Cuidados Continuados de Vila Pouca de Aguiar com as valências de Cuidados Continuados de Convalescença e Cuidados Continuados Paliativos.

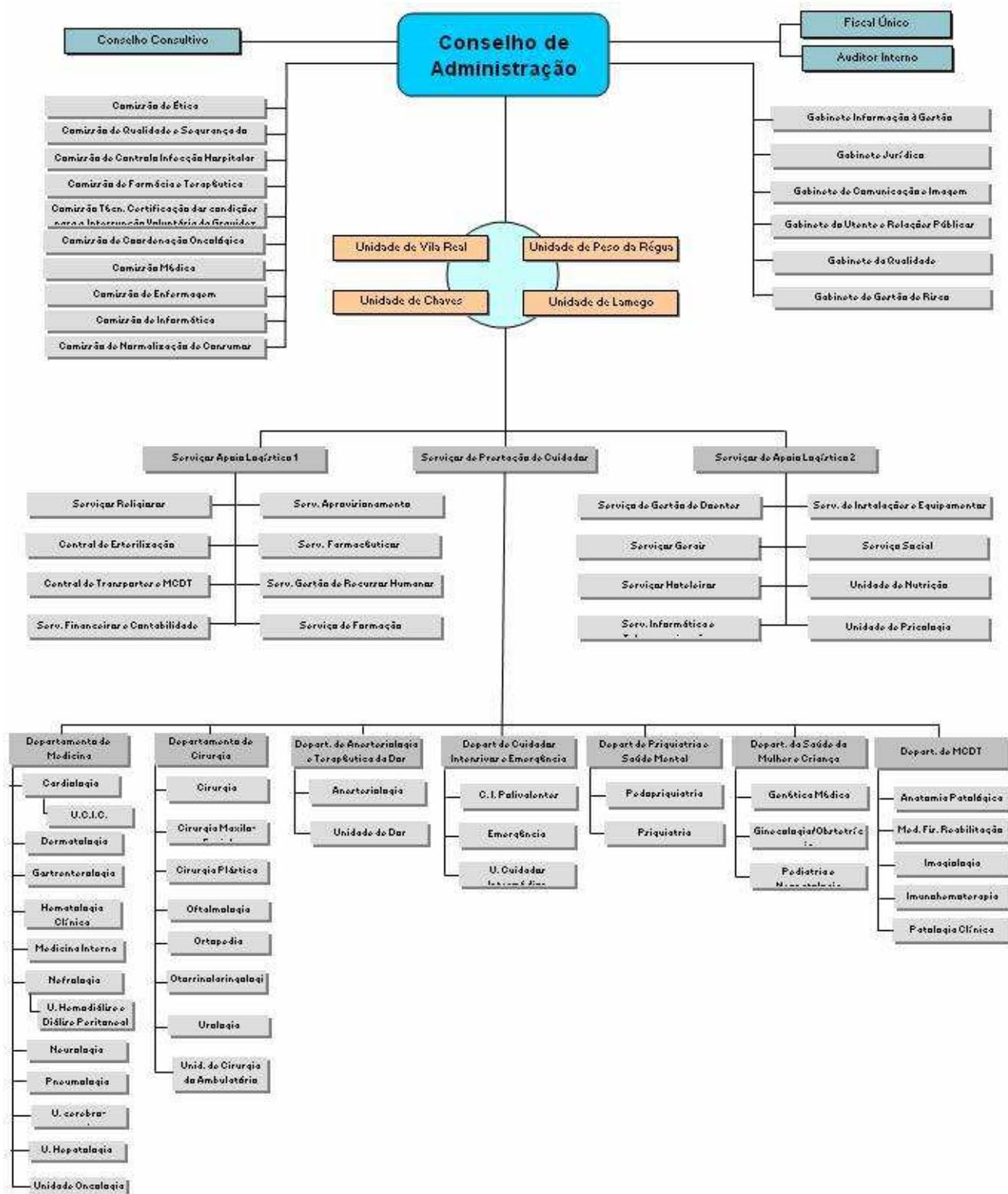


Figura 4: Organograma CHTMAD, EPE

Fonte: Relatório e Contas 2011 do CHTMAD, EPE

5.2 – HOSPITAL DE LAMEGO

O Hospital de Lamego, abrangendo oito concelhos do Douro Sul, dá resposta a necessidades de cuidados de saúde a cerca de 80.000 habitantes, que pertencentes ao Distrito de Viseu, passaram para a área de influência do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

Sendo uma das medidas estruturantes da reforma do SNS, o processo de integração tem implícito o redimensionamento das unidades hospitalares e o reforço da sua capacidade financeira com o objetivo de implementar investimentos orientados para a modernização tecnológica das suas infraestruturas e para otimização de recursos humanos, tendo em vista a melhoria dos serviços prestados aos cidadãos e disponibilizando aos profissionais plena satisfação com meios modernos e de qualidade, garantindo um desenvolvimento sustentado e consentâneo com as necessidades da população a que se dirige.

O Centro Hospitalar dá resposta às necessidades de prestação de cuidados de saúde, a uma população alvo envelhecida, com necessidades acrescidas, nomeadamente nas doenças neurológicas, cardiovasculares, oncológicas, osteoarticulares e isolamento. Possui algumas bolsas sociais, com problemas de desemprego, exclusão social, toxicod dependência e patologias

O Novo Hospital de Lamego vai substituir a atual Unidade Hospitalar de Lamego, que constitui, com o Hospital de Vila Real, de Chaves e do Peso da Régua, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

O atual Hospital de Lamego, instalado em edifício da Santa Casa da Misericórdia local, está arrendado. Serve uma população direta em 50% da sua produção ao concelho de Lamego, estendendo a sua área de atuação a mais de 80 mil habitantes.

O edifício apresenta uma estrutura física antiquada, funcionalmente desequilibrada e desarticulada, não dispondo de bases infraestruturais apropriadas para prestar modernos cuidados especializados de saúde e de assegurar um atendimento de acordo com os padrões definidos para o Sistema Nacional de Saúde.

Da concretização do novo projeto, resultará uma nova e moderna unidade hospitalar de proximidade.

5.3 – DESCRIÇÃO DO NOVO HOSPITAL DE PROXIMIDADE DE LAMEGO

O hospital de proximidade é um conceito inovador, em desenvolvimento na Europa, cujo objetivo é aproximar a prestação de cuidados de saúde diferenciados aos cidadãos. Nesta perspetiva, o Novo Hospital de Proximidade de Lamego será uma realização inovadora, relativamente ao projeto e à construção tradicional de hospitais em Portugal. Trata-se, assim, de um hospital de serviço predominantemente ambulatório, correspondendo aos mais recentes padrões da evolução da arquitetura hospitalar nos países desenvolvidos. Esta evolução tem consubstanciado projetos e construções de empreendimentos hospitalares que se traduzem em edifícios mais eficientes do ponto de vista funcional, mais humanizados, seguros e flexíveis.

O novo Hospital de Lamego, sendo um hospital de proximidade, terá por objetivo aproximar, a prestação de cuidados de saúde diferenciados, aos cidadãos.

O hospital de proximidade permite, pela sua natureza mais ligeira e articulada, uma maior aproximação ao utente, estando ligado a um hospital de referência, neste caso o Hospital de S. Pedro – Vila Real, do qual receberá apoio de especialistas e outros recursos e para o qual enviará doentes que precisem de intervenções mais complexas.

O novo Hospital de Lamego é assim o primeiro hospital projetado em Portugal sob conceito descrito, sendo legítimo esperar que os respetivos projetos, construção, funcionamento e sustentabilidade se constituam como termo de referência da futura construção hospitalar portuguesa deste tipo.

O Programa Funcional do novo Hospital de Lamego contempla nos seus capítulos todos as componentes do programa funcional de um hospital de proximidade que privilegia a área do ambulatório. Define os princípios gerais de abastecimento dos produtos e as linhas orientadoras para a organização dos diferentes serviços, identifica as características as suas áreas, os fluxos entre serviços, a sua inter-relação e interdependência.

Os hospitais de proximidade aparecem para dar novas respostas às necessidades dos habitantes no campo da saúde. Entre os problemas mais comuns que provocam o desenvolvimento destes hospitais destacam-se a saturação das urgências, as longas listas de espera, sobretudo cirúrgicas, para determinadas patologias, a massificação e as listas de espera em algumas especialidades de apoio direto ao atendimento primário de saúde. Para além disso, algumas terapias e processos diagnósticos implicam deslocações importantes

para os cidadãos, sobretudo para aqueles que as utilizam frequentemente. Ainda existem listas de espera importantes para determinadas provas diagnósticas nos cuidados primários, que afetam em especial os serviços de urgência dos hospitais.

A procura de serviços hospitalares continuará a aumentar nos próximos anos, devido especialmente ao envelhecimento da população e ao aumento do nível de exigência dos cidadãos e os hospitais de proximidade estão na melhor posição para oferecer a resposta mais adequada a este incremento.

Assim, como existem experiências parciais quanto à organização de serviços hospitalares com esta filosofia, no caso do desenho e nova construção de hospitais que seguem este modelo, a experiência é muito escassa.

Os hospitais de proximidade oferecem uma série de alternativas aos processos que tradicionalmente se levam a cabo nos hospitais, como a hospitalização ou o atendimento convencional. O seu marco conceptual pode resumir-se nos seguintes esquemas, bem como as suas principais contribuições.



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 5: Marco Conceptual de um Hospital de Proximidade

CONTRIBUIÇÕES DE UM HOSPITAL DE PROXIMIDADE

- APROXIMAÇÃO TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA BÁSICA HOSPITALAR, AMBULATORIA E DE DIAGNÓSTICO;
- MELHORAR A CAPACIDADE RESOLUTIVA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NÃO HOSPITALAR;
- REDUÇÃO DA PRESSÃO ASSISTENCIAL NOS HOSPITAIS DE REFERENCIA;
- DESENVOLVIMENTO E EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS (ESTRATÉGIAS DE COORDENAÇÃO COM OS CUIDADOS PRIMÁRIOS) NA ZONA;
- COORDENAÇÃO DOS AGENTES IMPLICADOS: ALIANÇAS ESTRATÉGICAS E CONSENSOS CLÍNICOS.

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 6: Contribuições de um Hospital de Proximidade

Este tipo de unidades caracterizam-se por depender de outra unidade hospitalar, que atua como anexo e suporte entre os recursos da zona. Esta dependência verifica-se ao nível da gestão e administração, organização, recursos humanos e no apoio assistencial, tanto nas especialidades médicas como nas unidades de hospitalização convencional de referência.

Outra característica destes hospitais é que não contam com unidades de hospitalização convencional, pois a sua finalidade é concentrar num centro próximo do cidadão um conjunto de serviços e prestações que não precisam dos serviços estruturais de uma unidade de internamento de agudos. O seu principal objetivo é prestar atendimento em processos terapêuticos e diagnósticos sem que seja necessário o internamento do paciente.

Em todo o caso, com a finalidade de adaptar a oferta de serviços à situação da rede de atendimento, poderão existir unidades de internamento de agudos, convenientemente dimensionadas às necessidades do território e população de referência.

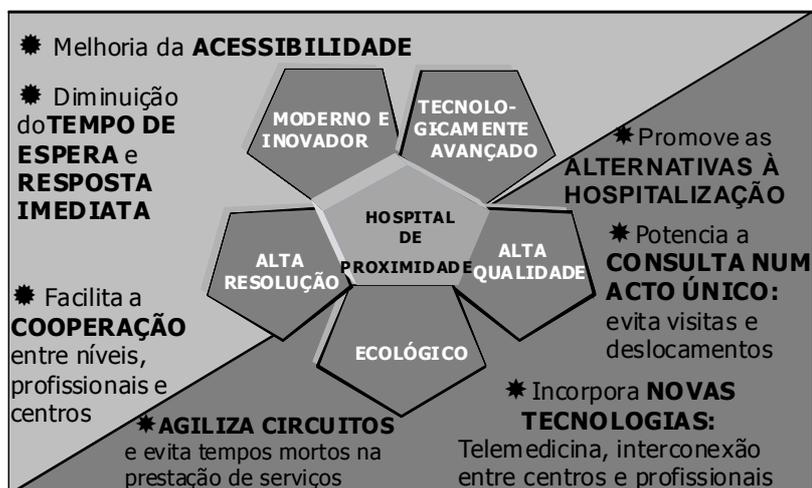
Estes hospitais contam com linhas de serviço especificamente hospitalares, como a cirurgia ambulatória ou a unidade de cirurgia sem internamento.

Os hospitais de proximidade caracterizam-se ainda por uma série de características específicas, que a seguir se enumeram e que os diferenciam dos restantes:

Dispõem de alta tecnologia assistencial e organizativa;

- Contam com um grande equipamento em tecnologias da informação e das comunicações que permite a aplicação da Telemedicina;
- São hospitais com uma alta produtividade;

- Possuem uma grande capacidade de reação e adaptação rápida às mudanças do meio ambiente.



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 7: Características Básicas de um Hospital de Proximidade

5.4 - O HOSPITAL

O Hospital de Proximidade de Lamego será dimensionado para prestar os seguintes serviços:

- a) **Serviço de urgência básico:** funcionará 24 horas por dia, 365 dias por ano.
- b) **Consultas externas:** Medicina, Cardiologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Obstetrícia /Ginecologia, Oftalmologia, ORL, Ortopedia Neurologia, Nefrologia, Urologia, Pneumologia, Estomatologia. O serviço funcionará cinco dias por semana (250 dias/ano) das 8-20 horas, prevendo-se cerca de 65.000 consultas.
- c) **Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT):** será composto pelos serviços de Imagiologia, Laboratório de Patologia Clínica, Medicina Física e Reabilitação (capacidade para 200 tratamentos/dia e 4000 consultas/ano).
- d) **Cirurgia de ambulatório geral:** equipada com um bloco de três salas (mais uma do que no hospital atual), funcionando cinco dias por semana (250 dias/ ano), servindo toda a área do Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua.
- e) **Unidade de dia e serviço domiciliário:** A unidade de dia terá uma capacidade para atender, em ambulatório, até 6.000 doentes/ano, prestando quer cuidados pós-operatórios, quer cuidados gerais e funcionando cinco dias por semana (250 dias/ano). O serviço domiciliário deverá funcionar 365 dias por ano prestando cuidados a doentes com alta.
- f) **Cuidados continuados de convalescença:** com capacidade para 30 camas.
- g) **Farmácia Hospitalar de Venda ao Público**
- h) **Saúde Ocupacional**

O Novo Hospital de Proximidade de Lamego fará uma cobertura direta, de cerca de 100 mil habitantes, distribuída por 10 concelhos do Douro Sul. Fará uma cobertura indireta nas áreas de Cirurgia de Ambulatório, a toda a população que integra o CHTMAD, de 375 mil habitantes.

O Hospital de Lamego será implantado num terreno de 75.000 m², com uma área de construção de 16.833 m². Situar-se-á no nó de acesso à cidade de Lamego e autoestrada A24. Tal situação geográfica permitirá um fácil acesso a toda a população.

A decisão para a construção do Novo Hospital de Proximidade de Lamego partiu da vontade do Governo, que através de despacho ministerial aprovou o Programa Funcional, - Despacho n.º 6157/2006 (2.ª série), DR 53, Série II, de 15 de Março.

O Ministro da Saúde, Correia de Campos, homologou a 31 de Maio, o programa funcional para o novo Hospital de Proximidade de Lamego. O novo hospital, que deverá estar concluído em finais de 2012, terá uma área útil superior a 9.000 m², ascendendo a área de construção a mais de 15.000 m².



Fonte: Projeto de Arquitetura do Novo Hospital de Proximidade de Lamego – Empresa ARIPA

Figura 8: Hospital de Proximidade de Lamego - Maqueta

5.5 - ANÁLISE PREVISIONAL DO DESEMPENHO E DA VIABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA

O custo total da obra será de 41.070.168,43 euros.

Quadro 2: Componentes do Investimento

Componentes do Investimento	Valor Total
Projetos	1.141.110,00
Valor Construção	25.601.050,43
Arranjos Exteriores	3.499.551,60
Valor Equipamento Médico	6.107.538,00
Valor da Fiscalização da Obra	1.455.030,10
Valor Equipamento Geral	2.760.000,00
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	467.248,30
TOTAL	41.070.168,43

Fonte: Elaborado pela Autora

Fontes de financiamento:

- 30% Fundos Próprios;
- 70% Financiamento comunitário – QREN.

Com base no Programa Funcional, construíram-se os quadros que se seguem, identificando e obtendo:

- 1º A capacidade instalada por linha de produção;
- 2º A previsão da evolução da utilização da capacidade instalada nos cinco primeiros anos do projeto;
- 3º A Produção anual a partir da capacidade instalada e da previsão da sua utilização ao longo dos cinco anos;
- 4º O valor da prestação de serviços, valorizando a produção a preços do contrato programa de 2011 do CHTMAD, EPE.

Quadro 3: Contrato Programa 2011

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)
		N.º	%	
1. Consultas Externas:				
N.º Primeiras Consultas Médicas				116,69 €
N.º Consultas Médicas Subsequentes				108,08 €
2. Internamento:				
Doentes Saídos				
GDH Médicos	0,7495	15.860	92,67%	2.300,40 €
GDH Cirúrgicos	1,2269	4.643	97,25%	2.300,40 €
GDH Cirúrgicos Urgentes	1,2269	3.039	97,25%	2.300,40 €
Dias de Internamento de Doentes Crónicos				
Doentes Medicina Física e Reabilitação				247,05 €
Psiquiatria Crónicos no Hospital				85,22 €
Doentes Crónicos Ventilados				293,91 €
Doentes Crónicos de Hansen				85,22 €
Doentes Crónicos da Pneumologia				85,22 €
Remuneração Total do Internamento				
3. Episódios de GDH de Ambulatório:				
GDH Cirúrgicos	0,5497			2.300,40 €
GDH Médicos	0,1672			2.300,40 €
Remuneração dos GDH de Ambulatório				
4. Urgências:				
Atendimentos (SU - Polivalente/ Médico-Cirúrgica)				132,40 €
Atendimentos (SU - Básica)				37,78 €
5. Sessões em Hospital de Dia:				
Hematologia				353,55 €
Imuno-Hemoterapia				353,55 €
Infecciologia				496,93 €
Psiquiatria				36,73 €
Unidades Sócio-Ocupacionais				36,73 €
Outros				24,26 €
Remuneração Total do Hospital de Dia				
6. Diálise:				
Hemodálise				
Semana/doente				537,26 €
Diálise Peritoneal				
Semana/doente				27.937,22 €
7. IG até 10 semanas:				
Medicamentosa				
N.º IG				341,00 €
Cirúrgica				
N.º IG				444,00 €
8. Planos de Saúde:				
VIH/Sida				
Doentes em tratamentos ambulatório				11.040,00 €
Diagnóstico Pré-Natal				
Protocolo I				41,80 €
Protocolo II				71,80 €
9. Serviços Domiciliários:				
Visitas Domiciliárias				39,87 €

Fonte: Contrato Programa 2011 – CHTMAD, EPE

Quadro 4: Produção – Capacidade Instalada

CONSULTA EXTERNA	Capacidade Instalada	Previsão da Evolução da Utilização da Capacidade Instalada				
		2012	2013	2014	2015	2016
Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
MEDICINA INTERNA	5.000	50%	60%	70%	80%	90%
CARDIOLOGIA	4.000	10%	30%	45%	60%	70%
PNEUMOLOGIA	2.000	10%	30%	45%	60%	70%
PEDIATRIA	4.000	80%	82%	85%	88%	90%
NEFROLOGIA	2.000	10%	30%	45%	60%	70%
NEUROLOGIA	2.000	10%	30%	45%	60%	70%
SECTOR I	19.000	35%	49%	60%	71%	79%
ANESTESIOLOGIA (20%)	2.900					
CIRURGIA GERAL	9.000	60%	70%	75%	80%	85%
OBST./GINECOLOGIA	8.000	25%	35%	45%	55%	65%
UROLOGIA	3.500	25%	40%	55%	65%	75%
OFTALMOLOGIA	4.000	25%	40%	55%	65%	75%
ORL	5.000	30%	40%	55%	65%	75%
ORTOPEDIA	10.000	40%	50%	60%	70%	80%
ESTOMATOLOGIA	4.000	30%	40%	55%	65%	75%
SECTOR II	46.400	37%	48%	58%	67%	76%
MFR	4.000	40%	50%	60%	65%	70%
TOTAL	69.400	37%	48%	59%	68%	77%

URGÊNCIA

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
URG. GERAL	60.000	70%	69%	68%	66%	65%
TOTAL	60.000	70%	69%	68%	66%	65%

UNIDADE DE DIA

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
SESSÕES	18.750	25%	35%	40%	45%	50%
TOTAL	18.750	25%	35%	40%	45%	50%

M.C.D.T.

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
MFR	45.000	40%	50%	60%	70%	80%
ANATOMIA PATOLÓGICA	1.000	40%	50%	60%	70%	80%
IMAGIOLOGIA	40.000	40%	50%	60%	70%	80%
PATOLOGIA CLÍNICA	300.000	40%	50%	60%	70%	80%
TOTAL	386.000	40%	50%	60%	70%	80%

CIRURGIA

AMBULATÓRIO

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
CIRURGIA GERAL	3.000	60%	70%	75%	80%	85%
OBST./GINECOLOGIA	2.667	25%	35%	45%	55%	65%
UROLOGIA	1.167	25%	40%	55%	65%	75%
OFTALMOLOGIA	1.333	25%	40%	55%	65%	75%
ORL	1.667	30%	40%	55%	65%	75%
ORTOPEDIA	3.333	40%	50%	60%	70%	80%
ESTOMATOLOGIA	1.333	30%	40%	55%	65%	75%
TOTAL	14.500	37%	48%	58%	67%	76%

INTERNAMENTO

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
CUIDADOS CONTINUADOS	584	80%	85%	85%	90%	90%
TOTAL	584	80%	85%	85%	90%	90%

SERV. DOMICILIÁRIO

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
VISITAS	2.000	80%	82%	85%	87%	90%
TOTAL	2.000	80%	82%	85%	87%	90%

Fonte: Mapa fornecido pelo Gabinete de Informação de Gestão do CHTMAD, EPE

Quadro 5: Produção Total Previsional

CONSULTA EXTERNA	PRODUÇÃO TOTAL PREVISIONAL				
	2012	2013	2014	2015	2016
Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
MEDICINA INTERNA	2.500	3.000	3.500	4.000	4.500
CARDIOLOGIA	400	1.200	1.800	2.400	2.800
PNEUMOLOGIA	200	600	900	1.200	1.400
PEDIATRIA	3.200	3.280	3.400	3.520	3.600
NEFROLOGIA	200	600	900	1.200	1.400
NEUROLOGIA	200	600	900	1.200	1.400
SECTOR I	6.700	9.280	11.400	13.520	15.100
ANESTESIOLOGIA (20%)	1.065	1.380	1.695	1.955	2.215
CIRURGIA GERAL	5.400	6.300	6.750	7.200	7.650
OBST./GINECOLOGIA	2.000	2.800	3.600	4.400	5.200
UROLOGIA	875	1.400	1.925	2.275	2.625
OFTALMOLOGIA	1.000	1.600	2.200	2.600	3.000
ORL	1.500	2.000	2.750	3.250	3.750
ORTOPEDIA	4.000	5.000	6.000	7.000	8.000
ESTOMATOLOGIA	1.200	1.600	2.200	2.600	3.000
SECTOR II	17.040	22.080	27.120	31.280	35.440
MFR	1.600	2.000	2.400	2.600	2.800
TOTAL	25.340	33.360	40.920	47.400	53.340
URGÊNCIA					
Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
URG. GERAL	39.000	37.800	36.000	34.200	31.800
TOTAL	39.000	37.800	36.000	34.200	31.800
UNIDADE DE DIA					
Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
SESSÕES	4.688	6.563	7.500	8.438	9.375
TOTAL	4.688	6.563	7.500	8.438	9.375
M.C.D.T.					
Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
MFR	18.000	22.500	27.000	31.500	36.000
ANATOMIA PATOLÓGICA	400	500	600	700	800
IMAGIOLOGIA	16.000	20.000	24.000	28.000	32.000
PATOLOGIA CLÍNICA	120.000	150.000	180.000	210.000	240.000
TOTAL	154.400	193.000	231.600	270.200	308.800

CIRURGIA AMBULATORIO

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
CIRURGIA GERAL	1.800	2.100	2.250	2.400	2.550
OBST./GINECOLOGIA	667	933	1.200	1.467	1.733
UROLOGIA	292	467	642	758	875
OFTALMOLOGIA	333	533	733	867	1.000
ORL	500	667	917	1.083	1.250
ORTOPEDIA	1.333	1.667	2.000	2.333	2.667
ESTOMATOLOGIA	400	533	733	867	1.000
TOTAL	5.325	6.900	8.475	9.775	11.075

INTERNAMENTO

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
CUIDADOS CONTINUADOS	467	496	496	526	526
TOTAL	467	496	496	526	526

SERV. DOMICILIÁRIO

Especialidades	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
VISITAS	1.600	1.640	1.700	1.740	1.800
TOTAL	1.600	1.640	1.700	1.740	1.800

Fonte: Mapa fornecido pelo Gabinete de Informação de Gestão do CHTMAD, EPE

CÁLCULO DA PRODUÇÃO TOTAL PREVISIONAL

1 - Consulta Externa

Para calcular os proveitos da consulta externa considerou-se o valor da produção previsional anual multiplicada pelo preço médio do contato programa para 2011 para as consultas externas.

O contrato programa contempla a divisão de preços entre 1ª consulta e consulta subsequente, com preço de 116,69 € e 106,08 €, respectivamente. Assim, dado o programa funcional não permitir a distinção entre tipos de consulta externa, optou-se pela utilização do preço médio 111,39 €, conforme o quadro abaixo apresentado.

Relativamente ao valor das taxas moderadoras, o cálculo da receita foi efetuado com base no valor da taxa moderadora para a consulta externa em 2011, multiplicado pela produção previsional, conforme o quadro abaixo apresentado.

Quadro 6: Consulta Externa

	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
CONSULTA EXTERNA	2012	2013	2014	2015	2016
SECTOR I	6700	9280	11400	13520	15100
SECTOR II	17040	22080	27120	31280	35440
MFR	1600	2000	2400	2600	2800
TOTAL	25340	33360	40920	47400	53340
Taxa Moderadora Consultas	25340	33360	40920	47400	53340

Contrato Programa 2011	Preços 2011	2012	2013	2014	2015	2016
PM(116,69_106,08)	111,39 €	746.279,50 €	1.033.652,80 €	1.269.789,00 €	1.505.925,20 €	1.681.913,50 €
PM(116,69_106,08)	111,39 €	1.898.000,40 €	2.459.380,80 €	3.020.761,20 €	3.484.122,80 €	3.947.484,40 €
PM(116,69_106,08)	111,39 €	178.216,00 €	222.770,00 €	267.324,00 €	289.601,00 €	311.878,00 €
Taxa 4,6 €	4,60 €	116.564,00 €	153.456,00 €	188.232,00 €	218.040,00 €	245.364,00 €

Fonte: Elaborado pela autora

2 - Urgência

Para calcular os proveitos da urgência considerou-se o valor da produção previsional anual multiplicada pelo preço da urgência básica do contato programa para 2011.

Relativamente ao valor das taxas moderadoras o cálculo da receita foi efetuado com base no valor da taxa moderadora para a urgência em 2011, multiplicado pela produção previsional, conforme o quadro abaixo apresentado.

Quadro 7: Urgência

	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
URGÊNCIA	2012	2013	2014	2015	2016
URG. GERAL	39000	37800	36000	34200	31800
TOTAL	39000	37800	36000	34200	31800
Taxa Moderadora Urgência	39000	37800	36000	34200	31800

Contrato Programa 2011	Preços 2011	2012	2013	2014	2015	2016
P. U. básica	37,78 €	1.473.420,00 €	1.428.084,00 €	1.360.080,00 €	1.292.076,00 €	1.201.404,00 €
Taxa 9,60 €	9,60 €	374.400,00 €	362.880,00 €	345.600,00 €	328.320,00 €	305.280,00 €

Fonte: Elaborado pela autora

3 - Hospital de Dia

Para calcular os proveitos do Hospital de Dia considerou-se o valor da produção previsional anual multiplicada pelo preço médio do contato programa para 2011 para as sessões de Hospital de Dia.

O contrato programa contempla a divisão de preços entre sessões de Hematologia, Imuno-Hemoterapia, Infeciologia, Psiquiatria e outros, com preço de 353,55 €, 353,55 €, 496,93 €, 36,73 € e 24,28 €, respetivamente. Assim, dado o programa funcional não permitir a distinção entre tipos de sessões de Hospital de Dia, optou-se pela utilização do preço médio 293,66 €, conforme o quadro abaixo apresentado.

Quadro 8: Hospital de Dia

	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
UNIDADE DE DIA	2012	2013	2014	2015	2016
SESSÕES	4688	6563	7500	8438	9375
TOTAL	4688	6563	7500	8438	9375

Contrato Programa 2011	Preços 2011	2012	2013	2014	2015	2016
PM (353,55_496,93_36,73_24,28)	293,66 €	1.376.678,08 €	1.927.290,58 €	2.202.450,00 €	2.477.903,08 €	2.753.062,50 €

Fonte: Elaborado pela autora

4 - Cirurgia Ambulatório

Para calcular os proveitos Cirurgia de Ambulatório considerou-se o valor da produção previsional anual multiplicada pelo preço do episódio do contato programa para 2011 para os episódios de Cirurgia de Ambulatório.

Quadro 9: Cirurgia Ambulatório

	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
	2012	2013	2014	2015	2016
CIRURGIA AMBULATÓRIO	5325	6900	8475	9775	11075
TOTAL	5325	6900	8475	9775	11075

Contrato Programa 2011	Preços 2011	2012	2013	2014	2015	2016
P. Episódio Cirúrgico	1.264,53 €	6.733.621,61 €	8.725.256,17 €	10.716.890,73 €	12.360.779,58 €	14.004.668,42 €

Fonte: Elaborado pela autora

5 - Serviço Domiciliário

Para calcular os proveitos do Serviço Domiciliário considerou-se o valor da produção previsional anual multiplicada pelo preço da visita do contato programa para 2011 para as visitas do Serviço Domiciliário.

Quadro 10: Serviço Domiciliário

SERV. DOMICILIÁRIO	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios	Episódios
	2012	2013	2014	2015	2016
VISITAS	1600	1640	1700	1740	1800
TOTAL	1600	1640	1700	1740	1800

Contrato Programa 2011	Preços 2011	2012	2013	2014	2015	2016
PCP Visita	39,87 €	63.792,00 €	65.386,80 €	67.779,00 €	69.373,80 €	71.766,00 €

Fonte: Elaborado pela autora

A seguir apresenta-se o mapa resumo das receitas apuradas por linha de produção.

Quadro 11: Proveitos Previsionais - Prestação de serviços (euros)

Prestação de serviços	2012	2013	2014	2015	2016
	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
CONSULTA EXTERNA	2.822.496	3.715.804	4.557.874	5.279.649	5.941.276
URGÊNCIA	1.473.420	1.428.084	1.360.080	1.292.076	1.201.404
UNIDADE DE DIA	1.376.678	1.927.291	2.202.450	2.477.903	2.753.063
M.C.D.T.	0	0	0	0	0
CIRURGIA AMBULATORIO	6.733.622	8.725.256	10.716.891	12.360.780	14.004.668
INTERNAMENTO (cuidados continuados)	0	0	0	0	0
SERV. DOMICILIÁRIO	63.792	65.387	67.779	69.374	71.766
TAXAS MODERADORAS	490.964	516.336	533.832	546.360	550.644
	12.960.972	16.378.157	19.438.906	22.026.141	24.522.821

Fonte: Elaborado pela autora

Obtidos os proveitos previsionais, importa passar aos custos e perdas previsionais que constam no quadro da demonstração de resultados previsionais e que foram obtidos a partir dos pressupostos que a seguir se apresentam.

Para a generalidade dos custos, consideram-se:

- Preços constantes no ano base de 2010;
- Consumos de produtos e matérias-primas: foram tidos em consideração os custos históricos analíticos e a sua evolução foi proporcional à evolução da produção;
- Restantes custos de acordo com os custos históricos analíticos e a sua evolução foi proporcional a evolução da produção;
- Amortizações calculadas de acordo com os valores do investimento e das taxas em vigor.
- Evolução no período em análise: proporcional à variação da produção.

O valor dos custos provisionais varia de acordo com a taxa de variação da produção, conforme o quadro infra.

Quadro 12: Variação da produção

	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016
Taxa crescimento Produção	14%	10%	7%	6%

Fonte: Elaborado pela autora

Cálculo das Amortizações

As Amortizações foram calculadas em função do tipo de investimento a realizar, obras e equipamento, à taxa mais usual de cada rubrica de equipamento com base do CIME – Cadastro e Inventário dos Móveis do Estado, Portaria n.º 671/2000 de 17 de Abril.

De acordo com esse sistema as taxas por tipo de investimento são:

- Edificações – 5%
- Valor Equipamento Médico – 14.28 %
- Valor Equipamento Geral – 12.5%
- Software – 33%

O Cálculo anual do valor das amortizações é apresentado no quadro infra.

Quadro 13: Amortizações

Componentes do Investimento	Valor Total	Taxa Amortização	2012	2013	2014	2015	2016
Valor Construção	25.601.050,43	5%	1.280.052,52	1.280.052,52	1.280.052,52	1.280.052,52	1.280.052,52
Arranjos Exteriores	3.499.551,60	5%	174.977,58	174.977,58	174.977,58	174.977,58	174.977,58
Valor Equipamento Médico	6.107.538,00	14%	872.156,43	872.156,43	872.156,43	872.156,43	872.156,43
Valor da Fiscalização da Obra	1.455.030,10	5%	72.751,51	72.751,51	72.751,51	72.751,51	72.751,51
Projectos	1.179.750,00	5%	58.987,50	58.987,50	58.987,50	58.987,50	58.987,50
Valor Equipamento Geral							
- Equipamento Administrativo	2.760.000,00	13%	347.760,00	347.760,00	347.760,00	347.760,00	347.760,00
- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	467.248,30	33%	155.733,86	155.733,86	155.780,58		
TOTAL	41.070.168,43		2.962.419,39	2.962.419,39	2.962.466,12	2.806.685,53	2.806.685,53

Fonte: Elaborado pela autora

Cálculo dos Custos Operacionais

Os Custos Operacionais foram calculados com base nos custos históricos do antigo Hospital de Lamego em 2010, com variação anual de acordo com a taxa de crescimento da produção apresentada no quadro 11. Os custos históricos foram obtidos na contabilidade analítica de 2010 do CHTMAD, EPE.

Quadro 14: Custos históricos com variação proporcional à variação da produção

Custos e Perdas	VALORES 2010	2012	2013	2014	2015	2016
CMVMC	1.761.019,38	1.761.019,38	1.998.757,00	2.188.638,91	2.341.843,63	2.482.354,25
Fornecimento e Serviços Externos	2.575.416,86	2.575.416,86	2.923.098,14	3.200.792,46	3.424.847,93	3.630.338,81
Custos Com Pessoal	8.224.427,53	8.224.427,53	9.334.725,25	10.221.524,14	10.937.030,84	11.593.252,69
Outros Custos Operacionais	263.890,98	263.890,98	299.516,26	327.970,31	350.928,23	371.983,92

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com os cálculos dos proveitos e dos custos para os anos de 2012 a 2016, construiu-se a Demonstração de Resultados, conforme o quadro infra.

Quadro 15: Demonstração de resultados - Hospital de Proximidade de Lamego

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS - Hospital de Proximidade de Lamego					
RUBRICAS	2012	2013	2014	2015	2016
Proveitos e Ganhos	12.960.972	16.378.157	19.438.906	22.026.141	24.522.821
Vendas e Prestações de Serviços					
Internamento	0	0	0	0	0
Consulta	2.822.496	3.715.804	4.557.874	5.279.649	5.941.276
Urgência	1.473.420	1.428.084	1.360.080	1.292.076	1.201.404
Unidade de dia	1.376.678	1.927.291	2.202.450	2.477.903	2.753.063
Meios Compl. Diagnostico Terapeutica.					
Taxas Moderadoras	490.964	516.336	533.832	546.360	550.644
Serviço Domiciliário	63.792	65.387	67.779	69.374	71.766
Outras prestações serviços	6.733.622	8.725.256	10.716.891	12.360.780	14.004.668
Outros Proveitos Operacionais					
Total Proveitos	12.960.972	16.378.157	19.438.906	22.026.141	24.522.821
RUBRICAS	2012	2013	2014	2015	2016
Custos e Perdas	15.787.174	17.602.916	19.003.496	20.041.346	21.092.228
CMVMC	1.761.019	1.998.757	2.188.639	2.341.844	2.482.354
Fornecimento e Serviços Externos	2.575.417	2.923.098	3.200.792	3.424.848	3.630.339
Custos Com Pessoal	8.224.428	9.334.725	10.221.524	10.937.031	11.593.253
Outros Custos Operacionais	263.891	299.516	327.970	350.928	371.984
Amortizações	2.962.419	2.962.419	2.962.466	2.806.686	2.806.686
Provisões	0	0	0	0	0
Total Custos	15.787.174	17.518.516	18.901.392	19.861.336	20.884.615
Resultado Líquido do Exercício	-2.826.203	-1.140.359	537.514	2.164.805	3.638.206

Fonte: Elaborado pela autora

Após a construção da demonstração de Resultado e o apuramento do Resultado Líquido do Exercício, calcularam-se os seguintes indicadores EBITDA e *CASH FLOW OPERACIONAL*, conforme quadro infra.

Quadro 16: Demonstração de resultados

D. RESULTADOS	2012	2013	2014	2015	2016
EBITDA	136.217	1.822.061	3.499.980	4.971.491	6.444.891
AMORTIZAÇÕES	2.960.877	2.960.877	2.960.877	2.806.686	2.806.686
EBIT	-2.824.661	-1.138.817	539.103	2.164.805	3.638.206
IRC(t)	---	---	142.862	573.673	964.124
EBIT(1-t)	-2.824.661	-1.138.817	396.240	1.591.132	2.674.081
CASH FLOW OPERACIONAL	136.217	1.822.061	3.499.980	4.971.491	6.444.891
REPORTE DE PREJUÍZOS	-2.824.661	-1.138.817			

Fonte: Elaborado pela autora

Pressupostos:

1. Não está contabilizado o efeito positivo dos subsídios a conceder nos resultados;
2. Foi considerada uma taxa de IRC (t) de 26,5%.

Cálculo do Custo de Oportunidade do Capital

Pressupostos:

1. T1 - Rendimento Real (TAXA Euribor a Janeiro de 2012) - remuneração real desejada para os capitais próprios;
2. T2 - Prémio de Risco (Beta obtido do bloomberg para projetos idênticos) - consiste no prémio anual de risco. Corresponde à taxa dependente da evolução económica financeira, global e sectorial do projeto, bem como ao montante global do projeto;
3. T3 - Taxa de Inflação (3%);
4. Custo Oportunidade = $[(1+T1)*(1+T2)*(1+T3)]-1$.

Custo oportunidade	$= ((1+0,01085)*(1+0,35)*(1+0,03))-1$	0,41
--------------------	---------------------------------------	------

Cálculo do VAL (Valor Atualizado Líquido)

$$\text{VAL} = - \text{Investimento} + \text{Cash Flow} / (1+Tx) + \text{Cash Flow} 2 / (1+Tx)^2 + \text{Cash Flow} 3 / (1+Tx)^3 +$$

$$\text{Cash Flow 4} / (1+\text{Tx})^4 + \text{Cash Flow 5} / (1+\text{Tx})^5 = 3.292.138,59 \text{ €}$$

Pressupostos:

Tx = Taxa de retorno 2% (Sector Público sem risco)

Investimento = 30% valor do projeto (12.321.050,53 €)

Cálculo do VAL (Valor Atualizado Líquido) com Custo Oportunidade ou taxa de atualização

$$\text{VAL} = - \text{Investimento} + \text{Cash Flow} / (1+\text{Tx}) + \text{Cash Flow 2} / (1+\text{Tx})^2 + \text{Cash Flow 3} / (1+\text{Tx})^3 + \text{Cash Flow 4} / (1+\text{Tx})^4 + \text{Cash Flow 5} / (1+\text{Tx})^5 = 2.098.857,93\text{€}$$

Pressupostos:

Tx = Custo de Oportunidade

Investimento = 30% valor do projeto (12.321.050,53 €)

Conclusão: Da análise do VAL e do Custo de Oportunidade verifica-se que é mais rentável para o CHTMAD a execução do projeto do Novo Hospital de Proximidade de Lamego.

O VAL é considerado a preços constantes o valor do investimento do Hospital, permitindo ganhos de rentabilidade superior ao obtido com a introdução do custo de oportunidade, calculado a preços correntes. A alternativa para a não realização do investimento seria a colocação do valor do investimento num depósito a prazo, que teria que ser no Instituto de Gestão do Crédito Público, que pratica taxas de remuneração dos depósitos inferior à Euribor, assim, constata-se que a rentabilidade do investimento será sempre superior ao mercado.

5.6 - SÍNTESE E CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Neste capítulo começou por apresentar-se o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., as Unidade Hospitalares que o constituem, as suas valências, área de abrangência, missão e objetivos.

Seguidamente apresentou-se a Unidade de Lamego, as suas valências e a sua área de abrangência.

Dado que este estudo se centra no Novo Hospital de Proximidade de Lamego que está em construção, é apresentado o projeto, o programa funcional, as características de hospital de proximidade, as valências e a organização do hospital e dos serviços.

A análise do desempenho e da viabilidade económica e financeira parte da definição dos proveitos previsionais, com base na produção previsional e no contrato programa de 2011, dos custos previsionais baseados nos custos históricos terminando na obtenção da Demonstração de Resultados e na construção de indicadores como o EBITDA, *Cash Flow* Operacional e Custo de Oportunidade.

Da análise efetuada pode concluir-se que:

1. O desempenho financeiro do Novo Hospital de Lamego é positivo a partir do terceiro ano de atividade, apresentando resultados líquidos positivos a partir de 2014 e um EBITDA em todos os anos positivo;
2. O investimento no Novo Hospital de Proximidade de Lamego é viável económica e financeiramente, apresentando um *Cash Flow* Operacional positivo em todos os anos de estudo.
3. Da análise do VAL e do Custo de Oportunidade verifica-se que é mais rentável para o CHTMAD a execução do projeto do Novo Hospital de Proximidade de Lamego.

Em jeito de conclusão, parece lícito afirmar que as duas hipóteses estudadas foram comprovadas, ou seja o Novo Hospital de Proximidade de Lamego do CHTMAD, EPE tem carácter inovador e é viável económica e financeiramente.

CAPÍTULO VI
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

VI – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

6.1 - LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DE GESTÃO

Ao longo do desenvolvimento deste estudo encontraram-se algumas limitações, tais como:

- Escassa bibliografia sobre o tema dos hospitais de proximidade;
- A recolha de dados económicos e financeiros sobre o histórico do Hospital de Lamego, ao nível da contabilidade de custos, só foi possível para o ano de 2010, o ano com valores mais recentes em termo de contabilidade analítica no CHTMAD, EPE;
- A produção teve que ser valorizada aos preços do contrato programa de 2011, uma vez que o contrato programa de 2012 ainda não está aprovado para o CHTMAD, EPE;
- A produção em determinadas linhas de produção teve que ser valorizada a preços médios, pelo facto do programa funcional não ter permitido definir os episódios e as sessões de igual forma como o contrato programa apresenta.

Apesar das limitações encontradas, conseguiu desenvolver-se o estudo e obter conclusões válidas para o mesmo, atingindo os objetivos inicialmente propostos e validando, assim, as hipóteses em estudo.

Efetivamente, o investimento em inovação acarreta custos elevados, o caso do Novo Hospital de Proximidade de Lamego é exemplo dessa situação, com um valor previsto de realização de 41.070.168,43 €. Pelo exposto, designadamente, porque o elevado montante envolvido no investimento constitui um grande risco para a gestão, justifica-se plenamente a elaboração de um estudo do desempenho financeiro e da viabilidade económica e financeira do mesmo.

Assim, recomenda-se que antes da tomada de decisão de investimento por parte da gestão seja elaborado um estudo que permita avaliar o desempenho financeiro e a viabilidade económica e financeira do investimento.

De salientar ainda que, para que o estudo sobre o investimento seja válido e o mais correto e fiável possível, a gestão deve, obrigatoriamente, ter ao dispor ferramentas de cálculo e de informação abrangente sobre os dados económicos e financeiros, necessários, imprescindíveis mesmo, para o desenvolvimento da análise.

Em suma, não obstante termos consciência que muitas das vezes a decisão de investimento parte do Governo, a gestão deve sempre desenvolver estudos de análise do desempenho e da viabilidade do investimento, muito mais quando esse investimento tem carácter inovador, acarretando elevados custos de investimento.

6.2 - CONCLUSÕES

O problema em análise neste estudo consistia na avaliação do desempenho financeiro e a viabilidade económica e financeira do Novo Hospital de Proximidade de Lamego com características inovadoras, numa perspetiva da análise viabilidade do investimento.

Desde a sua conceção inicial, a escolha deste tema justificou-se pela escassez de estudos sobre a componente económica e financeira da construção de novos hospitais, no caso em apreço, hospitais de proximidade no sector da saúde em geral.

Consideramos esta matéria cada vez mais importante para a gestão de uma organização, para se perceber se determinado investimento, que tendo carácter inovador, apresentando custos elevados de investimento, é viável económica e financeiramente. Aí reside a relevância deste estudo que pretende responder a esta questão.

A inovação tem sido vista, presentemente, como um processo dinâmico que envolve atores diversos e em constante mutação, formando redes e parcerias diversas. Os recursos para a inovação estão, de facto, mais dispersos na sociedade, comparativamente há poucas décadas atrás, e os clientes são mais exigentes e críticos com os produtos e serviços, tornando os parceiros de negócio, os concorrentes, consultores e utilizadores mais importantes no processo de inovação da empresa.

Conforme Becheikh *et al.*, 2007; Bovaird, 2007; Windrum & Koch, 2008; Potts, 2009, a aplicação do conceito, inovação, dos seus benefícios ou da sua importância ao sector público, é muito mais recente, reportando-se já ao séc. XXI. Da recente, mas reconhecida importância decorre a entrada do tema da inovação nos serviços públicos nas agendas políticas, assistindo-se a um aumento de medidas políticas e governamentais.

Assim, no presente trabalho consolidámos a ideia, que, atualmente, se assiste a uma crescente preocupação com este sector público e com a questão da inovação nos serviços, que lhes está inerente, e daí resulta o acréscimo das iniciativas políticas e governamentais que procuram a inovação no sector público. Na sua génese encontra-se o designado movimento da “Nova Gestão Pública”, que consiste num conjunto de preocupações e de conceitos, tipicamente determinados para o sector privado, que entraram no domínio das organizações públicas, nomeadamente a preocupação com o fomento da inovação nas organizações pertencentes a este sector.

De facto, conforme já havíamos destacado, o “*Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar*”, a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, já refere aspetos fundamentais, que julgamos pertinentes de novo referir: no Art. 8º (Informação Pública) – “*O Ministério da Saúde divulga, anualmente, um relatório com os resultados da avaliação dos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde mediante um conjunto de indicadores que evidencie o seu desempenho e eficiência*”, na alínea b) do Art. 5º (Princípios Específicos da Gestão Hospitalar) – “*Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos*” e nas alíneas a), b) e c) do nº1 do Art. 10º (Princípios Específicos da Gestão Hospitalar do Sector Público Administrativo):

a) “*Garantia da eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infraestruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa ótima da utilização dos recursos disponíveis*”, b) “*Elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a Administração Regional de Saúde (ARS) respetiva, de acordo com o princípio contido na alínea d) do artigo 5º, nos quais sejam definidos os objetivos a atingir e acordados com a tutela, e os indicadores de atividade que permitam aferir o desempenho das respetivas unidades e equipamentos de gestão*” e c) “*Avaliação dos titulares dos órgãos de administração, dos diretores dos departamentos e de serviços e dos*

restantes profissionais, de acordo com o mérito do seu desempenho, sendo este aferido pela eficiência demonstrada na gestão dos recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes”.

Pelo exposto e, numa perspetiva inovadora, surge o Novo Hospital de Proximidade de Lamego, como resultado de uma iniciativa governamental para a construção de um hospital de proximidade com características inovadoras, tanto na sua estrutura, organização e serviços prestados.

Na verdade, de forma resumida, relembramos, concluindo, que o Novo Hospital de Proximidade de Lamego apresenta-se com um serviço predominantemente ambulatorio, correspondendo aos mais recentes padrões da evolução da arquitetura hospitalar nos países desenvolvidos e terá por objetivo aproximar, a prestação de cuidados de saúde diferenciados, aos cidadãos.

Ainda outra característica inovadora do hospital de proximidade é que permite, pela sua natureza mais ligeira e articulada, uma maior aproximação ao utente, edifícios mais eficientes do ponto de vista funcional, mais humanizados, seguros e flexíveis, ou seja um hospital orientado para o utente.

Mais recordamos, em sede de conclusão, que os hospitais de proximidade caracterizam-se ainda por uma série de características específicas, que a seguir se enumeram e que os diferenciam dos restantes:

- Dispõem de alta tecnologia assistencial e organizativa;
- Contam com um grande equipamento em tecnologias da informação e das comunicações que permite a aplicação da telemedicina;
- São hospitais com uma alta produtividade;
- Possuem uma grande capacidade de reação e adaptação rápida às mudanças do meio ambiente.

Assim, é lícito concluir que o Novo Hospital de Proximidade de Lamego possui, indubitavelmente e inquestionavelmente, um carácter inovador.

De lembrar ainda que neste estudo, a análise do desempenho financeiro foi efetuada através da análise dos resultados da atividade prevista para o Novo Hospital de

Proximidade de Lamego, com a construção da Demonstração de Resultados por anos, de 2012 a 2016, e a correspondente obtenção do Resultado Líquido do Exercício e calculado, ano a ano, o valor do EBITDA.

Ainda de destacar que a análise da viabilidade económica e financeira é executada através do cálculo dos cash flows operacionais.

Assim, fazendo uso da metodologia, baseada no estudo de caso, feito através da recolha e tratamento de dados económicos e financeiros do hospital, apresentamos, em sede de desfecho, uma série de conclusões do estudo do desempenho e da viabilidade efetuado:

1. O desempenho financeiro do Novo Hospital de Lamego é positivo a partir do terceiro ano de atividade, apresentando resultados líquidos positivos e um EBITDA em todos os anos positivo;
2. O investimento no Novo Hospital de Proximidade de Lamego é viável económica e financeiramente, apresentando um Cash Flow Operacional positivo em todos os anos de estudo.

Em jeito de conclusão, os objetivos definidos para este estudo foram atingidos, na medida em que conseguimos compreender e avaliar o desempenho enquanto processo resultante do investimento em inovação tecnológica, e conseguimos avaliar o desempenho e a viabilidade económica e financeiramente do novo Hospital com características de inovação.

Em suma, da realização deste estudo concluiu-se que o Novo Hospital de Proximidade de Lamego tem características de inovação e é viável económica e financeiramente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecassis, F., & Cabral, N. (1988). *Análise económica e financeira de projetos*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Adelman, C., Jenkins, D. & Kemmis, S. (1976). Re-thinking case study: Notes from the second Cambridge conference. *Cambridge Journal of Education*.
- Albury, D. (2005). Fostering innovation in public services. *Public Money and Management*.
- Almeida, R. T., & Carlsson, P. (1996). *Severity of a case for outcome assessment in health care – definitions and classifications of instruments*. 37 (1). *Health Policy*.
- Antunes, M. T., & Martins, E. (2007). Capital intelectual: Seu entendimento e seus impactos no desempenho de grandes empresas brasileiras. *Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos*, vol. 4, nº. 1.
- Assaf Neto, A. (2001). *Mercado financeiro*. (4^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Assaf Neto, A. (2002). *Estrutura e análise de balanços um enfoque econômico financeiro*. São Paulo: Atlas.
- Barras, R. (1986). A comparison of embodied technical change in services and manufacturing industry. *Applied Economics*, vol. 18, 941-958.
- Barras, R. (1990). Interactive innovation in financial and business services: The vanguard of the service revolution. *Research Policy*, 19.
- Barros, P. P. (2001a). Um exemplo simples da metodologia de categorização de hospitais segundo “Grade of Membership”. *Orçamento do SNS para 2002 –*

Financiamento dos Hospitais.

- Barros P. P. (2001b). Utilização dos graus de pertença para cálculo de orçamentos dos hospitais. *Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais.*
- Barros P. P. (2001c). Exploração preliminar da aplicação da metodologia de graus de pertença. *Orçamento do SNS para 2002 – Financiamento dos Hospitais.*
- Barros, C. P. (2007). *Avaliação financeira de projetos de investimento.* Lisboa: Escolar Editora.
- Barros, H. (2005). *Análise de projetos de investimento.* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Bateson, J. (1979). Conceptual and theoretical developments in marketing. In Ferrell, Brown & Lamb Jr. (Ed), *Why we need service marketing* (131-146). Chicago: American Marketing Association.
- Becheikh, N., Halilem, N., Jbilou, J., Mosconi, E., Hammami, H., & Landry, R. (2007). Conceptualization and determinants of innovation in the public sector: A systematic revue. In Andolin, M., Merinen, M., & Kautonen, M. (Ed.), *Service competitiveness and cohesion – Balancing Dynamics in the Knowledge Society RESER2007 Conference Proceedings, XVII International RESER Conference Tampere* (13-15), Finland.
- Bell, D. (1973). *The coming of Post-Industrial Society: a venture in Social Forecasting.* New York: Basic Books.
- Berry, L. (1980). Services Marketing is Different. *Business*, 30, 24-29.
- Beuren, Ilse Maria. *Conceituação e Contabilização do Custo de Oportunidade* (1993). Caderno de Estudos da Fipecafi. FEA-USP: São Paulo.

- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bonoma, T. V. (1985). Case research in marketing: opportunities, problems, and process. *Journal of Marketing Research*, Vol. 22.
- Bovaird, T. (2007). Beyond engagement and participation: user and community coproduction of public services. *Public Administration Review*, Vol. 67, nº. 5.
- Brigham, E. F., & Houston, J. F., (2003). *Fundamentals of Financial Management*.
- Brook, R. H., A. Schuster, M., & A. McGlynn, E. (1987). Symposium: Case-Mix Measurement and Assessing Quality of Hospital Care. *Health Care Financing Review*, Special Number.
- Camargos, M. A., & Barbosa, F. D. (2005). Análise do desempenho económico-financeiro e da criação de sinergias em processos de fusão e aquisição do mercado brasileiro ocorrido entre 1995 e 1999. *Caderno de Pesquisas em Administração*, Vol. 12, nº. 2.
- Catelli, Armando (coord.) (1999). *Controladoria: uma abordagem da gestão económica*. Gecon. São Paulo: Atlas.
- Chase, R. (1978). Where does the customer fit in a service operation? *Harvard Business Review*, 56, 137-142
- Coddington, D. C., Fischer, E. A., Moore, K. D., & Clarke, R. L. (2000). *Beyond managed care – How consumers and technology are changing the future of health care*. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Company.
- Coombs, R., & Miles, I. (2000). Innovation, measurement and services: The new

problematique. In Metcalfe J. S., & Miles I. (Eds.), *Innovation System in the Service Economy. Measurement and Case Study Analysis*. Boston: Kluwer.

Costa, C. & Reis, V. (1993). O Sucesso nas Organizações de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (3), 59-68.

Costa, Leal da Costa e Lopes (2007). Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos em Portugal Continental (2007).

Direção Geral de Saúde (2002). *Desempenho Comparado das Unidades de Saúde do SNS – Indicadores Mensais*. Lisboa.

Donabedian, A. (1985). The epidemiology of quality. *Inquiry*.

Drejer, I. (2004). Identifying innovation in surveys of services: A Schumpeterian perspective. *Research Policy*, Vol. 33, 551–56.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories From Case Study Research. *Academy of Management Review*, vol. 14, nº 4.

EUCOMED (2007)

http://www.eucomed.be/sitecore/shell/Controls/Rich%20Text%20Editor/~/_media/pdf/tl/2007/portal/publications/medtechbrief2007.ashx, 26 de Outubro.

Evangelista, R. (2000). *Sectoral patterns of technological change in services*, *Economics of Innovation and New Technology*, vol. 9, 183-221.

Cainelli, Giulio, Evangelista, Rinaldo and Savona, Maria (2004) The impact of innovation on economic performance in services. *Service Industries Journal*, 24 (1). pp. 116-130. ISSN 0264-2069

Fagerberg, J., & Verspagen, B. (2009). Innovation studies – The emerging structure of a

new scientific field. *Research Policy*, vol. 38, 218-233.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

Freeman, C. (1996). The greening of technology and models of innovation. *Technological Forecasting and Social Change*, 53, 27-39.

Freeman, C. (2002). Continental, national and sub-national innovation systems - complementarity and economic growth. *Research Policy*, 31, 191-211.

Fuchs, V. (1968). *The service economy, national bureau of economic research*. Cambridge

Fuchs, V. (1999). Health Care for the Elderly: How Much? Who Will Pay For It? *Health Affairs*.

Fuglsang, L. (2008). The public library between social engineering and innovation with care. In Fuglsang, L. (Eds.) *Innovation and the creative process: towards innovation with care*. Cheltenham (UK): Edward Elgar Publishers.

Gallouj, F. & Weinstein, O. (1997). Innovation in services. *Research Policy*, nº. 26, 537-556.

Gallouj, F. (2002). Innovation in services and the attendant old and new myths. *Journal of Socio-Economics*, vol. 31, 137-154.

Glawischnig, M., Sommersguter-Reichmann, M. (2009). Assessing the performance of alternative investments using non-parametric efficiency measurement approaches: Is it convincing?, *Journal of Banking & Finance*, 34.

Good, W. J. & Hatt, P. K. (1969). *Métodos em Pesquisa Social*. (3ª ed.), São Paulo: Cia

Editora Nacional.

Gummesson, E. (n. d.). Return on relationships (ROR): The value of relationship marketing and CRM in business-to-business contexts. *The Journal of Business & Industrial Marketing*, vol. 19.

Herzlinger, R. (1997). Market Driven Health Care – Who Wins, Who Loses in the Transformation of America’s Largest service Industry. *Harper Collins Publishers*, Perseus Books.

Hill, T. (1977). On goods and services. *Review of Income and Wealth*, 20, 315-318.

Iezzoni L. I, (1997). Risks and Outcomes. In Iezzoni, L. (ed. lit.), *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*, (2^a ed.). Chicago: Health Administration Press.

Instituto Nacional de Administração (1999). *Avaliação dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta*. Lisboa.

Instituto Nacional de Administração (2001). *Projeto de Avaliação de Unidades de Saúde*. Lisboa.

Jacobs, P. (1974). A Survey of Economic Models of Hospitals. *Inquiry*, 11 (2), 83-97.

Judd, R. (1964). The case of redefining services. *Journal of Marketing*, 28, 59.

Junior e Batista (2005). Estudo Empírico do Desempenho das Empresas de Distribuição de Energia Elétrica segundo o EBTIDA. *Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ*, Rio de Janeiro – v.10, n.2, 2005

Kanouse, D. E., Kallich, J. D., & Kahan J. P. (1995). Dissemination of effectiveness and outcomes research. *Health Policy*, 34 (3).

- Windrum, P., & Koch, P., (2008). *Innovation in Public Sector Services. Entrepreneurship, Creativity and Management*. Edward Elgar Publishers
- Levitt, T. (1972). Production line approach to service. *Harvard Business Review*, 50, 41-52.
- Lovelock, Christopher, S. Vandermerwe and B. Lewis (1999). *Services Marketing: A European Perspective*, Prentice Hall Europe.
- Martins, Eliseu (1995). *Contabilidade de Custos*. São Paulo: Atlas.
- Martins, Eliseu (2000). Avaliação de Empresas: da Mensuração Contábil à Econômica. In *Caderno de Estudos*, São Paulo: Fipecafi e EAC/FEA/USP, n.24, v.13, p.2837, jul./dez.
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: a qualitative approach*. San Francisco: Jossey Bass.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. California – Beverly Hills: Sage.
- Miles, I. (2000). Services innovation: coming of age in the knowledge-based economy. *International Journal of Innovation Management*.
- Miles, I., (2005). Innovation in services. In Fagerberg, J., Mowery, R., & Nelson, R., *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press.
- Murphy, D. J. & Cluff, L. E. (ed. lit.) (1990). Support: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Study Design. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43 (supplement).

- Nelson, R. R., & Winter, S. G. (1977). In search of useful theory of innovation. *Research Policy*, 6, 36-76.
- Nelson, R., & Winter, S. (1982). *An evolutionary theory of economic change*. Belknap Press.
- Nelson, R., & Nelson, K. (2002). Technology, institutions, and innovation systems. *Research Policy*, (31), 265-272.
- Neves, J. C. (2002). *Análise Financeira*, Lisboa: Texto Editora.
- Nisbett, J. & Watt, J. (1978). *Case study. Redguide 26: guides in education research*. University of Nottingham School of Education.
- Organisation for Economic and Cooperation Development - OECD (2004). The reform of the health care system in Portugal. *Economics Department Working papers*, nº 45.
- Pavitt, K. (1984). Sectoral patterns of technical change: towards a taxonomy and a theory. *Research Policy*, vol. 13, 342-373.
- Pindyck, Robert S., Rubinfeld, Daniel L. *Microeconomia*. São Paulo: Makroon Books, 1994.
- Pinto, M., Ramos, F., & Pereira, J. (2000). Health Technology Assessment in Portugal. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 16, nº2.
- Portaria n.º 671/2000 de 17 de Abril. Diário da República nº 91 – II Série.
- Potts, J. (2009). The innovation deficit in public services: The curious problem of too much efficiency and not enough waste and failure. *Innovation: Management, Policy & Practice*, vol. 11. pp. 34-43.

- Santana R, (2003). O Financiamento Hospitalar e a Definição de Preços. Dissertação do XXXI Curso de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Santana, L., & Lima, F. G. (2004). EBITDA: Uma análise de correlação com os retornos totais aos acionistas no mercado de capitais brasileiro. In *I Congresso da USP de Iniciação Científica em Contabilidade*, São Paulo: FIPECAFI, 2004.
- Schumpeter, J. (1934). *The Theory of Economic Development*. Cambridge – Massachusetts: Harvard University Press.
- Sundbo, J., & Gallouj, F., (1998). *Innovation in services*. SI4S Synthesis Papers, Oslo: STEP Group.
- Sundbo, J., & Gallouj, F., (2000). Innovation as a loosely coupled system in services. *International Journal of Services Technology and Management*, nº1, 15-36.
- Sundbo, J. (2008). Innovation and involvement in services. In Fuglsang, L. (Eds.), *Innovation and the creative process: towards innovation with care*. Cheltenham – UK: Edward Elgar Publishers.
- Terziovski, M. (2007). *Building innovation capability in organizations: an international cross-case perspective*. London: Imperial College Press.
- Tether, B., & Howels, J. (2007). *Changing understanding of innovation in services*. Disponível em outubro 19, 2009, em <http://www.dti.gov.uk/about/>
- Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2001). *Managing Innovation – Integrating technological, market and organizational change*, (2ª. Ed.), New York: John Wiley & Sons.

- Uchupalanan, K., (2000). Competition and IT-Based Innovation in Banking Services. *International Journal of Innovation Management*, Vol. 4
- Vasconcelos, Y. L. (2002). EBITDA como instrumento de avaliação de empresas. *RBC*, nº 136.
- Vries, E. (2006). Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services. *Research Policy*, Vol. 35.
- Weingart S. N., Mukamal, k., B. Davis, R., T. Davies, Jr, D., Heather Palmer, R., Cahalane, M., Beth, Hamel, M., S. Phillips, R & Iezzoni, L. (2001). Physician-Reviewers - Perceptions and Judgements about Quality of Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (5).
- Weisbrod, B. A. (1991). The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, vol. 29.
- Windrum, P. (2008). Innovation and entrepreneurship in public services. In Windrum, P., & Koch, P., (Eds.), *Innovation in Public Sector Services. Entrepreneurship, Creativity and Management*. (3-20), Edward Elgar Publishers.
- Windrum, P., & Koch, P. (ed. lit.) (2008). *Innovation in Public Sector Services. Entrepreneurship, Creativity and Management*. Edward Elgar Publishers.
- Winston, W. J. (1994). Reengineering hospital marketing. *Journal of Hospital Marketing*, vol. 9, (1).
- Woods, K. (2002). Health Technology Assessment For The NHS In England and Wales. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 18, nº2.

Yin, R. K. (1989). *Case Study Research – Design and Methods*. California - USA: Sage Publications.

Yin, R. K., & Heald, K. A. (1975). Using the Case Survey Method to Analyze Policy Studies. *Administrative Science Quarterly*, vol. 20, n° 3.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I - CONTRATO PROGRAMA – PRODUÇÃO CONTRATADA

APÊNDICE I

PRODUÇÃO CONTRATADA E REMUNERAÇÃO

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)
		N.º	%			
1. Consultas Externas:						
N.º Primeiras Consultas Médicas				116,69 €	77.000	8.985.130,00 €
N.º Consultas Médicas Subsequentes				106,08 €	179.666	19.058.969,28 €
2. Internamento:						
Doentes Saídos						
GDH Médicos	0,7495	15.860	92,67%	2.300,40 €	17.114	27.345.015,83 €
GDH Cirúrgicos	1,2269	4.643	97,25%	2.300,40 €	4.774	13.104.221,01 €
GDH Cirúrgicos Urgentes	1,2269	3.039	97,25%	2.300,40 €	3.125	8.577.154,35 €
Dias de Internamento de Doentes Crónicos						
Doentes Medicina Física e Reabilitação				247,05 €		0,00 €
Psiquiatria Crónicos no Hospital				85,22 €		0,00 €
Doentes Crónicos Ventilados				293,91 €		0,00 €
Doentes Crónicos de Hansen				85,22 €		0,00 €
Doentes Crónicos de Pneumologia				85,22 €		0,00 €
Remuneração Total do Internamento						49.026.391,19 €
3. Episódios de GDH de Ambulatório:						
GDH Cirúrgicos	0,5497			2.300,40 €	5.290	6.689.363,07 €
GDH Médicos	0,1672			2.300,40 €	17.000	6.538.656,96 €
Remuneração dos GDH de Ambulatório						13.228.020,03 €
4. Urgências:						
Atendimentos (SU - Polivalente/ Médico-Cirúrgica)				132,40 €	121.126	16.037.082,40 €
Atendimentos (SU - Básica)				37,78 €	41.833	1.580.450,74 €
5. Sessões em Hospital de Dia:						
Hematologia				353,55 €	2.050	724.777,50 €
Imuno-Hemoterapia				353,55 €	3.500	1.237.425,00 €
Infecciologia				496,93 €	220	109.324,60 €
Psiquiatria				36,73 €	6.183	227.101,59 €
Unidades Sócio-Ocupacionais				36,73 €		
Outros				24,26 €	4.639	112.542,14 €
Remuneração Total do Hospital de Dia						2.411.170,83 €
6. Diálise:						
Hemodiálise						
Semana/doente				537,26 €	5.000	2.686.300,00 €
Diálise Peritoneal						
Semana/doente				27.937,22 €	21	586.681,82 €
7. IG até 10 semanas:						
Medicamentosa						
N.º IG				341,00 €	195	66.495,00 €
Cirúrgica						
N.º IG				444,00 €	14	6.216,00 €
8. Planos de Saúde:						
VIH/Sida						
Doentes em tratamentos ambulatório				11.040,00 €	85	938.400,00 €
Diagnóstico Pré-Natal						
Protocolo I				41,80 €	945	39.501,00 €
Protocolo II				71,60 €	845	60.502,00 €
9. Serviços Domiciliários:						
Visitas Domiciliárias				39,87 €	7.000	279.090,00 €
10. Lar (IPO):						
Dias de Estadia				75,62 €		0,00 €
11. Outros:						
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório						987.137,00 €
Internos						1.036.102,68 €
Valor da Produção Contratada						117.013.639,76 €
Incentivos Institucionais						2.969.019,58 €
Valor de Convergência						0,00 €
Valor Total do Contrato						119.982.659,34 €