

INOVAÇÃO DA GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

RESUMO

O papel e a importância da inovação, em todos os processos, é reconhecido internacionalmente como um dos principais motores do desenvolvimento e da sustentabilidade, em várias áreas de atividade. Em Portugal, a inovação no setor da saúde foi aplicada à gestão hospitalar, que adoptou numa primeira fase práticas de gestão empresarial e posteriormente um modelo de concessão em regime de parceria público-privada. Neste artigo, usando o método da revisão da literatura e da análise dos dados, pretende-se avaliar se a inovação na gestão com a criação dos hospitais-empresa e parcerias público-privadas gerou melhores resultados de produção e se existe um diferencial entre os resultados de acesso e qualidade entre os novos modelos. Como resultado da análise, pode referir-se que a inovação influenciou positivamente ambas as organizações, que apresentam uma maior produção. No entanto, verificou-se que os hospitais-empresa têm melhores indicadores de acesso e os hospitais em parceria público-privada melhores resultados de qualidade.

Palavras-chave: Hospitais, Inovação, Produção, Acesso, Qualidade.

INNOVATION IN MANAGEMENT OF PUBLIC HOSPITALS IN THE PORTUGUESE HEALTH SYSTEM

ABSTRACT

The role and importance of innovation in all processes is recognized internationally as one of the main drives for development and sustainability in various areas of activity. In Portugal, innovation in the health sector was applied to hospital management, which in the first phase adopted business management practices and later a model of public-private partnership. In this article, using the method of literature review and data analysis, we intend to evaluate the better production in management with the creation of enterprise-hospitals and public-private partnerships and verify if there is any difference in the results of access and quality among the new models. As a result of the analysis, it can be noted that innovation has positively influenced both organizations, and they show increase in production. However, it was found that enterprise-hospitals have better access indicators and hospitals in public-private partnership show better quality results.

Keywords: Hospitals, Innovation, Production, Access, Quality.

Andreia Afonso de Matos¹
Alexandre Morais Nunes²

¹ Doutoranda em Administração da Saúde na Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - ULISBOA, Lisboa (Portugal). E-mail: matos.andreia@gmail.com

² Doutor em Administração da Saúde pela Universidade de Lisboa - ULISBOA, Lisboa (Portugal). Assessor do Ministro da Saúde, Lisboa (Portugal). Investigador no Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa, Lisboa (Portugal). E-mail: alexandre.m.nunes@tecnico.ulisboa.pt

INTRODUÇÃO

A inovação, de um modo geral, é vista como um motor do desenvolvimento econômico e social (Chen & Guan, 2010; Bilhim, Guimarães, & Junior, 2013), sendo por isso amplamente considerada como uma forma de mudar uma organização (Damanpour, 2010).

Todas as empresas e organizações nascem, prosperam, ou morrem (Cassiman, Golovko, & Martínez-Ros, 2010). De acordo com Bausch, Brinckmann e Rosenbusch (2011), a única solução para sobreviver e conseguir progredir num mercado que promete ser mais competitivo é através da inovação. Nesse contexto, é importante que as organizações inovem frequentemente e se adaptem aos novos desafios, tornando-se mais competitivas, acompanhando a par e passo as rápidas mudanças que se observam no contexto atual (Damanpour, Méndez, & Wischnevsky, 2011). Organizações estáticas, sem inovação e sem pretensão de acompanhar o desenvolvimento econômico perdem lugar para uma concorrência que promove novos processos, novos produtos, vence os diferentes desafios e centra a sua aposta na inovação, cuja recompensa reside no fato de não perder receita e ser capaz de multiplicar os seus lucros, numa economia em desenvolvimento dinâmico (Schumpeter, 1934).

Entre os estímulos que as organizações enfrentam, encontram-se: a necessidade de mudança na criação e modificação de produtos ou serviços; a adaptação às novas tecnologias, ou a melhoria das já existentes; a mudança na estratégia ou na cultura e a introdução de novos modelos de gestão e processos (Damanpour et al., 2011).

Durante várias décadas, nos hospitais portugueses, não ocorreu qualquer inovação. O setor não se desenvolveu e entrou em rotura com problemas de financiamento e sustentabilidade (Campos, 2008). Durante esse período de tempo, sempre que se realizou uma proposta inovadora de organização para a gestão, verificou-se uma oposição, com existência de uma forte normatividade burocrática, pela qual dificilmente haveria uma abertura para o campo da inovação (Nunes & Harfocuhe, 2015). Contudo, com a evolução da Administração Pública, o conceito de inovação nos processos das organizações públicas ganhou notoriedade na gestão de serviços públicos (Bilhim et al., 2013). Foram adoptados novos modelos e paradigmas, de influência anglo-saxónica, regista-se, nos últimos anos, uma mudança de comportamento da sociedade e por consequência no setor hospitalar (Nunes, 2016). Essa nova abordagem privilegia a competição e a adaptação aos novos tempos, movidos pelo crescimento económico, pela aposta na gestão e por uma forte tecnologia. Nesse contexto, são as organizações públicas que têm de dar os primeiros

passos, abandonando a gestão rígida e burocrática, em busca da inovação (Andrade, Nogueira, & Poeta, 2000).

Em Portugal, no ano 2002, foram dados no setor da saúde os primeiros passos para o rompimento com o sistema burocrático (weberiano), que era pouco flexível, que em nada se demonstrou eficiente ou produtivo em termos económicos (Campos & Simões, 2011; Simões, 2004a). Assim, iniciou-se numa primeira fase um processo de implementação de gestão empresarial nos hospitais públicos (hospitais E.P.E.) e posteriormente a concessão a grupos privados em regime de parceria público-privada (hospitais PPP). Ambos os modelos evoluíram até hoje, objectivando o melhor desempenho e o desenvolvimento de assistência em saúde de qualidade sem restrição do acesso aos cuidados e a novos fármacos (Gulbenkian, 2014).

Neste artigo, por um lado, faz-se uma avaliação dos resultados de produção com a implementação dos dois modelos (gestão empresarial e em parceria público-privada) e, por outro lado, pretende-se analisar qual dos modelos inovadores gerou melhores resultados de acesso e qualidade para o sistema de saúde. Esse tema ganha pertinência num ano em que o Governo de Portugal terá de decidir por um ou outro modelo para a gestão futura das unidades hospitalares.

MÉTODO

O método escolhido, num primeiro passo, foi a revisão da literatura sobre inovação e da gestão hospitalar e a sua aplicação ao setor público da saúde. Num segundo passo, optou-se por uma análise evolutiva dos indicadores de produção e por uma análise comparativa dos principais indicadores de acesso e qualidade entre 2013 e 2015, para um grupo de 20 hospitais E.P.E. e 4 hospitais PPP. Dessa forma, pretende-se dar um contributo positivo para os sistemas de saúde, que têm muito a ganhar com a inovação.

A revisão da literatura desenvolvida para sustentar este artigo está organizada nas seguintes subsecções: inovação (na gestão do setor público e em particular no setor da saúde), caracterizando-se o caso da gestão hospitalar com os desenvolvimentos na adoção de uma gestão empresarial e no formato de parceria público-privada.

INOVAÇÃO

A inovação representa uma vantagem na competição e na modelação da gestão aos novos desafios, gerando riqueza e crescimento. A capacidade da inovação em todos os setores promove uma mudança na forma como as organizações se adaptam aos novos ambientes económicos e tecnológicos, num mundo cada vez mais dinâmico e global (Ganter & Hecker, 2014; Porter, 1990).

Um estudo promovido por Calantone et al. (2010) analisou os pontos fortes para a promoção da inovação, focando vários aspetos, entre os quais:

- O desenvolvimento tecnológico;
- A orientação para o cliente/utente;
- A orientação para os mercados (embora a orientação para o cliente/utente seja mais valorizada nos países ocidentais);
- A orientação da concorrência;
- A necessidade de alcançar um melhor nível de desempenho;
- A promoção de novos produtos/serviços.

A inovação traduz um paradigma de sustentabilidade da sociedade e do conhecimento, que assume uma clara importância para o desenvolvimento, conduzindo à coesão social e projetando uma competitividade econômica (Afgan, & Carvalho, 2010). Através da inovação é possível criar novos conhecimentos e novas ideias a incorporar na produção e nos processos.

Por todas as vantagens da integração dos processos de inovação, a gestão hospitalar optou pela adoção de novas capacidades de resposta na busca por maior desempenho e competitividade, como forma de gerar vitalidade e aumentar o seu peso numa determinada área de ação (Alpkan et al., 2011).

Inovação no setor público

A inovação no setor público está relacionada com a responsabilidade do governo em prestar serviços públicos à população, no sentido de garantir o fornecimento de bens e disponibilizar os recursos necessários (Bilhim et al., 2013). Essa inovação é entendida como um conjunto de “novos processos, práticas ou estruturas que mudam a natureza do trabalho de gestão” (Jansen, Vaccaro, Van Den Bosch, & Volberda, 2012, p. 30) e representa as “novas estruturas organizacionais, administrativas, de sistemas, práticas de gestão, processos e técnicas que possam criar valor para a organização” (Aravind & Damanpour, 2012, p. 424). Desse modo, orientam a forma como o trabalho é feito dentro das organizações.

A inovação no setor público iniciou-se após a implementação da *New Public Management* (NPM) na Administração Pública, que em Portugal ocorreu na década de 90 (Nunes & Harfouche, 2015). Com a adoção dessa perspectiva, o Estado deixou de ser o único agente na prestação do serviço público e, por meio de uma administração em rede, foi criada uma concorrência e competitividade entre várias organizações/serviços nos setores público e privado que, de um modo saudável, pretendem responder da forma mais consensual às necessidades dos cidadãos. Esse fato fez com que diversas organizações públicas

determinassem uma trajetória inovadora, com a adoção de novas práticas de gestão (Bilhim et al., 2013; Hidalgo & D’Alvano, 2014), permitindo a obtenção de melhores resultados de desempenho e de eficiência (Hood, 1991; Osborne & Brown, 2005; Windrum, 2008). No entanto, os estudos de inovação nesse setor são poucos e muitas vezes negligenciados (Djellal, Gallouj, & Miles, 2013), mas há a expectativa de que poderão crescer nos próximos dez anos (Howells, 2010).

O setor público, pela sua natureza, e com a exceção das pesquisas realizadas no ensino superior, não foi alvo de pressões para inovar durante muitos anos, devido a um conjunto de motivos, de entre os quais se destacam:

- A forte influência política;
- A falta de recursos;
- A ausência ou fraca pressão dos cidadãos;
- A pouca pressão, que é dispersada por estruturas burocráticas;
- A inércia do setor;
- O boicote dos grupos profissionais, no caso de sentirem que existe um risco de a inovação, de alguma forma, poder comprometer as suas posições privilegiadas (Bilhim et al., 2013).

Para o setor público acatar a inovação, e esta ser promovida pelos políticos, dirigentes e servidores, é necessário que a mesma defenda o bem público e estimule a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. Mas nem todas as organizações públicas adotam a inovação da mesma forma, havendo casos em que a sua adoção é fraca e acontece de forma fragmentada (Bilhim et al., 2013).

Os estudos organizacionais demonstram que o setor privado deu os primeiros passos nos caminhos da inovação, despertando o interesse estratégico em torno desse conceito (Djellal, Gallouj, & Miles, 2013). No entanto, o setor público tardou em aderir à inovação, surgindo as suas correntes teóricas apenas em 1989, aquando do Consenso de Washington, que retratou o atraso do Estado perante o crescimento e expansão dos mercados, pondo mesmo em causa o desenvolvimento económico dos países.

A OCDE (2005) publicou um conjunto de considerações sobre a investigação, do ponto de vista da inovação no setor público, concluindo que:

- Envolve a introdução de novos métodos, rotinas e procedimentos (ex.: definir bases de boas práticas, fixar os trabalhadores e pôr em prática os sistemas de gestão);
- Compreende a aplicação de novos métodos de distribuição de responsabilidades;
- Envolve a implementação de novas medidas na tomada de decisão e na distribuição do trabalho;

- Contribui para a definição de novos conceitos que validam a estruturação de atividades.
- No âmbito das relações externas, engloba a introdução de novas formas de organização e de relacionamento com outras organizações (públicas ou privadas);
- Promove o intercâmbio e a relação com outras organizações de pesquisa e investigação, fornecedores e *outsourcing*.

Em face do exposto, a inovação está intimamente relacionada com a renovação de rotinas, procedimentos e mecanismos, que promovem a partilha de informação de forma coordenada, num trabalho proativo em equipa (Alpkan et al., 2011).

Dados os contributos apresentados, verifica-se que a aposta na inovação produz efeitos positivos numa organização pública, na medida em que promove uma melhoria do seu desempenho, através de uma clara tendência para:

- Reduzir custos administrativos;
- Reduzir custos de transação;
- Reduzir custos de operação;
- Melhorar a satisfação dos funcionários no local de trabalho;
- Melhorar a produtividade;
- Construir capacidades de valor acrescentado;
- Promover o acesso a bens não comercializáveis;
- Promover a união e contribuição de todos os funcionários (Alpkan et al., 2011; Ganter & Hecker, 2013; OCDE, 2005).

Inovação no setor da saúde

O problema de sustentabilidade do setor da saúde foi reconhecido mundialmente, não só pelo impacto direto que tem na população como também pelos efeitos indiretos na sociedade em geral, que afetam sobretudo a economia (gerada pelo próprio setor e pela diminuição da produtividade, causada por uma população doente/inativa) (WHO, 2013).

Como solução, foi criada a expectativa de que através da inovação adoptada pelas organizações públicas se poderia melhorar o serviço prestado aos cidadãos, em termos de qualidade e também de gestão, para melhor gerir os recursos disponíveis, chegando a mais cidadãos e proporcionando melhor assistência e qualidade de vida (Damanpour et al., 2010). Por muitos anos, o desenvolvimento e a implementação da inovação, no setor público da saúde, foram retardados pelo seu impacto na sustentabilidade do mesmo, consequente de um financiamento e de uma cobertura de necessidades por parte dos governos, numa perspetiva limitada, com base num sistema de pagamentos retroativos (Nunes, 2016).

No entanto, a longo prazo, a inovação despertou o interesse da gestão, perante o desperdício dos escassos recursos e da inércia inovadora, aliados aos problemas de saúde da população, o que contribuiu para uma desmotivação dos vários *stakeholders* do setor (Denis, Fleiszer, Ritchie, Richer, & Semenic, 2015).

A inovação de processo é um importante contributo para o garante da sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, dado que esta tem como objetivo conseguir atingir os mesmos resultados com menores recursos. O combate ao desperdício é um dos meios para tentar melhorar a sustentabilidade do sistema, sendo as mudanças ao nível da organização um modo para o conseguir. Tudo isso resulta numa forma de inovação de processo na gestão (Barros, 2011).

O setor da saúde também está sujeito à inovação, não apenas pela melhoria da sua sustentabilidade e pela necessidade de investigação clínica e tecnológica, mas também pelo fato de ser um setor empregador, que promove a construção e o consumo de bens, produtos, pessoas e ideias (WHO, 2013).

A inovação na saúde possibilitou ganhos visíveis, através do aumento da esperança média de vida da população (Ministério da Saúde, 2015). Na base desse progresso esteve a inovação tecnológica e médica, e o fato de ter sido apresentado um extraordinário desenvolvimento, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde. “A capacidade tecnológica disponível para entender, prevenir, diagnosticar e tratar a doença foi transformada numa progressão quase exponencial” (WHO, 2013, p. 44).

A REFORMA DA GESTÃO HOSPITALAR EM PORTUGAL

Os elevados custos apresentados pelos hospitais públicos estiveram na base da busca de eficiência para essas unidades (Barros, 2013). Esse é um problema transversal a diversos países com sistema público de saúde, não sendo apenas específico de Portugal (Mintzberg, 2012).

Sendo que um período de recessão ou de crise estimula o investimento no processo de inovação (Baumol, 2014), foram várias as tentativas para procurar um modelo ideal de gestão para o setor público, que gerasse resultados mais eficientes nas unidades hospitalares. Existe inclusive diversa legislação publicada nesse sentido, desde 1946, até ao início das parcerias público-privadas (PPP) e da empresarialização dos hospitais públicos.

A transformação dos hospitais do Setor Público Administrativo em hospitais Sociedades Anónimas (S.A.), iniciada em 2002, decorreu após um período de experiências de gestão inovadoras, entre os anos 1995 e 2001:

- 1995: Concessão da gestão a uma entidade privada do Hospital Professor Doutor

- Fernando da Fonseca (Hospital Amadora-Sintra);
- 1998: Implementação de regras de gestão empresarial no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira;
 - 1999: Integração da atenção primária à saúde (Centros de saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira) com os hospitais (Hospital de Pedro Hispano), numa mesma organização (ULS de Matosinhos);
 - 2001: Implementação de regras de gestão empresarial no Hospital do Barlavento Algarvio.

Após essas experiências inovadoras de gestão, foram implementados dois modelos de gestão dos hospitais públicos: a gestão empresarial (criando hospitais E.P.E.) e a gestão em formato de parceria público-privada (criando hospitais PPP).

A gestão empresarial dos hospitais portugueses

A adoção da gestão empresarial insere-se numa política de reforma e modernização do Serviço Nacional de Saúde, que entende a necessidade de adoção de uma gestão inovadora com caráter empresarial, com foco na qualidade e assistência ao paciente (Nunes, 2013). Dessa forma, foi objetivo do Governo de Portugal dotar a gestão hospitalar com um modelo inovador com maior autonomia de gestão e promotor de maior eficiência, redução de gastos e com melhores resultados operacionais (Campos, 2008).

O Programa de Estabilidade e Crescimento (2005-2009) elaborado pelo Governo e com a aprovação da União Europeia entendia que a adoção de uma gestão empresarial para os hospitais públicos era o modelo de gestão mais adequado, pois permitia uma maior racionalidade econômica. Assim, no ano 2010 iniciou-se um alargamento do modelo de gestão empresarial a todos os hospitais, com exceção das unidades PPP (Nunes, 2016).

A procura da eficiência constituiu-se como um pilar da empresarialização, pelo que nesse objetivo se pautam todas as práticas de gestão (Dorgan et al., 2010). Foi reconhecida a fraca eficiência aliada ao crescente aumento dos custos hospitalares, como um dos problemas associados ao fraco desempenho e organização do sistema de saúde português (Campos, 2008). Num mesmo sentido, Harfouche (2008) refere a existência de uma ideia geral de que o setor da saúde é um setor ineficiente, defendendo que com os recursos que lhe estão atribuídos se deveria produzir mais. Contudo, segundo essa mesma autora, “A gestão empresarial é vista como o elemento facilitador e potenciador de maior eficiência nos hospitais públicos. Estes passaram, ao mesmo tempo, para um sistema de

financiamento diferente, baseado na contraprestação dos cuidados de saúde efetivamente realizados” (Harfouche, 2012, p. 20).

A empresarialização dos hospitais públicos, na procura de eficiência e de um desempenho ótimo, trouxe para a gestão hospitalar várias novidades ao nível das práticas utilizadas. Desse modo, foram aplicadas medidas para promover uma maior autonomia de gestão dos hospitais (o que implicou uma mudança ao nível do papel do Estado, que passa de exclusivo prestador a regulador e financiador do sistema), uma maior responsabilização da gestão, a introdução da limitação ao endividamento, a implementação de sistemas de monitorização, a maior autonomia e flexibilidade da gestão, a introdução da contratualização de cuidados, a mudança no sistema de financiamento, a gestão eficiente de recursos, os incentivos aos profissionais e a promoção da qualidade (Harfouche, 2012; Rego et al., 2010).

A concessão dos hospitais no formato de Parceria Público-Privada

Em 2001, com a criação da Estrutura de Missão Parcerias Saúde (EMPS), foi reforçada a colaboração entre os setores público e privado, através da projeção de unidades hospitalares com um modelo de gestão inovador no âmbito da parceria público-privada, que concessionava não apenas a construção e manutenção do prédio, como também a prestação da atividade clínica (Simões, 2010).

A prestação de cuidados hospitalares nas parcerias é contratualizada de forma global com o Serviço Nacional de Saúde e financiada através de uma negociação contratual em função da produção a realizar, tendo por base os princípios de universalidade, acessibilidade, equidade e gratuidade tendencial. O planeamento da atividade realizada e o controlo da atividade em parceria público-privada são públicos. O investimento, o risco financeiro e a responsabilidade pela gestão são privados (Nunes, 2016; Ruckert & Laboté, 2014).

Essa relação com o setor privado descende de práticas já realizadas em outros países, nomeadamente no Reino Unido com as denominadas PFIs (*Private Finance Initiatives*). No entanto, a experiência portuguesa foi inovadora, pois Portugal foi o primeiro país a adoptar a parceria para a construção/manutenção do prédio e para a prestação de cuidados de saúde, existindo por isso uma Entidade Gestora do Prédio e uma Entidade Gestora para o Estabelecimento (Moreno, 2010).

Em Portugal, o programa de hospitais PPP na saúde teve como objetivos:

- Melhoria do acesso aos cuidados de saúde;
- Melhoria da qualidade dos cuidados com foco no melhor atendimento;

- Renovação dos parques hospitalares, através das construções modernas e ajustadas à inovação tecnológica;
- Adoção de um modelo de prestação mais eficiente, económico e eficaz, cujos riscos financeiros estão alocados ao parceiro privado (Simões, 2004b).

Com base nesse modelo foram constituídas quatro unidades hospitalares em regime PPP: Hospital de Cascais; Hospital de Braga; Hospital de Loures e o Hospital de Vila Franca de Xira.

Para uma melhor percepção das diferenças entre a gestão empresarial do Estado e a gestão hospitalar em regime de concessão parceria público-privada, desenvolveu-se um quadro síntese que se apresenta em seguida.

Quadro 1 – Quadro comparativo entre modelos inovadores de gestão nos hospitais portugueses

	Hospitais E.P.E.	Hospitais PPP
Propriedade	Pública	Privada
Estrutura do capital	Público	Privado
Tipo de gestão	Empresarial	Privada
Órgãos de governação	Conselho Administração Conselho consultivo Fiscal único	Conselho Administração Assembleia geral do parceiro privado Órgãos de fiscalização
Autonomia	Normas do setor empresarial do Estado Diretivas da UE Mecanismos internos de controlo de gestão	Normas do setor privado Autonomia total com mecanismos próprios
Endividamento	Não pode exceder 30% do capital social ou estatutário (exceto com autorização da tutela)	Não aplicável
Investimentos	Maior autonomia de gestão em definir os investimentos e inseri-los no plano de atividades aprovado pelo Ministério da Saúde	Autonomia total/depende da aprovação da assembleia geral dos acionistas particulares e não do Ministério da Saúde
Origem do financiamento	Público	Público e privado
Relação contratual	Contratos-programa estabelecidos com o Ministério da Saúde (ARS)	Não se efetuam contratos-programa. Há uma produção acordada anualmente
Regime de contratação de recursos humanos	Contratos individuais de trabalho (CIT) Contratos em funções públicas	Contratos individuais de trabalho (CIT)
Incentivos ao desempenho	Previstos mas não aplicados	Previstos e aplicados

Fonte: Nunes (2016, p. 164)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os hospitais E.P.E. e PPP existem em simultâneo no sistema de saúde desde o ano 2013. O quadro seguinte mostra a evolução da atividade assistencial de atendimento hospitalar nos últimos três anos.

Quadro 2 – Evolução da atividade assistencial nas unidades hospitalares (total nacional)

	2013	2014	2015
Consultas médicas (sem medicina do trabalho)	10.871.102	11.883.898	12.101.613
Primeiras consultas	3.368.735	3.398.464	3.486.084
Consultas subsequentes	13.502.367	8.485.434	8.615.529
Consultas por outros profissionais de saúde	907.542	987.483	1.083.005
Domicílios de enfermagem	63.355	64.762	69.815
Urgências (atendimentos)	6.117.929	6.168.324	6.118.365
Internação (doentes saídos)	811.251	824.849	819.483
Intervenções cirúrgicas	616.257	658.041	667.206
Programadas	511.936	557.301	565.600
Convencionais	244.171	237.311	232.711
Ambulatoriais	307.765	319.990	332.889
Urgentes	100.321	100.740	101.606

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

O desenvolvimento de ambos os modelos de gestão permitiu aumentar a produção de cuidados hospitalares em Portugal, o que significou uma melhoria na capacidade de resposta nas unidades do SNS, com:

- Aumento de 11,3% no total de consultas médicas realizadas (com um crescimento significativo no número de primeiras consultas);
- Crescimento do número de domicílios de enfermagem, em 21,03%;
- Decréscimo do volume de episódios de urgência, em 1,00%;
- Crescimento do número total de cirurgias, em 8,3% (com um destaque para o aumento das cirurgias de ambulatório [realizadas sem internação]) em cerca de 8,2%.

Respondendo a uma parte da questão em estudo, confirma-se que os modelos de gestão resultantes dos

processos de inovação geraram melhores resultados de produção na gestão com a criação dos hospitais-empresa e parcerias público-privadas geraram melhores resultados de produção para o Serviço Nacional de Saúde. Esses resultados já eram expectados, pois a implementação da contratualização foi acordada através de um pagamento em função da atividade a realizar. Dessa forma, os hospitais só perdem não produzindo ou reduzindo a sua prestação. Esse mecanismo reduziu as listas de espera e aumentou a satisfação dos pacientes (Campos & Simões, 2011; Nunes, 2016).

Para responder à segunda parte da questão em estudo, faz-se uma comparação entre os principais indicadores acesso e qualidade analisados pelo Ministério da Saúde no monitoramento da produção hospitalar. O quadro seguinte apresenta alguns desses indicadores.

Quadro 3 – Indicadores de acesso e qualidade na produção: comparação PPP vs. E.P.E.

	2013		2014		2015	
	E.P.E.	PPP	E.P.E.	PPP	E.P.E.	PPP
% Consultas em tempo adequado (via Consulta a Tempo e Horas [CTH]) – acesso	74,5%	70,2%	77,0%	64,6%	77,5%	55,3%
% Inscritos em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantida [TMRG] – acesso	89,0%	85,7%	88,5%	89,7%	-	-
% Partos por cesárea	31,2%	28,1%	28,8%	24,9%	28,2%	24,7%
% Cirurgias de Ambulatório	66,4%	84,2%	70,6%	86,6%	74,7%	83,9%
% Reinternamento em 30 dias	8,9%	7,9%	9,1%	7,4%	8,9%	7,8%
% Internamentos com tempo superior a 30 dias	2,9%	2,1%	2,9%	2,5%	3,1%	2,5%
Taxa de ocupação do internamento	82,6%	88,9%	82,7%	88,4%	83,3%	89,2%

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Ao comparar alguns dos indicadores de qualidade e desempenho, de forma agregada, no conjunto de hospitais E.P.E. e PPP, retiram-se importantes conclusões, que se apresentam em seguida:

- A % de consultas, em tempo adequado, via CTH, é superior nas unidades E.P.E., que mantêm uma tendência crescente, ao contrário das PPP;
- A percentagem de inscritos em LIC dentro do TMRG, embora em 2013 tenha sido mais positiva nos hospitais E.P.E., no ano 2014 foi superada pelas unidades PPP;
- A percentagem de partos por cesárea, de forma global, caiu nos dois modelos, mas as PPP apresentam valores mais baixos;
- A cirúrgica ambulatorial cresceu também em ambos os modelos, tendo um maior destaque nos hospitais PPP. No entanto, no ano 2015 os hospitais E.P.E., apesar de terem uma percentagem abaixo das PPP, apresentaram um crescimento do indicador em face de 2014, sendo que as unidades PPP baixaram a sua percentagem;
- A % de readmissão em 30 dias é inferior nas unidades PPP;
- A % de internação com tempo superior a 30 dias é também inferior nas unidades PPP;
- A taxa de ocupação da internação é maior no grupo de hospitais com gestão em regime de PPP.

Com base nos resultados se confirma que há diferenças significativas entre os modelos de gestão. Os hospitais-empresa têm melhores resultados de acesso e os hospitais em parceria melhores resultados de qualidade. Os resultados já eram expectados pelo fato de que nas parcerias público-privadas existem pesadas

multas por incumprimento dos critérios de qualidade definidos nos contratos de gestão dos hospitais (Nunes, 2016).

CONCLUSÃO

A inovação na gestão hospitalar teve por objetivo a melhoria da eficiência, da produção e dos resultados financeiros dos hospitais, evitando os desperdícios e melhorando a qualidade e o acesso para o paciente.

Em resposta à pergunta de partida, pode concluir-se que a inovação nos hospitais quando aliada a uma forte regulação e planeamento em saúde produz um aumento da produção de cuidados hospitalares. Quando comparados os tipos de gestão entre si, verificou-se que os hospitais em parceria público-privada apresentaram melhores resultados em termos de qualidade e os hospitais-empresa em termos do acesso, nomeadamente no cumprimento do tempo de resposta para os pacientes que aguardam uma consulta ou cirurgia.

Os processos de inovação na saúde estão longe de ter terminado. A aposta na inovação está na agenda europeia e são necessários mais estudos para analisar a eficiência em ambas as unidades portuguesas. Com este artigo, ao confirmar que existem diferenças nos resultados dos indicadores de acesso e qualidade entre os modelos inovadores de gestão analisados, há um caminho a percorrer, na investigação futura, para explorar os motivos que estão na causa dessas diferenças comparando os hospitais em função do desempenho com recurso a metodologia quantitativa paramétrica e não paramétrica, como a análise envoltória de dados ou a análise de fronteiras de eficiência estocásticas.

REFERÊNCIAS

Afgan, N., & Carvalho, M. (2010). The knowledge society: a sustainability paradigm. *CADMUS*, 1(1), pp. 28-41.

Alpkan, L., Gunday, G., Kilic, K., & Ulusoy, G. (2011). Effects of innovation types on firm performance. *International Journal of Production Economics*, 133(2), 662-676.

Andrade, J., Nogueira, F., & Poeta, A. (2000). Entre a inovação e o planeamento. Novos modelos de gestão das compras hospitalares. *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 173-194.

Aravind, D., & Damanpour, F., (2012). Managerial innovation: Conceptions, processes, and antecedents. *Management and Organization Review*, 8(2), 423-454.

Barros, P. (2011). Sustentabilidade em saúde. In Fernandes, A. (2011). *Inovação e sustentabilidade em saúde: equação impossível?* (pp. 97 -113). Loures: Diário de Bordo.

Barros, P. (2013). *Economia da saúde – conceitos e comportamentos (3ª edição)*. Coimbra: Almedina.

Baumol, W. (2014). Stimulating growth amid recession: Entrepreneurship, innovation, and the Keynesian revolution William. *Journal of Policy Modeling*, 36, 629-635.

- Bausch, A., Brinckmann, J., & Rosenbusch, N. (2011). Is innovation always beneficial? A meta-analysis of the relationship between innovation and performance in SMEs. *Journal of Business Venturing*, 26(4), 441-457.
- Bilhim, J., Guimarães, T., & Junior, P. (2013). Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal. *Revista de Administração e Inovação*, 10, 257-277.
- Calantone, N., Droge, R., & Harmancioglu, N. (2010). Inconclusive Innovation "Returns": A meta-analysis of research on innovation in new product development. *Journal of Product Innovation Management*, 27(7), 1065-1081.
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Cassiman, B., Golovko, E., & Martínez-Ros, E. (2010). Innovation, exports and productivity. *International Journal of Industrial Organization*, 28, 372-376.
- Chen, Z., & Guan, J. (2010). The impact of small world on innovation: An empirical study of 16 countries. *Journal of Informetrics*, 4(1), 97-106.
- Damanpour, F. (2010). An integration of research findings of effects of firm size and market competition on product and process innovations. *British Journal of Management*, 21(4), 996-1010.
- Damanpour, F., Devece, C., & Walker, R. (2010). Management innovation and organizational performance: The mediating effect of performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21, 367-386.
- Damanpour, F., Méndez, F., & Wischnevsky, J. (2011). Influence of environmental factors and prior changes on the organizational adoption of changes in products and in technological and administrative process. *British Journal of Management*, 22, 132-149.
- Denis, J., Fleiszer, A., Ritchie, A., Richer, & Semenic, S. (2015). The sustainability of healthcare innovations: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1484-1498.
- Djellal, F., Gallouj, F., & Miles, I. (2013). Two decades of research on innovation in services: Which place for public services? *Structural Change and Economic Dynamics*, 27, 98-117.
- Dorgan, S., Layton, D., Bloom, N., Homkes, R., Sadun, R., Reenen, J. (2010). *Management in healthcare: why good practise really matters*. Londres: Mckinsey & Company.
- Gulbenkian, Fundação Calouste (2014). *Um futuro para a saúde, todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ganter, A. & Hecker, A. (2013). Deciphering antecedents of organizational innovation. *Journal of Business Research*, 66, 575-584.
- Ganter, A. & Hecker, A. (2014). Configurational paths to organizational innovation: qualitative comparative analyses of antecedents and contingencies. *Journal of Business Research*, 67, 1285-1292.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP).
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.
- Hidalgo, A., & D'Alvano, L. (2014). Service innovation: Inward and outward related activities and cooperation mode. *Journal of Business Research*, 67(5), 698-703.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Howells, J. (2010). Services and innovation and service innovation: New theoretical directions. In F. Gallouj & F. Djelall (Eds.), *Handbook of innovation and services: A multi-disciplinary perspective* (pp. 68-83). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Jansen, J., Vaccaro, I., Van Den Bosch, F., & Volberda, H. (2012). Management innovation and leadership: The moderating role of organizational size. *Journal of Management Studies*, 49(1), 28-51.
- Ministério da Saúde (2015). *Políticas de Saúde 2011-2015*. Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). Portal do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/>. Acedido a 10 de setembro de 2016.
- Moreno, C. (2010). *Como o Estado gasta o nosso dinheiro*. Alfragide: Edições Caderno.

Nunes, A. (2013). A gestão empresarial hospitalar na perspetiva dos gestores. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Lisboa.

Nunes, A. (2016). Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa.

Nunes, A. & Harfocuhe, A. (2015). A Reforma da Administração Pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS)*, 4(2), 1-8.

OECD (2005). *Oslo Manual: Proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data*. Paris: OCDE Publishing.

Osborne, S. P., & Brown, K. (2005). *Managing change and innovation in public service organizations*. New York: Routledge.

Porter, M. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. New York: The Free Press.

Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto: Vida Económica.

Ruckert, A., & Labonté, R. (2014). Public-private partnerships (PPPs) in global health: the good, the bad and the ugly. *Third World Quarterly*, 35(9), 1598-1614.

Schumpeter, J. A. (1934). *The Theory of Economic Development*. Cambridge: Harvard University Press.

Simões, J. (2004a). *Retrato político da saúde – dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Simões, J. (2004b). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.

Simões, J. (2010). A iniciativa PPP na saúde: aspectos de política, finanças e gestão. In Cabral, N., Amador, O., & Martins, G. (2010). A reforma do sector da saúde (pp. 205-232). Coimbra: Almedina.

WHO-Europe. (2013). *Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century* (pp. 33-38). Denmark: World Health Organization.

Windrum, P. (2008). Innovation and entrepreneurship in public services. In P. Windrum & P. Koch (Eds.). *Innovation in public sector services: Entrepreneurship, creativity and management* (pp. 3-251). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.