



**Universidade de Aveiro** Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
Ano de 2011

**António da Silva  
Dias Alves**

**Responsabilidade e Governação na Moderna Gestão  
Hospitalar**



**Universidade de Aveiro** Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
Ano de 2011

**António da Silva** **Responsabilidade e Governação na Moderna**  
**Dias Alves** **Gestão Hospitalar**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação científica do Doutor Jorge Manuel Trigo de Almeida Simões, Professor Associado Convidado com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, e do Doutor António Correia de Campos, Professor Catedrático da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Dedico este trabalho à minha mulher, Isabel, e aos meus filhos, Nuno e Catarina, pelo incentivo que sempre me deram nesta jornada, durante a qual não pude estar presente em muitas ocasiões e horas de convívio.

## **O júri**

Presidente

**Prof. Doutor Armando da Costa Duarte**  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor António Fernando Correia de Campos**  
Professor Catedrático Aposentado da Escola Nacional de Saúde  
Pública da Universidade Nova de Lisboa

**Prof. Doutor José Manuel Lopes da Silva Moreira**  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Jorge Manuel Trigo de Almeida Simões**  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Miguel Rebordão de Almeida Gouveia**  
Professor Associado da Universidade Católica Portuguesa

**Prof. Doutor Sofia Nogueira da Silva**  
Professor Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa

## **Agradecimentos**

Fico muito grato aos orientadores, Prof. Dr. Jorge Simões e Prof. Dr. Correia de Campos, pelo apoio e pelo aconselhamento precioso que sempre me dispensaram.

Recordo também com gratidão a disponibilidade e o incentivo recebidos de inúmeros colegas e peritos de gestão hospitalar com quem contactei durante o desenvolvimento desta tese.

Uma menção especial vai para os meus amigos e mui admirados Dr. Meneses Correia e Dr. Raul Moreno, Administradores Hospitalares e servidores públicos exemplares. Sem a sua ajuda e constante incentivo dificilmente teria terminado este trabalho.

**Palavras-chave**

Governança, hospitais, responsabilidade, gestão pública, objectivos, resultados, avaliação, *performance*.

**Resumo**

Esta dissertação, elaborada com vista à obtenção do grau de doutor pela Universidade de Aveiro, compõe-se de onze capítulos.

O primeiro inclui, além de uma introdução, a justificação, os objectivos e a estrutura da dissertação. Seguem-se quatro capítulos relativos às empresas privadas onde são abordados, sucessivamente, as teorias da governação, a governação e gestão nas empresas, a regulação e a avaliação da *performance*, a avaliação da governação e da gestão de topo. O capítulo VI é dedicado à produção e avaliação na Administração Pública seguindo-se dois capítulos, um abordando a especificidade dos hospitais e da sua avaliação o outro caracterizando o hospital público português e a sua avaliação. No capítulo IX faz-se a síntese do que pode ser designado enquadramento teórico.

No estudo empírico, capítulo X, definimos o problema, *“Inexistência de modelo de avaliação dos conselhos de administração (CA) dos hospitais entidade pública empresarial”*, descrevemos a metodologia seguida e os resultados obtidos, que se traduzem num modelo de avaliação dos CA. O modelo é constituído por três áreas – *Resultados do hospital, Cumprimento da estratégia, Forma como o CA actuou e liderou* – decompostas em critérios e indicadores, adequadamente ponderados, que permitem a valoração concreta de um qualquer CA de hospital EPE. Este modelo recolheu um consenso elevado dos principais peritos nacionais no tema que participaram nas técnicas de consenso usadas para a sua construção: um painel Delphi e três Técnicas de Grupo Nominal.

Finalmente no capítulo XI extraímos as conclusões e referimos questões para investigação futura.

**Keywords**

Governance, hospital, responsibility, public management, objectives, results, performance, evaluation.

**Abstract**

This doctoral dissertation has eleven chapters.

The first one includes an introduction and the justification, objectives and structure of the dissertation. The private firm is the subject of the four chapters that follow, where we analyze: the theories of governance; the governance and the management of the business firm, its regulation and performance evaluation; the evaluation of the governance and top management.

The public production and management is the focus of chapter VI. In the following two chapters, we analyze the hospital: its unique nature and specificity of evaluation in chapter VII; the characteristics of the Portuguese public hospital and its evaluation in chapter VIII.

The chapter IX provides a global synthesis of the first eight chapters that may be considered the theoretical part.

In the empiric study, chapter X, the problem is defined: "*Absence of a model for evaluation of the management boards of the Portuguese public hospitals*"; the methodology is described and the results obtained are presented, including the proposed model of performance evaluation. That model is composed of three areas: hospital results; fulfilment of the strategy; leadership of the management board. Each area has criteria and indicators, properly weighed, which permit the evaluation of any management board of Portuguese public hospital EPE. This model has obtained a high consensus of the main Portuguese experts in the field that participated in the consensus techniques utilized for the construction of the model: one Delphi Technique and three Nominal Group Techniques.

In chapter XI conclusions are extracted and questions for future investigation are presented.

## Índice

<b>Capítulo I - Introdução, Motivos e Estrutura da Dissertação</b>	<b>Pág. 1</b>
1.1. Introdução	Pág. 1
1.2. Justificação, objectivos e estrutura da dissertação	Pág. 3
1.2.1. Justificação do projecto	Pág. 3
1.2.2. Objectivos	Pág. 4
1.2.3. Estrutura da dissertação	Pág. 5
<b>Capítulo II – Enquadramento teórico</b>	<b>Pág. 7</b>
2.1. As Teorias da Governação	Pág. 7
2.2. Conclusões	Pág. 19
<b>Capítulo III- Governação e Gestão nas Empresas</b>	<b>Pág. 23</b>
3.1. Introdução à análise nas empresas	Pág. 23
3.2. Características e boas práticas de governação	Pág. 23
3.2.1. Um relance sobre as teorias	Pág. 23
3.2.2. Recursos, processos e produtos de governação	Pág. 25
3.2.3. Lições da prática de governação	Pág. 30
3.2.4. Boas práticas de governação	Pág. 33
3.3. Enquadramento, papéis e ciclos de gestão	Pág. 36
3.3.1. Enquadramento da gestão (estratégia, sistemas, cultura)	Pág. 36
3.3.2. Funções, papéis e ciclos de gestão	Pág. 39
3.4. Conclusões	Pág. 42
<b>Capítulo IV- Regulação, Medição e Avaliação da <i>Performance</i> das Empresas</b>	<b>Pág. 45</b>
4.1. Revisão das teorias aplicáveis	Pág. 45
4.2. Regulação, responsabilidade e prestação de contas	Pág. 46
4.2.1. Regulação	Pág. 47
4.2.2. Responsabilidade e prestação de contas ( <i>accountability</i> )	Pág. 48
4.3. Avaliação da <i>performance</i> das Organizações	Pág. 52
4.3.1. Evolução, importância e enquadramento da medição	Pág. 52
4.3.1.1. Evolução recente da medição da <i>performance</i>	Pág. 52
4.3.1.2. Importância e enquadramento da medição	Pág. 53
4.3.2. Sistema de medição da <i>performance</i>	Pág. 58
4.3.2.1. Fases e elementos do sistema	Pág. 58
4.3.2.2. Medidas Individuais de <i>performance</i>	Pág. 59
4.3.2.3. Conjunto de medidas / Sistemas integrados de <i>performance</i>	Pág. 62
4.3.2.4. Processos, contexto e infra-estrutura do sistema de medição	Pág. 66
4.3.3. Medição, Avaliação e gestão da <i>performance</i> das Organizações	Pág. 68
4.3.3.1. Da medição à avaliação e ao controlo	Pág. 68
4.3.3.2. Avaliação e gestão da <i>performance</i> das organizações	Pág. 70



4.3.3.3. Especificidade dos serviços	Pág. 76
4.4. Conclusões	Pág. 77

## **Capítulo V - Avaliação da Governação e da Gestão e Controlo Interno nas Empresas** Pág. 80

5.1. Avaliação da <i>performance</i> da governação (BOD)	Pág. 80
5.1.1. Relação com a <i>performance</i> da organização	Pág. 81
5.1.2. Avaliação do BOD e dos seus membros	Pág. 85
5.2. Avaliação da <i>performance</i> da gestão	Pág. 87
5.3. Avaliar e melhorar a avaliação	Pág. 91
5.4. Controlo interno, incentivos e cultura	Pág. 94
5.4.1. Necessidade, finalidade e relatividade do controlo	Pág. 95
5.4.2. Conteúdo e objecto do sistema de controlo	Pág. 96
5.4.3. Novos modelos de abordagem	Pág. 99
5.4.4. Incentivos	Pág. 101
5.4.5. Cultura	Pág. 107
5.5. Conclusões	Pág. 111

## **Capítulo VI - A Produção e a Avaliação na Administração Pública** Pág. 114

6.1. Teorias aplicáveis à AP	Pág. 114
6.2. A administração pública e a sua evolução	Pág. 115
6.2.1. Papéis do Estado e seu contexto	Pág. 115
6.2.2. Reforma e evolução da AP: a Nova Gestão Pública	Pág. 117
6.2.3. O pós-NGP	Pág. 127
6.2.4. Evolução da AP em Portugal	Pág. 129
6.2.4.1. Factores que explicam a evolução da AP	Pág. 132
6.2.4.2. Resultados conseguidos	Pág. 133
6.3. Produção pública e avaliação da <i>performance</i>	Pág. 133
6.3.1. Produção pública Vs privada	Pág. 133
6.3.2. Medição e avaliação da <i>performance</i> na AP	Pág. 138
6.4. Conclusões	Pág. 147

## **Capítulo VII - A Especificidade dos Hospitais e da sua Avaliação** Pág. 149

7.1. Especificidade da saúde	Pág. 149
7.1.1. Evolução dos sistemas de saúde	Pág. 149
7.1.2. Os cuidados de saúde	Pág. 156
7.1.3. Especificidade dos hospitais e da sua gestão	Pág. 161
7.1.4. Conclusões	Pág. 167
7.2. Regulação em saúde e empresarialização de hospitais	Pág. 169
7.2.1. Regulação em saúde	Pág. 169
7.2.2. Empresarialização de hospitais	Pág. 172
7.2.3. Conclusões	Pág. 177
7.3. Estratégia e integração dos <i>stakeholders</i> em hospitais	Pág. 178
7.3.1. Necessidade e benefícios da estratégia	Pág. 178
7.3.2. Formulação e implementação da estratégia	Pág. 181

7.3.3. Cultura e <i>performance</i> em hospitais	Pág. 189
7.3.4. Conclusões	Pág. 192
7.4. Incentivos em saúde e hospitais	Pág. 194
7.4.1. Incentivos à gestão e ao hospital	Pág. 194
7.4.2. Incentivos a profissionais	Pág. 197
7.4.3. Conclusões	Pág. 201
7.5. Avaliação da <i>performance</i>	Pág. 201
7.5.1. Avaliação da <i>performance</i> dos hospitais em países de referência	Pág. 202
7.5.1.1. Dificuldade de medir a <i>performance</i> dos hospitais	Pág. 202
7.5.1.2. Modelos de avaliação da <i>performance</i> de hospitais	Pág. 208
7.5.1.3. Conclusões	Pág. 212
7.5.2. Avaliação da governação e da gestão dos hospitais	Pág. 214
7.5.2.1. Questões sobre a avaliação do BOD e da gestão de topo	Pág. 214
7.5.2.2. Avaliação do BOD	Pág. 216
7.5.2.3. Avaliação do CEO e da equipa de gestão	Pág. 221
7.5.2.4. Conclusões	Pág. 224
<b>Capítulo VIII - O Hospital Público Português e a Avaliação</b>	<b>Pág. 225</b>
8.1. Sistema de saúde e hospital público em Portugal	Pág. 225
8.1.1. Evolução do sistema de saúde em Portugal	Pág. 225
8.1.1.1. Resenha histórica	Pág. 225
8.1.1.2. Resultados e especificidades do SNS	Pág. 227
8.1.1.3. Evolução comparada face ao NHS	Pág. 231
8.1.2. Evolução do hospital e da sua gestão	Pág. 240
8.1.2.1. Evolução do hospital Português	Pág. 240
8.1.2.2. Empresarialização: contexto, características e desafios	Pág. 242
8.1.3. Conclusões	Pág. 246
8.2. Avaliação e controlo nos hospitais EPE	Pág. 249
8.2.1. Mecanismos de controlo interno	Pág. 249
8.2.2. Mecanismos externos de avaliação dos hospitais	Pág. 254
8.2.3. Avaliação dos CA dos hospitais EPE	Pág. 261
8.2.3.1. BOD ou Conselho de Administração nos hospitais EPE?	Pág. 261
8.2.3.2. Enquadramento e objectivos da avaliação dos CA dos hospitais EPE	Pág. 266
8.2.3.3. Configuração proposta da avaliação	Pág. 269
8.2.4. Conclusões	Pág. 279
<b>Capítulo IX - Síntese do Enquadramento dos Hospitais EPE</b>	<b>Pág. 280</b>
<b>Capítulo X - Estudo empírico</b>	<b>Pág. 287</b>
10.1. Metodologia seguida	Pág. 287
10.1.1. Definição do problema	Pág. 287
10.1.2. Identificação de objectivos	Pág. 290
10.1.3. Plano do estudo	Pág. 291
10.1.3.1. Fases e sua inter-relação	Pág. 292
10.1.3.2. Instrumentos e técnicas	Pág. 292
10.1.3.3. Dados e fontes utilizadas	Pág. 294

10.1.3.4. Desenvolvimento das técnicas	Pág. 297
10.2. Resultados	Pág. 299
10.2.1. Apresentação de resultados	Pág. 299
10.2.2. Discussão de resultados	Pág. 311
10.2.2.1. Sobre a abordagem e técnicas usadas	Pág. 311
10.2.2.2. Questões relativas ao modelo	Pág. 312
10.2.2.3. Evolução do modelo	Pág. 315
10.3. Conclusões	Pág. 315
<b>Capítulo XI- Conclusões</b>	<b>Pág. 317</b>
11.1. Conclusões da Dissertação	Pág. 317
11.2. Questões para investigação futura	Pág. 320
<b>Bibliografia</b>	<b>Pág. 321</b>
<b>Anexos</b>	<b>Pág. 359</b>

## Relação de quadros, diagramas e figuras (texto da dissertação)

Diagrama Nº 1.1: Descrição sumária da dissertação

Quadro Nº 2.2: Vantagens e desvantagens da empresa

Figura Nº 2.1: Empresa- modelos *input-output* e *stakeholders*

Figura Nº 2.2: Empresa- modelo de *stakeholders*

Quadro Nº 3.3: Actividades do BOD nas três funções

Quadro Nº 3.6: Qualidade e comportamentos requeridos ao BOD

Quadro Nº 3.7: Recursos e processos do BOD

Diagrama Nº 3.2: Atributos e funções do BOD

Quadro Nº 3.8: Princípios de governação

Quadro Nº 3.11: Principais códigos de governação publicados

Quadro Nº 3.12: Princípios de boa governação

Diagrama Nº 3.3: Mudanças que a estratégia induz

Quadro Nº 3.15: Repartição de funções entre o BOD e a gestão

Diagrama Nº 3.4: Funções da gestão e seu conteúdo

Diagrama Nº 3.5: Recursos, processos e resultados

Quadro Nº 3.19: Papéis de gestão segundo Mintzberg

Quadro Nº 3.21: Funções proposta para o BOD e para a gestão de topo

Diagrama Nº 4.1: Responsabilidade e prestação de contas

Quadro Nº 4.7: Canais e elementos-chave de prestação de contas

Quadro Nº 4.8: Evolução da medição de performance

Diagrama Nº 4.2: Sistema de medição de performance (global)

Quadro Nº 4.11: Características da medição de performance

Diagrama Nº 4.3: Objectivos, meios e resultados na empresa

Diagrama Nº 4.4: Actividades da empresa e seu enquadramento

Diagrama Nº 4.5: Desenvolvimento do sistema de medição

Quadro Nº 4.12: Dimensões e características da performance

Diagrama Nº 4.6: Árvore de decisão de medidas

Quadro Nº 4.14: Dimensões de algumas medidas

Diagrama Nº 4.7: Processos e medidas

Diagrama Nº 4.8: Pirâmide de performance

Diagrama Nº 4.9: Controlo bi-direccional: alimentação e retroacção

Diagrama Nº 4.10: O *Balanced Scorecard*

Diagrama Nº 4.11: Modelo Baldrige

Diagrama Nº 4.12: Medição no contexto interno

Diagrama Nº 4.14: Processo de controlo: etapas principais

Diagrama Nº 4.15: Avaliação e controlo da performance

Diagrama Nº 4.16: Sistema de gestão da performance

Diagrama Nº 4.17: Modelo de performance organizacional

Quadro Nº 4.17: Condições que propiciam eficácia organizacional

Quadro Nº 5.1: Performance do BOD nos papéis principais

Quadro Nº 5.2: Relação entre os recursos do BOD e a performance da organização

- Diagrama Nº 5.1: Capital intelectual do BOD  
Quadro Nº 5.3: Avaliação do BOD: resultados de estudos  
Diagrama Nº 5.2: Perspectivas e métodos de avaliação do BOD  
Diagrama Nº 5.3: Resumo do processo de avaliação do CEO  
Diagrama Nº 5.4: Auditoria diagnóstica  
Diagrama Nº 5.5: Sistema de medição  
Quadro Nº 5.11: Áreas e âmbito do controlo interno  
Quadro Nº 5.12: Tipos de controlo e seu tempo  
Quadro Nº 5.11: Controlo segundo o seu objecto  
Diagrama Nº 5.6: Modelo de controlo  
Quadro Nº 5.14: Tipos de controlo e seu conteúdo  
Diagrama Nº 5.7: Modelo de gestão da performance e controlo  
Diagrama Nº 5.8: Decomposição das recompensas  
Diagrama Nº 5.9: Relação entre incentivos e performance  
Diagrama Nº 5.10: Processo simplificado de atribuição de incentivos  
Diagrama Nº 5.11: Modelo para compreender a cultura  
Diagrama Nº 5.12: Percursos para a performance  
Diagrama Nº 5.13: Modelo de *inculcação* de valores
- Diagrama Nº 6.1: Componentes da governação pública  
Diagrama Nº 6.2: Reforma da Administração Pública  
Diagrama Nº 6.3: Definir que serviços privatizar  
Diagrama Nº 6.4: Três blocos de construção da NGP  
Quadro Nº 6.1: Componentes doutrinários da NGP  
Quadro Nº 6.2: AP tradicional e a resultante de NGP  
Quadro Nº 6.3: NHS e medidas propostas pelo *Labor* em 1997  
Quadro Nº 6.4: Componentes da era da governação digital  
Diagrama Nº 6.5: Objectivos do Estado  
Quadro Nº 6.5: Número de funcionários públicos  
Quadro Nº 6.6: Concepção Napoleónica da AP  
Quadro Nº 6.7: Entidades não lucrativas e empresas públicas  
Quadro Nº 6.8: Privatização Vs produção própria na AP  
Quadro Nº 6.9: Incentivos e prestação de contas da gestão  
Quadro Nº 6.10: Aproximação às condições da empresa privada  
Quadro Nº 6.11: Prestação de contas e NGP  
Quadro Nº 6.12: Diferentes tipos de prestação de contas
- Diagrama Nº 7.1: Avaliação de sistemas de saúde  
Gráfico Nº 7.1: Comparação da performance de cinco países  
Diagrama Nº 7.2: Elementos para uma boa governação  
Quadro Nº 7.18: Questões e desafios que se colocam aos hospitais  
Quadro Nº 7.22: Mudanças nos hospitais  
Gráfico Nº 7.3: Melhoria da capacidade de desempenho  
Diagrama Nº 7.3: Fases do planeamento estratégico  
Gráfico Nº 7.4: Quatro culturas organizacionais  
Quadro Nº 7.28: Geradores de mudança nos sistemas de saúde  
Quadro Nº 7.32: Consenso sobre medição da *performance* em saúde  
Quadro Nº 7.36: Três fases do *Balanced Scorecard*

Quadro Nº 8.2: Produção em Cuidados Primários  
Quadro Nº 8.3: Equidade regional  
Quadro Nº 8.4: Nº de pessoas na saúde 1980-2005  
Quadro Nº 8.5: Médicos por mil habitantes 1970-2007  
Quadro Nº 8.6: % Despesa total em saúde no PIB (1970-2005)  
Quadro Nº 8.7: Mecanismos de mercado na saúde  
Quadro Nº 8.8: Requisitos para o mercado funcionar  
Quadro Nº 8.9: Escolha do doente no NHS  
Quadro Nº 8.10: Escolha em saúde  
Quadro Nº 8.11: Propostas para melhoria da qualidade no NHS  
Quadro Nº 8.12: Usar forças de mercado em cuidados secundários?  
Quadro Nº 8.14: Evolução recente do NHS  
Quadro Nº 8.15: Medidas para prevenir e mitigar problemas  
Quadro Nº 8.16: Hospitais EPE – argumentos a favor de BOD e alternativas  
Diagrama Nº 8.1: Planeamento, organização e controlo (descrição sumária)  
Quadro Nº 8.17: Áreas de responsabilidade do CA

Diagrama Nº 9.1: Síntese relativa ao enquadramento dos hospitais

Diagrama 10.1: Faseamento e descrição do trabalho empírico  
Gráfico Nº 10.1: Delphi - descrição dos resultados da 1ª volta  
Quadro Nº 10.4: Delphi - síntese de resultados da segunda volta  
Quadro Nº 10.5: TGN<sub>1</sub> – indicadores dos cinco critérios e concentração de pontuação obtida  
Quadro Nº 10.6: Resultados do hospital para avaliação dos CA dos hospitais EPE  
Quadro Nº 10.7: TGN<sub>2</sub> – pontuação obtida pelos indicadores dos critérios da área 2  
Quadro Nº 10.8: TGN<sub>2</sub> – pontuação obtida nos indicadores dos critérios da área 3  
Quadro Nº 10.9: Importância e consenso nos indicadores das áreas 2 e 3 (TGN<sub>2</sub>)  
Quadro Nº 10.10: Ponderação das áreas e critérios do modelo (TGN<sub>2</sub>)  
Quadro Nº 10.11: Grau de consenso obtido nas áreas de avaliação (TGN<sub>2</sub>)  
Quadro Nº 10.12: Grau de consenso obtido nos critérios (TGN<sub>2</sub>)  
Quadro Nº 10.13: Modelo de avaliação dos CA dos hospitais EPE

## Lista de Abreviaturas

ABC: *Activity Based Costs* (método de custeio baseado em actividades)  
ACE: Agrupamento de Centros de Saúde  
ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde  
AH: Administrador Hospitalar  
AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality*  
ARS: Administração Regional de Saúde  
ARSN: Administração Regional de Saúde do Norte  
ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
AP: Administração Pública  
ASX: *Australian Securities Exchange*  
BO: Bloco Operatório  
BOD: *Board of Directors*  
BRTF: *Better Regulation Task Force*  
BSC: *Balanced Scorecard*  
CA: Conselho de Administração dos hospitais  
CAHSA: Comissão para Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas  
CCI: Cuidados Continuados Integrados  
CE: Consulta Externa  
CEO: *Chief Executive Officer* (gestor de topo numa empresa, responsável máximo)  
CF: *Cash flow* (fluxos de caixa)  
CIT: Contrato Individual de Trabalho  
CG: Clínico Geral  
CGD: Caixa Geral de Depósitos  
CMVN: Comissão do Mercado de Valores Mobiliários  
CRI: Centro de Responsabilidade Integrada  
CS: Centro de Saúde  
CSF: *Critical Success Factors* (factores chave de sucesso)  
CSR: Responsabilidade Social Corporativa ou responsabilidade social das empresas  
CSP: Cuidados de Saúde Primários  
DGS: Direcção Geral de Saúde  
DL: Decreto-Lei  
EFQM: *European Foundation for Quality Management*  
EPE: Entidade Pública Empresarial  
ERS: Entidade Reguladora da Saúde  
EU: União Europeia  
EUA: Estados Unidos da América  
EVA: Valor Económico Agregado  
ETC: Equivalente a Tempo Completo (35 horas semanais)  
FT: *Foundations trusts no National Health Service* (fundações integradas no NHS)  
GB: Grã-Bretanha  
GDH: Grupos de Diagnósticos Homogéneos  
GP: Clínico Geral no NHS  
GTROIH: Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais  
Hab: Habitante  
HAS: Hospital Amadora-Sintra, o mesmo que Hospital Fernando da Fonseca

HC: Hospital central  
HE: Horas extraordinárias  
HH: Hospitais  
HIV: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Humana)  
HMO: Health Maintenance Organization (organização que integra o seguro com a prestação de cuidados de saúde)  
IDS: *Integrated Deliver System* (sistema integrado de cuidados)  
IGAS: Inspeção Geral das Actividades em Saúde  
IGF: Inspeção Geral de Finanças  
IOM: *Institute of Medicine* (EUA)  
INA: Instituto Nacional de Administração  
INE: Instituto Nacional de Estatística  
INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica  
IQD: Desvio inter-quartis  
IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez  
JCAHO: *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*  
KPI: Key Performance Indicators (indicadores chave de performance)  
KSA: Área Chave de Sucesso  
LSE: *London Stock Exchange* (Bolsa de valores de Londres)  
MCDT: Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
MCO: *Managed Care Organization* (organizações de cuidados coordenados que integram diferentes níveis de cuidados evitando o consumo fraccionado e descoordenado)  
MCQ: Melhoria Contínua de Qualidade  
MF: Ministério das Finanças  
MFR: Medicina Física e de Reabilitação  
MGF: Medicina Geral e Familiar  
MS: Ministério da Saúde  
NED: *Non-Executive Directors* (administradores não executivos dentro do BOD)  
NGP: Nova Gestão Pública  
NHS: *National Health Service* (serviço nacional de saúde do Reino Unido)  
NS: Noites e suplementos (remuneração suplementar)  
NSR: Novo Sistema Retributivo  
NYSE: *New York Stock Exchange* (bolsa de valores de Nova Iorque)  
OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. O mesmo que OECD.  
OGE: Orçamento Geral do Estado  
OMS: Organização Mundial de Saúde. O mesmo que *WHO*.  
OPSS: Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
ORL: Otorrinolaringologia  
PCA: Presidente do Conselho de Administração  
PCT: *Primary Care Trust* ou fundação de cuidados primários no *National Health Service*  
P/E: Preço de mercado da acção/lucros da empresa  
PET: Tomografia por Emissão de Positrões  
PIB: Produto Interno Bruto  
PPO: *Preferred Provider Organization* (organizações clínicas independentes de prestação de cuidados com contratos de parceria, nos EUA)  
PPP: Parceria Pública Privada  
PRACE: Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado  
RMN: Ressonância Magnética Nuclear



RTP: Radio Televisão Portuguesa  
RU: Reino Unido  
RX: Radiologia Convencional  
SA: Sociedade Anónima  
SCDT: Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
SIDA: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Humana)  
SIGIC: Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia  
SNS: Serviço Nacional de Saúde  
SPA: Sector Público Administrativo  
SU: serviço de Urgência  
SWOT: Acrónimo para *strengths, weaknesses, opportunities, threats* (forças, fraquezas, oportunidades, ameaças)  
TGN: Técnica de Grupo Nominal  
UK: Reino Unido  
ULS: Unidade de Saúde Local  
ULSM: Unidade de Saúde Local de Matosinhos  
UN: Nações Unidas  
USA: Estados Unidos da América  
USD ppp: Dólares dos Estado Unidos da América expressos em paridades de pode de compra  
USF: Unidade de Saúde Familiar

## Capítulo I – Introdução, Motivos e Estrutura da Dissertação

### 1.1. Introdução

As despesas sociais dos países ocidentais têm apresentado, nas últimas décadas, uma evolução marcada por um ritmo médio de crescimento superior ao da produção (PIB) e orçamento nacionais. Esta evolução, caso se mantenha, poderá colocar em risco o estado social assim como a competitividade dos países.

Dentro dessas despesas a saúde é uma das rubricas de maior importância e dinamismo, fruto de uma conjugação de factores do lado da oferta e da procura. Em Portugal, em 2006, as despesas de saúde atingiram 10,2% do PIB<sup>1</sup>, o sexto valor mais elevado da OCDE e claramente acima da média dos países que a integram (8,9%).

A análise económica justifica a despesa em saúde com a sua elevada rentabilidade social. Cutler (2001) estimou que nos Estados Unidos, desde 1950, um dólar aplicado no conjunto dos serviços de saúde, produziu um retorno de quatro dólares e que, no mesmo prazo, um dólar gasto no tratamento de doenças cardiovasculares gerou sete dólares de benefícios.

Por outro lado a doença é um assunto pessoal mas com grande relevância e impacto social:

- Na família e no seu equilíbrio emocional e financeiro;
- No trabalho e na economia, por isso também na produtividade global e nas despesas sociais do Estado;
- Na coesão da comunidade, sendo que as sociedades ocidentais consideram como garantida a existência de um seguro (seja quem for o responsável e o modo de financiamento) e o acesso aos cuidados de saúde independente do rendimento, mesmo se estes objectivos não são satisfatoriamente atingidos.

Os Estados são confrontados na saúde com objectivos diferentes e contraditórios, os quais se podem apresentar (resumidamente) em dois grandes grupos:

- i) Políticos: solidariedade e justiça /equidade; satisfação dos doentes e dos profissionais.
- ii) Económicos: eficiência técnica e económica; bons resultados na saúde e na qualidade de vida.

Os hospitais representam cerca de metade da despesa do SNS o que evidencia a sua importância para a economia nacional. Constituem um importantíssimo elemento do sistema de saúde quer pelo seu contributo para o tratamento das doenças agudas e crónicas para a resposta em emergência, quer pelo seu papel no ensino, na formação e na investigação aplicada.

Assim a racionalização da actividade hospitalar impõe-se pela sua importância económica, mas também para melhorar o seu impacto na saúde e na qualidade de vida, para promover um óptimo global para a sociedade e no SNS, sempre garantindo a apropriação e a coordenação de cuidados.

Porém, é bem conhecida a dificuldade que reveste a gestão dos hospitais a qual deriva sobretudo da complexidade das suas operações internas. São bem conhecidas as posições nesse sentido de

---

<sup>1</sup>Acedido em Abril de 2009: <http://www.oecd.org/document/>

Glouberman e Mintzberg (2001a, 2001b) e de Drucker<sup>2</sup> (2002). Nos hospitais públicos haverá ainda que considerar o ónus de procura<sup>3</sup>, os objectivos sociais e o enquadramento de gestão pública com influência política e poder acrescido dos seus profissionais.

Em Portugal verificou-se um esforço para melhorar os resultados e a *accountability*<sup>4</sup> na Administração Pública, através da designada Nova Gestão Pública (NGP), introduzindo mecanismos da gestão privada e da economia de mercado (contestabilidade, contratualização), mantendo embora os princípios e objectivos que caracterizam a coisa pública. Os hospitais públicos têm beneficiado dessa evolução em Portugal, mas a complexidade que os caracteriza tem impedido a sua transformação de pleno em empresas públicas, apesar de ser esse o objectivo da mudança de estatuto para sociedades anónimas (SA) e, depois, para entidades públicas empresariais (EPE).

Melhorou-se o processo de contratualização mas há ainda um caminho a percorrer para maior adequação da compra (local/serviço de melhor relação custo/qualidade de resultados), para cumprimento efectivo do contratado em todos os serviços e para adequada auditoria e fiscalização. A definição de objectivos de produção para o SNS é decisiva para a gestão e para os profissionais, dada a sua importância no financiamento do hospital e das suas actividades. Será mais um elemento de comunhão de objectivos na cadeia que se estabelece no sistema (tutela, SNS, rede hospitalar, gestão do hospital, serviços e profissionais) que irá favorecer a racionalidade, a orientação para resultados e para a satisfação dos interessados<sup>5</sup>.

Restará ainda, em complemento, definir contratos com a gestão dos hospitais, previstos para todas as empresas públicas, com explicitação prévia do acompanhamento, da avaliação e das consequências.

Se às dificuldades inerentes à natureza do hospital – aspectos políticos, ausência de clarificação dos objectivos, multiplicidade de interessados com interesses por vezes divergentes – se adiciona maior poder para a gestão então, para manter o risco em níveis adequados, é forçoso melhorar o sistema de acompanhamento e avaliação. Apesar da mudança do estatuto dos hospitais, que conferiu maior autonomia e flexibilidade à gestão dos hospitais, constata-se que o Estado continua algo distante, desatento e com pouca disponibilidade para formar, apoiar e avaliar a *performance* dos seus gestores (de forma objectiva, sistemática e atempada) e, em consequência, exposto a surpresas derivadas de insucessos já consumados e de difícil reparação.

Entendemos a *performance* como directamente ligada a resultados, podendo tratar-se de uma unidade (serviço) ou de uma pessoa. *Desempenho* é utilizado apenas para pessoas, englobando a *performance* e os comportamentos verificados. Porém na avaliação da gestão do topo (CEO, BOD) não faz muito sentido avaliar o comportamento individual dos gestores de topo. Assim, nesse nível, os termos *desempenho* e *performance* são usados nesta dissertação indistintamente, tanto mais que não se fará a avaliação individual de cada um dos gestores do CA<sup>6</sup>.

O termo *performance* é normalmente usado em várias acepções, relativamente a indivíduos ou organizações, como o resultado de uma actuação (traduzido em valores de indicadores), o sucesso

---

<sup>2</sup> Drucker considerou mesmo o hospital como a forma mais complexa de organização humana.

<sup>3</sup> Atender todos os doentes e doenças; funcionar como garantia em emergência; ensino, formação e investigação para o sistema.

<sup>4</sup> Prestação de contas em sentido amplo e perante todos os interessados.

<sup>5</sup> Conjunto de parceiros de causa (*stakeholders* em inglês).

<sup>6</sup> Contudo inclui-se o cumprimento do código de conduta na sua avaliação.

obtido – ex. *performance* de um artista num espectáculo – ou o potencial para resultados, por exemplo *performance* das Unidades Locais de Saúde (ULS) face à organização tradicional. Nas organizações assume-se que a *performance* tem um carácter: i) multidimensional – diversas variáveis (ex. qualidade, tempo, custo; dimensão económica ou social); ii) multicausal (ex. derivadas de recursos, de processos e de produtos) e facetas<sup>7</sup>; iii) conotada com um tempo determinado – ex. recorre-se a indicadores avançados e atrasados; a rentabilidade obtida hoje pode ser a falência da empresa amanhã; iv) sempre medida relativamente aos objectivos dos seus *stakeholders*.

Assim sendo, a avaliação da *performance* constitui um tema indispensável para a transformação dos hospitais, com vista a maior eficácia e eficiência, e para o aperfeiçoamento da sua gestão.

## 1.2. Justificação, objectivos e estrutura da dissertação

### 1.2.1. Justificação do projecto

Em Portugal, a conversão dos hospitais em sociedades anónimas a partir de 2003, e depois em EPE, não foi acompanhada das modificações necessárias na estrutura e nos recursos disponíveis para os elementos do CA, por exemplo, informação e guias de orientação. Não existe avaliação da *performance* do hospital, do seu Conselho de Administração (CA) e da restante gestão, verificando-se ainda deficiências no acompanhamento e controlo externo dos hospitais – apoio e monitorização, auditoria.

A importância dos hospitais públicos na sociedade – para a saúde, para a coesão social e para a economia – justifica uma atenção especial do Estado no que respeita ao seu enquadramento, à sua gestão e aos resultados obtidos. O acompanhamento e a avaliação externa são essenciais para a melhoria da liderança do hospital, para maior controlo de resultados pelo accionista e maior coordenação vertical no SNS.

A melhoria dos resultados do hospital obtém-se através da transformação estratégica do hospital e de intervenções na actividade corrente – seja directamente pelo CA ou através da gestão intermédia e operacional. Um modelo de avaliação da *performance* permitiria completar o ciclo de gestão dos hospitais (planear, organizar, controlar) e facilitaria a melhoria da gestão em todo o hospital através da sua replicação nos restantes níveis.

Existem diversas análises sobre a *performance* dos hospitais portugueses, porém trata-se de abordagens parcelares ou com recurso a instrumentos não validados ou inadequados ao contexto actual. Um modelo que permita comparar a *performance* dos hospitais portugueses numa óptica da sua melhoria é necessário para *accountability* pública ou como instrumento de gestão da sua *performance*.

A avaliação dos gestores introduz risco<sup>8</sup>, induz ao seu aperfeiçoamento contínuo, promove o mérito e contribui para maior adequação do seu recrutamento e formação. Reforçará ainda um quadro de actuação promotor de boas práticas de gestão e da melhoria de comportamentos e atitudes em todo o hospital, o que conduzirá a maior racionalidade no uso de recursos no hospital e a maior apropriação dos cuidados de saúde. Assim a avaliação dos CA contribuirá para a melhoria de sustentabilidade do SNS e para aumentar a utilidade que os diversos interessados dele retiram.

---

<sup>7</sup> Pense-se nas funções referidas por Sicotte *et al.* (1999): adaptação, cumprir a missão, produção, manutenção de valores.

<sup>8</sup> Quanto ao sucesso, sua percepção pelo accionista e respectivas consequências, positivas ou negativas.

A não existência, na literatura ou na prática conhecida dos diferentes países, de um modelo de avaliação dos CA que se adeque à especificidade da governação dos hospitais Portugueses e o desejo de contribuir para a melhoria da gestão dos hospitais constituem as razões da escolha deste tema.

### 1.2.2. Objectivos

Considerando a lacuna de conhecimento referida, inexistência de modelo de avaliação dos CA dos hospitais EPE, esta dissertação foi desenvolvida com dois tipos de objectivos:

- 1º. Imediato e essencial. Construção de um modelo de avaliação da *performance* dos conselhos de administração dos hospitais entidades públicas empresariais, com a fundamentação acabada de expor e total salvaguarda do quadro de valores que lhes advém quer da integração no sector público quer da sua especificidade de entidades prestadoras de cuidados de saúde;
- 2º. Mediatos e acessórios. Pretende-se contribuir para:
  - i) Aumento do conhecimento na área da avaliação da governação e da gestão dos hospitais empresa;
  - ii) Melhoria do enquadramento da gestão dos hospitais, incluindo a definição das suas responsabilidades e deveres, os objectivos e as consequências do desempenho dos gestores;
  - iii) Formação de um consenso alargado que facilite a implementação do modelo de avaliação da gestão dos hospitais EPE, dentro de um contrato de gestão integrador, em moldes semelhantes ao previsto para as restantes empresas públicas.

O modelo, delineado com a colaboração de peritos reconhecidos e actores envolvidos na gestão hospitalar, foi construído numa perspectiva de aperfeiçoamento contínuo e com vista a facilitar a evolução do hospital para empresa pública de pleno. Da sua aplicação deverá resultar um aumento da sua *performance*, com maior *accountability*, transparência e controlo do seu funcionamento. O modelo de avaliação promove as boas práticas e a melhoria da gestão, associadas a uma cultura de mérito e de responsabilidade em todo o hospital. Pode ainda usar-se para fundamentar decisões relativas à remuneração variável e à continuidade dos CA.

O modelo insere-se num conjunto de mudanças, que propomos – código de conduta; retribuição variável para gestores; organização da função accionista – susceptíveis de facilitar uma transformação substancial da gestão em todo o hospital.

A concretização dos objectivos mediatos e acessórios resultará da fase de enquadramento teórico e do estudo empírico. Neste relevam o conhecimento gerado nas técnicas de consenso, no processo de preparação em que os diferentes interessados participaram e as conclusões e o consenso que daí resultaram.

O enquadramento teórico e todo o trabalho foram desenvolvidos com a preocupação de contribuir para a melhoria da governação e gestão dos hospitais EPE e para a formação de um consenso alargado nos líderes de opinião sobre a avaliação dos seus CA.

### 1.2.3. Estrutura da dissertação

Esta dissertação integra, para além dos seus anexos e bibliografia, um corpo principal composto por vários capítulos que dão seguimento à definição de objectivos que acabámos de efectuar e que visam: enquadrar o tema, de modo a aumentar o conhecimento e fundamentar o estudo empírico, a sua preparação e desenvolvimento; descrever o estudo empírico e as conclusões desta dissertação.

No capítulo II- *Enquadramento Teórico*, onde são analisadas as principais teorias aplicáveis à governação e gestão, à avaliação e aos incentivos e que dão fundamentação teórica às soluções.

Nos três capítulos seguintes analisam-se as práticas das empresas.

No capítulo III- *Governação e Gestão das Empresas*, procura-se compreender as características, recursos e processos apontados às boas práticas de governação nas empresas e ainda o enquadramento, papéis e ciclos de gestão.

No capítulo IV- *Regulação, Medição e Avaliação da Performance das Empresas*, abordam-se os instrumentos de controlo externo, a regulação, a responsabilização, a prestação de contas e a avaliação da *performance* das empresas.

No capítulo V- *Avaliação da Governação e da Gestão e Controlo Interno nas Empresas*, conclui-se o percurso pelo domínio de aplicação das empresas, analisando a avaliação da governação e da gestão e os mecanismos de controlo, os incentivos e a cultura.

Dado que os hospitais EPE são empresas públicas analisamos depois, no capítulo VI - *Produção e Avaliação na Administração Pública*, as especificidades da produção e da avaliação públicas, a evolução verificada nos países da OCDE e em Portugal, no desempenho dos papéis do Estado, que conduziram à Nova Gestão Pública (NGP) e à pós-NGP, assim como daremos atenção à problemática da produção pública e à avaliação da sua *performance*.

No capítulo VII- *A Especificidade dos Hospitais e da sua Avaliação*, o mais extenso desta dissertação, abordaremos: a especificidade da saúde, maxime dos hospitais e da sua gestão; a regulação em saúde e a empresarialização dos hospitais; a estratégia e integração de *stakeholders* em hospitais; incentivos em saúde e hospitais; a avaliação da *performance*, dificuldades e modelos; e, finalmente, avaliação da governação e da gestão dos hospitais.

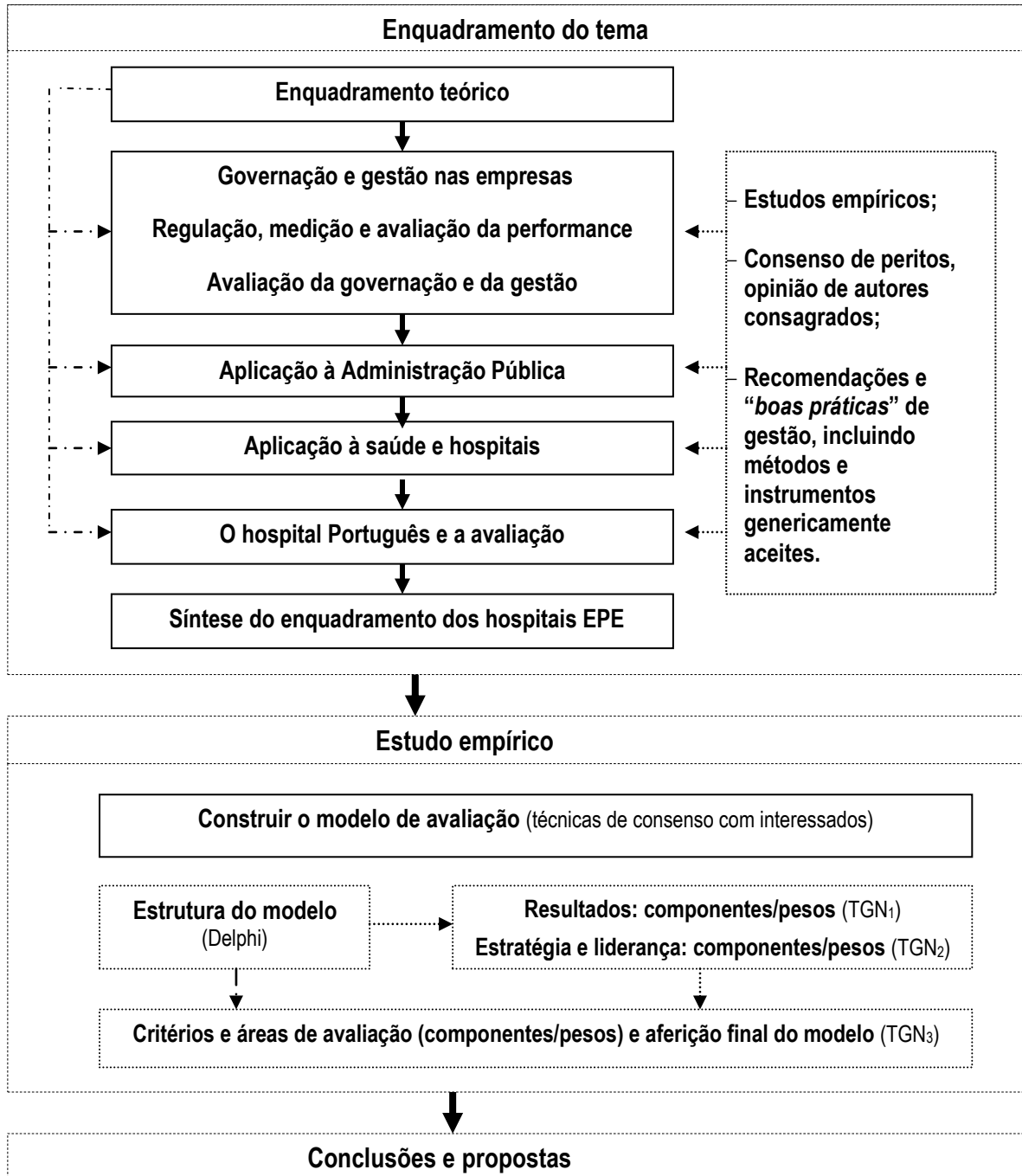
*O Hospital Público Português e a Avaliação* serão o objecto do capítulo VIII. Nele abordaremos: o sistema de saúde e o hospital público, com destaque para o SNS, resultados e especificidades e para a sua evolução comparada face ao NHS; a evolução do hospital português, a empresarialização, contexto, características e desafios; a avaliação e o controlo nos hospitais EPE, mecanismos de controlo interno e mecanismos externos de avaliação; por fim, avaliação dos Conselhos de Administração dos hospitais EPE, enquadramento e objectivos da avaliação e configuração proposta da avaliação.

Finalmente no capítulo IX - *Síntese do Enquadramento dos Hospitais EPE*, extrairemos as conclusões a reter pela consideração da análise efectuada nos capítulos anteriores e respectivas conclusões e sublinharemos a importância de efectuar avaliação aos CA dos hospitais EPE.

Terminaremos com a descrição do estudo empírico e dos seus resultados, capítulo X, e com a apresentação das conclusões da dissertação e das questões para investigação futura, capítulo XI.

No diagrama seguinte descrevemos sumariamente as componentes da dissertação e sua inter-relação.

Diagrama Nº 1.1: Descrição sumária da dissertação



## Capítulo II – Enquadramento teórico

### 2.1. As Teorias da Governação

O estudo da governação nasceu com a procura de soluções para os problemas do mercado e que o impediam de atingir um óptimo global. Neste capítulo passamos em revista as principais teorias sobre a governação que têm relevância para o tema, entre outras a teoria neoclássica, da agência, dos *stakeholders*, dos custos de transacção, dos direitos de propriedade e da escolha pública.

Esta breve análise visa conhecer as teses e explicações avançadas pelas diversas teorias, para compreender melhor o enquadramento da governação, o ambiente de mercado, suas especificidades e limites, as relações com os accionistas e com outros *stakeholders*, a justificação, limites e problemas da produção do Estado. Procuramos igualmente apresentar alguns conceitos que irão ser utilizados na dissertação.

Começamos por uma análise breve dos pontos principais defendidos por cada teoria e terminamos com um conjunto de conclusões que visam facilitar a sua aplicação ao longo desta dissertação.

#### Teoria Neoclássica

A teoria neoclássica foca-se nomeadamente no estudo das causas de ineficiência do mercado, da justificação para intervenção do Estado na produção de bens e das suas falhas e, mais tarde, dos efeitos da assimetria de decisão.

Segundo esta teoria as falhas de mercado ocorrem nomeadamente devido a:

- a) Problemas na estrutura do mercado, quando a concorrência é imperfeita ou inexistente;
- b) Ineficiência no seu funcionamento, devido à presença de externalidades, por exemplo de bens públicos, à falta ou assimetria de informação e ainda à indivisibilidade de determinados bens.

Esta teoria defende a eliminação das causas que impedem o funcionamento pleno do mercado, o que nem sempre será possível, por exemplo quando a escala económica comporta apenas um número reduzido de empresas ou quando estamos na presença de bens públicos.

Para melhorar a eficiência do mercado, por exemplo para evitar a poluição, uma comunidade pode exercer controlo através de legislação (sanção) ou de incentivos, como seja isentar de imposto a aquisição de sistemas anti-poluição. De modo semelhante poderia actuar sobre o nível de competição fomentando-a ou regulando-a, ou sobre a assimetria de informação, obrigando a empresa a informar ou garantir acesso a informação. Na verdade a assimetria de informação, para além de dificultar a competição tem consequências negativas, como sejam a selecção adversa e o risco moral.

Na caixa nº 2.1 apresentamos alguns dos conceitos principais que são referidos neste ponto.

As economias externas (externalidades) podem ter origem na propriedade, por exemplo abelhas que vão polinizar o pomar do vizinho, em tecnologia, por exemplo o ruído e a poluição das máquinas, ou em bens públicos/colectivos, como seja o farol que emite luz para todos (Bator, 1958).



### Caixa Nº 2.1: Conceitos e seu significado

**Assimetria de informação:** Quando um agente dispõe, numa transacção ou relacionamento, de informação que o outro não dispõe e/ou não vai aceder devido a dificuldade de observação, direitos de propriedade ou custos de recolher e tratar a informação.

A assimetria de informação foi, durante muitos anos, ignorada pela teoria que postulava informação perfeita no mercado, apesar de a sua existência explicar falhas de mercado e fricções dos períodos de desequilíbrio. Recentemente foram identificados os problemas da informação: imperfeição e o custo incorrido para a obter; importância da assimetria para o funcionamento do mercado; extensão da assimetria como resultado das acções dos agentes envolvidos (Stiglitz, 2000). Por outro lado a assimetria de informação é uma das fontes de valor da empresa, por ex. reserva sobre processos de produção e sobre base de clientes, e fundamento na escolha da estratégia, para diferenciar dos concorrentes. Actualmente é um dos objectos de actuação das entidades reguladoras.

**Externalidades:** Quando o rácio custo-benefício na óptica do decisor é diferente do da sociedade, isto é, “quando o decisor não é afectado pelo total do custo, ou benefício, das consequências da sua decisão” (Jensen, 2001). Podem ser positivas, como benefício acrescido para outras pessoas e comunidade, ou negativas, ex. poluição e ruído. Exemplos: i) A empresa de tinturaria considera os custos (internos) mas não os da poluição do rio (custo social); ii) Hospital EPE num rastreio de HIV recolhe participação do SNS, mas não o benefício social, traduzido nos efeitos evitados (menos pessoas infectadas, menor contágio na população).

**Seleção adversa<sup>9</sup>:** Quando as pessoas que correm um risco mais elevado que a média, aderem a um seguro, em proporção superior àquela que representam na generalidade da população ou quando uma pessoa numa transacção depende de uma característica não observável de modo a que pode ser afectada negativamente pela parte informada<sup>10</sup>.

**Risco moral:** Tendência de uma parte num contrato para alterar o seu comportamento, depois do contrato assinado, em moldes que podem ser penalizadores para a outra parte.

Pressupostos: divergência de interesses do principal e do agente; este sente-se seguro das consequências dos seus actos; monitorização e controlo do contrato pelo principal são imperfeitos (pode ser contrariada com: incentivos, normas de comportamento e reputação, motivação intrínseca). Trata-se de oportunismo *ex-post*, enquanto a selecção adversa é, por definição, *ex-ante*.

**Bem social:** Aquele cujo preço se situa abaixo do custo, visando induzir o consumo para além do óptimo de mercado.

**Bem público:** Aquele cuja produção visa a sociedade ou um grupo de pessoas não individualizado, sem possibilidade de excluir alguém do seu consumo (ex. defesa nacional), consumo esse que não impede o consumo por outrem – por isso estes bens têm três características: “não rivalidade”; “não exclusão”; “não rejeitabilidade”.

Por outro lado um bem privado é o que beneficia (exclusivamente) o consumidor em causa, a quem compete arcar com o seu preço, salvo alguém que o represente. Um bem é semi-público se há benefício individual mas também ganho para a sociedade – fundamenta-se aqui o pagamento de uma quota-parte do seu custo, ex. taxa.

Assim a produção de bens sociais – ex. saúde e educação – seria viabilizada, colhendo-se as externalidades positivas, aumentando-se o potencial económico da comunidade e evitando-se a iniquidade de acesso a bens considerados essenciais.

Porém, a intervenção do Estado origina ela própria falhas (“*Govern failure*”), devidas, nomeadamente, a problemas de gestão – por exemplo pelo recrutamento de gestores com menor capacidade –, à politização de cargos e à captura por diversos agentes, sejam profissionais ou outros grupos de interessados.

<sup>9</sup> Referido como um “problema de «incentivo», com o foco no «comportamento»” (Stiglitz, 2000).

<sup>10</sup> Por exemplo, gestor pouco capaz candidata-se a lugar com reduzido controlo dizendo possuir qualidades superiores ao real.

Os problemas de governação pública e as suas desvantagens face à da empresa privada motivaram o interesse desta teoria, reconhecendo-se que a produção pública, por frequentemente acumular aqueles problemas com a situação de monopólio, desaconselha, à partida, a produção de bens privados pelo Estado.

Porém o Estado é mais eficiente na provisão de bens públicos e também, potencialmente, na correcção de desigualdades porque “*combate eficazmente os «free riders», ainda que à custa de uma interferência na liberdade*” (Pereira, 2008).

### Teoria da Agência

Relação de agência é aquela em que alguém, o *principal*, contrata outrem, o *agente*, para executar determinado serviço no seu interesse e para o qual lhe delega autoridade de decisão (Jensen, 1976).

Pressupõe que os interesses das partes podem divergir, o que motiva o *principal* a limitar essa divergência através de três soluções *ex-ante* (Jensen, 1976):

- i) Monitorização e controlo, em sentido amplo;
- ii) Incentivos apropriados para o *agente*;
- iii) Contrato para evitar o oportunismo, que se traduz em despesas exageradas (benefícios além do contratado) ou não tomar as decisões necessárias por acarretarem risco significativo, por exemplo.

O problema de agência existe em todas as “*organizações e esforços cooperativos – em todos os níveis de gestão das empresas, ...nas autoridades estatais...*” (Jensen, 1976).

O *principal* reduz a perda residual, diferença entre o máximo resultado atingível e o obtido, suportando os custos de agência. Estes resultam da soma das despesas de contrato, dos custos de monitorização e da perda residual.

Os custos de agência devem ser minimizados por estruturas de governação em sentido amplo; para esta teoria os “*mecanismos para policiar os contratos entre o principal e o agente*”, devem incluir:

- Lei e regulação da empresa;
- Mecanismos de monitorização, que englobam o acompanhamento do agente (observar o comportamento, medir) e o seu controlo, através de instrumentos de gestão – estratégia, planos e orçamentos, políticas de remuneração, prestação de informação periódica e publicitação;
- Mecanismos para constrangimento e garantia de execução – incluem, por exemplo, a governação em sentido estrito, o *Board of Directors* (BOD), e os mercados de capital/controlo da empresa e de gestores (Jensen, 1976).

Consideram-se quatro tipos de controlo, exercido num *mix* variável conforme a situação concreta na empresa:

- a) Controlo de mercado, pelos riscos de falência e de aquisição hostil da empresa;

- b) Sistema legal, político e de regulação – que protegem o interesse dos sócios e evitam que os gestores se afastem do interesse destes e ganhem proeminência<sup>11</sup>;
- c) Mercados de factores e do produto, definem os preços e as condições de compra e venda, tornando desnecessário maior controlo e motivando a eficiência para atingir o lucro;
- d) Sistema de controlo interno da empresa (Jensen, 1993).

Naturalmente o controlo do *agente* não apresenta problemas quando o *principal* pode observar facilmente o comportamento e/ou medir o resultado desse comportamento (produtos), no caso contrário a definição e controlo do contrato de agência será difícil (Pereira, 2008). Os contratos são sempre incompletos, pela impossibilidade de prever o futuro e regular tudo o que tem impacto económico, mas na impossibilidade (leia-se grande dificuldade e custo) de observar e medir os produtos são ainda mais difíceis de definir e controlar, visto que aquelas dificuldades arrastam a de utilizar com sucesso o mecanismo dos incentivos. Em nossa opinião é o que acontece com diversas produções públicas, em especial com os cuidados hospitalares.

Segundo esta teoria, as organizações são construções legais constituídas essencialmente por trocas voluntárias<sup>12</sup>, relações contratuais entre pessoas – nomeadamente investidores, empregados, gestão, fornecedores, clientes – onde a afecção de recursos se processa através da autoridade e direcção da empresa (gestão) (Coase, 1937; Alchian e Demsetz, 1972; Jensen, 1976).

A empresa necessita de visão estratégica e tática que una e oriente os elementos que a integram, pois “*não consegue maximizar o seu valor se ignorar os interesses dos seus stakeholders*” (Jensen, 2001).

A gestão terá que promover a integração dos diferentes objectivos para garantir o apoio na execução da estratégia mas, segundo esta teoria, sempre com o objectivo único ou determinante de maximizar a riqueza daqueles.

Ao balancear o interesse dos accionistas com os dos restantes interessados, a gestão consegue a maximização “iluminada” do valor – formulação semelhante ao que Jensen chama teoria dos *stakeholders iluminada* (“*enlightened*” no original) – traduzindo-se na maximização de valor de longo prazo como critério para as decisões estratégicas da empresa e para a resolução das escolhas (*trade-offs*) relativamente aos objectivos dos *stakeholders* (Jensen, 2001).

Concluimos esta breve análise com duas notas finais:

- A maximização da quota de mercado condicionada a lucro mínimo é um exemplo de solução de óptimo global para os *stakeholders*. Obtém-se o mínimo exigido pelos accionistas e satisfazem-se os objectivos dos gestores, dos trabalhadores e de outros interessados para quem a maior dimensão oferece os benefícios de estabilidade, segurança futura e menor risco.
- As funções utilidade (interesses) da gestão e dos accionistas são diferentes. Estes visam a maximização da riqueza, aqueles têm outros objectivos: poder, estatuto e regalias; estabilidade e menor risco, que se traduzem em evitar conflitos, procurar funcionamento da empresa com menor dívida, conduzindo a rentabilidade menor para o accionista e ao uso na empresa do *free cash flow*.

<sup>11</sup> Há quem defenda que o problema essencial de agência nas grandes empresas não é dos accionistas com a gestão mas dos accionistas maioritários *versus* restantes accionistas (Shleifer e Vishny, 1997).

<sup>12</sup> Segundo os termos usados por outros autores (Coase, 1937; Alchian e Demsetz, 1972).

## Teoria dos Custos de Transacção

Segundo a teoria dos custos de transacção a empresa justifica-se pelas vantagens, face ao mercado, da produção interna de actividades complexas, porque gera menores custos de transacção e de monitorização (Kim e Mahoney, 2005).

Os contratos são incompletos devido a diversos factores e aos seus efeitos, económicos e outros, como sejam: os limites de conhecimento das partes; a vontade em cumprir o contrato, variável nas pessoas e no tempo; a evolução no futuro nos diferentes factores – ex. procura, tecnologia, ambiente. Por isso geram custos de transacção *ex-ante*, na estruturação e formulação do contrato, e *ex-post*, para a sua monitorização e para garantir o seu cumprimento (Hart e Moore, 1988).

Como os contratos são incompletos esta teoria focaliza-se nos custos de transacção *ex-post*:

- Custos de desajustamento, quando as transacções não correm como previsto;
- Custos de negociação, pelos esforços bilaterais para corrigir os desalinhamentos *a posteriori*;
- Custos iniciais e de gestão, associados com as estruturas de governação;
- Custo de obter comprometimento seguro do contrato ("*bonding costs*"<sup>13</sup>).

Para esta teoria a empresa visa ultrapassar o problema dos conflitos de interesse e contornar a existência de oportunismo ("*free riders*"), que caracterizam a produção em equipa (Alchian e Demsetz, 1972).

Nessa produção há interacção sinérgica não sendo fácil (possível) isolar as contribuições de cada indivíduo e atribuir recompensas – a produção final é superior à soma da que resultaria dos esforços individuais –, tanto mais que as acções dos diferentes participantes são difíceis de observar e medir.

Daí a necessidade de alguém que organize, desenhe contratos e crie um sistema de incentivos apropriado aos diversos intervenientes, onde se inclui uma compensação final para o accionista, resultado residual após cumprir os diversos contratos. Esta compensação será partilhada com o gestor, de modo a garantir o alinhamento de objectivos e um melhor resultado global, num incentivo dirigido para o alinhamento e para esforço adicional.

No quadro nº 2.1, no anexo 1, apresentamos a comparação desta teoria com a da agência.

Pereira (2008) analisou as vantagens e desvantagens da empresa perante o mercado, ver quadro nº 2.2 que se segue, e concluiu que a empresa se justifica para redução dos custos de transacção e que o seu crescimento, integrando novas actividades, se fará até ao ponto em que a relação benefício/custo o justifique.

---

<sup>13</sup> Despesas para garantir que o *agente* não toma certas decisões e, caso tome outras, indemneze o *principal*.

Quadro Nº 2.2: Vantagens e desvantagens da empresa – adaptado de Pereira (2008)

	<b>Mercado</b>	<b>Empresa</b>
<b>Custos acrescidos</b>	Pelo uso do sistema de preços, pelos custos de informação e fiscais (nas trocas e em maior resultado positivo).	Custo de exercer a autoridade, custos de informação, de monitorização (pode haver custos acrescidos por oportunismo) e manutenção de contratos de médio e longo prazo.
<b>Benefícios acrescidos</b>	Flexibilidade de contratos de curto prazo para todos os recursos.	Vantagens potenciais por maior confiança e reciprocidade, controlo mais directo (eficaz) dos processos, coordenação do tempo das diferentes fases do processo produtivo, etc.

Arrolaríamos ainda como argumentos adicionais a favor do mercado a existência de incentivos mais poderosos para eficiência, qualidade e inovação (via competição e risco de falência) e contra a empresa, custos de influência que prejudicam a eficácia e desviam dos objectivos.

Por outro lado a empresa facilita a troca de informação, salvo nas situações em que há dimensão não económica ou excesso de burocracia, e promove a cooperação interna, aspectos que se revelam essenciais nalgumas áreas e sectores das empresas privadas e públicas, por exemplo, para inovação de processos e para coordenação de cuidados num hospital.

### **Teoria dos Direitos de Propriedade**

Segundo esta teoria todas as actividades envolvem trocas, as quais pressupõem um objecto e direitos de pessoas. Os direitos de *“indivíduos em relação a activos (bens ou recursos) podem designar-se por direitos de propriedade”*, traduzindo-se em:

- Direito de utilizar um activo em todos os usos aceitáveis;
- Direito de obter um rendimento periódico;
- Direito de alienar o activo (Pereira, 2008).

Esta teoria inicialmente focou-se no direito do proprietário da empresa ao resultado residual, na medida em que constitui um poderoso incentivo para controlar a gestão com vista à máxima eficiência.

Posteriormente enfatizou mais o controlo sobre as decisões da gestão, visto que assim garantirá o direito àquele resultado, na base do contrato e das leis e normas que o protegem.

Como o agente pode fugir às suas responsabilidades o alinhamento de objectivos supõe alguma forma de o incentivar a actuar de acordo com o interesse do principal.

A separação da propriedade e do controlo da empresa introduz o risco de um agente agir em proveito próprio e não cumprir as suas obrigações para com o proprietário, nomeadamente quando houver assimetria de informação e problemas de medição do seu contributo para os resultados da empresa (Kim e Mahoney, 2005).

Com a evolução da empresa para uma sociedade com uma multiplicidade de accionistas (sociedade anónima) o problema do controlo coloca-se não apenas entre os accionistas e a gestão mas também entre os accionistas minoritários e os que dominam a empresa.

Estas questões sublinham que numa empresa pública é importante definir um objectivo de resultado económico, acompanhar e controlar o seu cumprimento e, sempre que possível, associar incentivos à gestão, em função daquele resultado e doutros relevantes.

### **Teoria dos *Stakeholders***

Esta teoria contesta a dupla mono-orientação da teoria da agência, para um interessado, o accionista, e apenas para um objectivo, maximizar o valor da empresa.

Defende a consideração dos diversos *stakeholders* da empresa e a integração de objectivos de quem possui um interesse ou direito, moral ou legal, ou propriedade – quem tem direito legítimo a ser beneficiário da *performance* da empresa.

Uma das fraquezas desta teoria foi precisamente a definição de *stakeholders*, ultrapassada com a seguinte formulação: “*indivíduos e constituintes que contribuem, voluntária ou involuntariamente, para as suas actividades (da empresa) e capacidade de criar valor, e que por isso são os potenciais beneficiários e/ou portadores de risco*” (Post et al., 2002).

Para estes autores os *stakeholders*<sup>14</sup> têm como características: fornecer recursos críticos à empresa – tangíveis e intangíveis, incluindo o conhecimento; colocarem algo de valor em risco; terem suficiente poder para afectar a *performance* da empresa.

Os *stakeholders* têm um interesse a defender, sendo que os atributos essenciais considerados pela gestão são a importância, urgência e legitimidade (Mitchell et al., 1997).

Esta teoria foi objecto de análise segundo as três perspectivas possíveis – descritiva, instrumental, normativa (Donaldson e Preston, 1995). Os mesmos autores explicitaram depois as consequências para a gestão: reconhecimento dos *stakeholders* específicos e dos seus interesses pelos gestores (e pelos outros *stakeholders*) e o direito de receberem um benefício que corresponda à sua contribuição; papel dos gestores e da função de gestão, como distintos das pessoas envolvidas (Donaldson e Preston, 1995).

Esta teoria confere maior discricionariedade à gestão, esperando-se que o Estado condicione o exercício do seu poder em benefício dos interessados, através de maior regulação, ou estes exerçam maior controlo sobre o comportamento da gestão, via prestação de informação (aos accionistas, pública) e de incentivos.

Esta teoria reconhece que a gestão tem um papel único devido a: posição central no nexo de contratos; controlo directo<sup>15</sup> exercido sobre as decisões estratégicas e táticas na empresa (Hill e Jones, 1992).

---

<sup>14</sup> Apesar da diferença de conteúdo usaremos, interessados e *stakeholders* indiferentemente.

<sup>15</sup> Controlo pelos accionistas é indirecto.

Segundo esta teoria o modelo tradicional possibilitou que a gestão exercesse o poder no sentido do benefício próprio, por exemplo através de «mordomias» excessivas e «pára-quadras douradas», de orientação da empresa mais para o curto prazo e de procura de benefícios imediatos, frequentemente desrespeitando os princípios éticos e o ambiente, assim comprometendo a sustentabilidade no longo prazo. O modelo dos *stakeholders* seria capaz de prevenir aqueles comportamentos e evitar os seus efeitos (Donaldson e Preston, 1995).

Para esta teoria a gestão não pode limitar-se a uma relação unidireccional, com os accionistas dominantes, e focar-se exclusivamente no objectivo de lucro, ou maximização de valor para os accionistas, visto por esta teoria como um resultado e objectivo em prazo longo e não o fim em si mesmo. A gestão também não deve perseguir aquela maximização a qualquer custo, antes assumir uma actuação ética e responsável, um relacionamento aberto e que crie laços duradouros e de confiança com os *stakeholders*. Esta posição pode ser ilustrada com as citações que apresentamos de seguida:

- “Desenvolver o relacionamento, inspirar os seus *stakeholders* e criar comunidades onde todos se esforçam para dar o seu melhor... preocupação com os lucros é o resultado mais que o motor do processo de criação de valor” (Freeman, 2004);
- “Ouvir, comunicar e gerir o relacionamento com os interessados... onde a ética é uma parte do processo... comportamento não ético pode ter altos custos e depois porque os códigos de ética trazem a consistência e confiança requerida para cooperação lucrativa” (Donaldson e Preston, 1995).

A defesa de comportamentos éticos pela gestão é recorrente e marcante nesta teoria, para a qual a empresa tem deveres para com todos os *stakeholders*, o ambiente e a sociedade em geral, tem responsabilidade pública que não se limita à actuação imposta pelas leis e regulamentos.

A empresa tem deveres económicos perante, entre outros, trabalhadores, fornecedores e clientes, mas também tem obrigações “legais, éticas e discricionárias (filantrópicas)”, (Carroll, 1991), e a actuação da gestão, relativamente às obrigações não económicas, pode classificar-se como imoral, amoral ou moral.

Estas posições são consonantes com as da Igreja Católica quando afirma a função social da riqueza nas suas encíclicas, por exemplo em *Rerum Novarum* e *Quadragesimo Anno*.

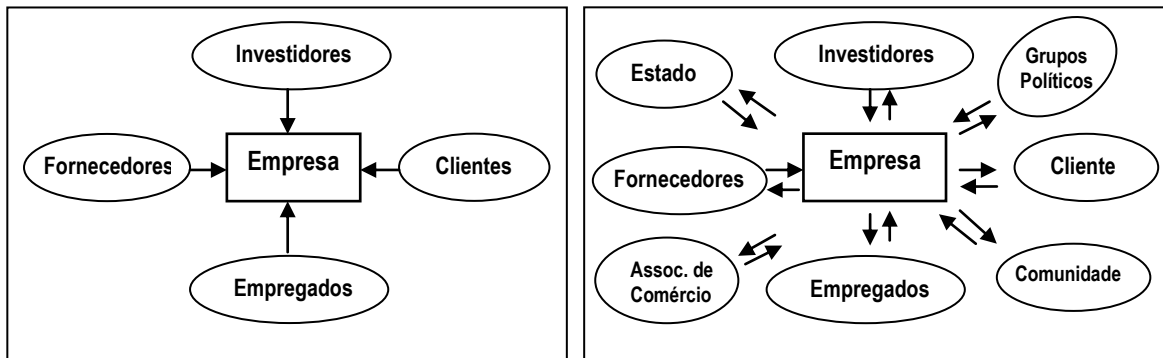
Sobre a posição ética da gestão Shankman (1999), citado por Raposo (2007), defende que se incluem no mínimo quatro princípios morais: «honrar os seus compromissos, evitar mentir, evitar provocar danos a terceiros, e respeitar a autonomia individual». Ainda sobre a posição ética da gestão ver o quadro nº 2.3 (anexo 1).

Hill e Jones (1992) concordam com a conclusão da Teoria da Agência, que vê a empresa comonexo de contratos entre possuidores de recursos, mas estendem a noção a todos os contratos (explícitos e implícitos) entre todos os interessados<sup>16</sup>. Alargam o pressuposto da teoria da agência – mercados eficientes, ajustamento imediato – considerando que no curto e médio prazo podem existir ineficiências, ver quadro nº 2.4 no anexo 1. Estes autores referem o papel da gestão como “mediadora de interesses dos grupos de interessados ... para obter uma solução cooperativa”.

<sup>16</sup> Sugestivamente chamam-lhe *stakeholder-agency theory*.

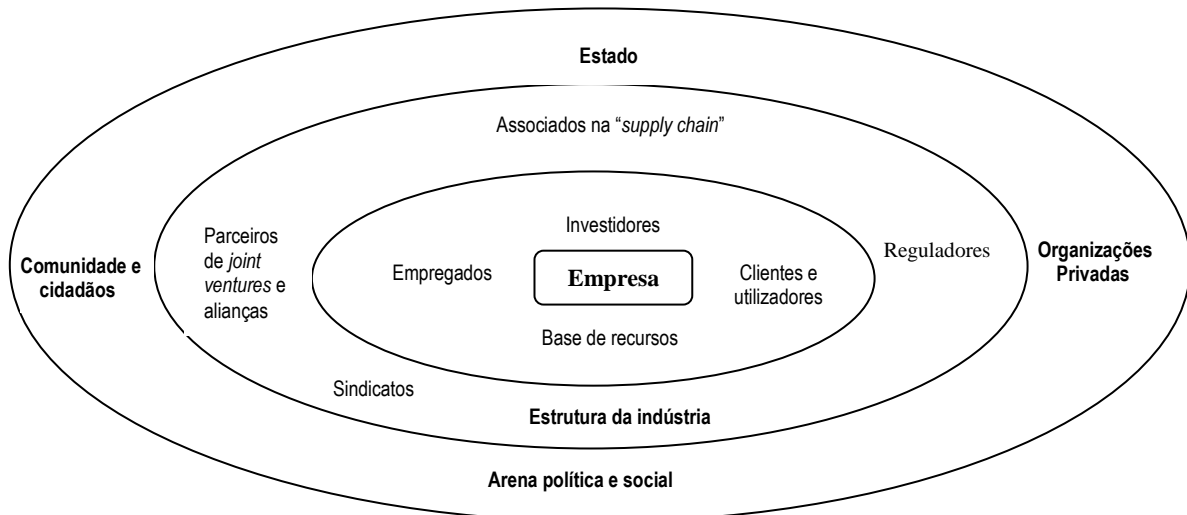
As figuras nº 2.1 e 2.2 que se seguem mostram como a descrição da empresa evoluiu, de um modelo mais mecânico e focado na transformação – receber *inputs*, transformá-los, fornecer *outputs* a clientes –, para modelos mais ricos, evidenciando a relação com os diversos *stakeholders*, em relacionamentos, mais que em relações episódicas, variáveis pela sua diferente natureza, importância e tempo.

Figura Nº 2.1: Empresa – modelos *input-output* e *stakeholders* (Donaldson e Preston, 1995)



Assim a empresa é situada não apenas no plano interno e de relacionamento com os fornecedores de *inputs* e os clientes de produtos e serviços mas igualmente noutras “arenas” – dentro da indústria e na esfera política e social.

Figura Nº 2.2: Empresa – modelo de *stakeholders* (Post et al., 2002)



Relativamente à estratégia a teoria enfatiza:

- a) Um processo de “gestão «*activa*» do ambiente da empresa, o relacionamento e a promoção de *interesses partilhados*”, em que deve predominar a flexibilidade perante as mudanças do meio, a gestão estratégica mais que o mecanicismo do planeamento, a gestão dos *stakeholders* e decisões integradas considerando os objectivos deles (Freeman e McVea, 2001) – ver ainda o quadro nº 2.5 do anexo 1;
- b) A integração de 3 dimensões:
  - i) Recursos, para obter e afectar *inputs* no longo prazo;



- ii) Estrutura da indústria<sup>17</sup>, para adaptação externa e posicionamento tendo em conta os seus concorrentes e parceiros – naturalmente respeitando a lei, os regulamentos e os padrões existentes na indústria;
- iii) Configuração político-social, no relacionamento alinhado e ajustado com os diversos *stakeholders* (Post *et al.*, 2002).

Como o foco deve ser o longo prazo, a fonte de riqueza organizacional será o relacionamento mais que a transacção – aquele é contínuo, com colaboração mas também com conflito, esta pode ser pontual e focalizada num aspecto apenas (Post *et al.*, 2002).

Os *stakeholders* podem classificar-se em voluntários e não voluntários: “*empresariais*” – investidores e credores, empregados, gestores, clientes, fornecedores; “*involuntários*”<sup>18</sup> – na esfera política e social, o Estado, a comunidade local e a população (Post *et al.*, 2002).

Aqueles estabelecem voluntariamente uma relação que visa beneficiar do sucesso da empresa, enquanto estes são agentes cujo envolvimento é involuntário e cujos benefícios e custos são indirectos, não decorrendo da sua contribuição para a empresa.

Como as características e interesses dos *stakeholders* mudam ao longo do tempo a sua gestão é de «compromisso humanístico» e «aprendizagem», e por isso este modelo enfatiza (nossos sublinhados):

- “A rede singular que se estabelece entre os *stakeholders*;
- A consistência e o balanceamento nos relacionamentos que são críticos para a cultura da empresa;
- A gestão de stakeholders que deve conduzir a evolução dinâmica de estratégias de soma positiva com ganhos no longo prazo para todos os *stakeholders* críticos” (Post *et al.*, 2002).

Gostariamos ainda de deixar duas notas sobre a aplicação destes aspectos ao meio hospitalar:

- a) Aquela «relação voluntária» é especialmente importante nos hospitais onde a criação de valor deve envolver, nomeadamente, os doentes e a população (resultados na saúde e qualidade de vida) e os serviços de saúde em situação de referência (empresa “alargada”).
- b) A consistência de actuação junto dos interessados, em especial os internos e os accionistas, e o respeito da cultura do hospital são aspectos fundamentais para o sucesso da estratégia, isto é, para a transformação e adaptação necessária ao Meio.

Os problemas de agência e de *design* do sistema de incentivos acontecem quando há questões específicas – assimetria de informação, dificuldade de observar acções –, que facilitam o oportunismo dos agentes e aumentam o custo de recolha e tratamento da informação (Heath e Norman, 2004). Daí resultam problemas de risco moral e de selecção adversa.

Os motivos do falhanço da gestão das empresas públicas são, segundo a teoria dos *stakeholders*:

- a) Ao problema dos incentivos em multi-tarefa – obter resultado positivo, responsabilidade ambiental, social, laboral, ... – acresce o de haver múltiplos principais;
- b) Falta de *accountability* deve-se a que, com a estrutura existente, o Estado não consegue exercer disciplina efectiva sobre a gestão:
  - Dificuldade de contratar e reter gestores capazes;

<sup>17</sup> Usamos «indústria» neste documento como conjunto de empresas com produtos substitutos num mercado determinado.

<sup>18</sup> Estes “esperam vir a ficar, no mínimo, tão bem como estariam se a empresa não existisse”.

- “*Soft-budget constraint*”, no sector privado a expectativa do lucro aumenta o controlo, no público os gestores sabem que não haverá falência nem despedimento<sup>19</sup>;
- Inexistência de competição e de pressão de mercado;
- Intervenção de políticos e pressões aos mais variados níveis;
- Dificuldade de garantir efectivamente o cumprimento dos objectivos no sector público (Heath e Norman, 2004).

No quadro nº 2.6, no anexo 1, resumimos os problemas apontados por Heath e Norman (2004).

Na relação de agência “*quando há fricções causadas por assimetria de informação pré-contratual, aversão ao risco, capacidade de comprometimento limitada, ou problemas de medição da performance do agente, o principal beneficia se tiver monitorização melhorada do esforço do agente e/ou do meio ambiente*” (Sappington, 1991).

Ora essas condições acontecem por vezes nas empresas públicas e, em nossa opinião, por regra nos hospitais. Assim na gestão hospitalar haverá que reconhecer como aspecto crítico a melhoria da informação, do acompanhamento e da avaliação dos gestores, que poderão ocorrer no âmbito de um contrato de gestão e através do reforço da monitorização da sua *performance*. Esta deve ser complementada por um apoio sólido ligado à melhoria da qualidade da informação existente, à difusão de boas práticas e da *performance* atingida noutros locais e com ajuda na e para a implementação de projectos mais difíceis e/ou drásticos, seja pela demonstração de apoio da tutela (visível) ou pela disponibilização de peritos.

O autor citado, (Sappington, 1991), reconhece ainda que a presença de múltiplos agentes em ambiente similar – como é o caso dos gestores dos diversos hospitais públicos – facilita a tarefa do principal «*na medida em que a performance relativa dos agentes pode ser um bom indicador do esforço dos indivíduos*». Afirma também que o «*esquema de incentivos ideal seria a combinação de esquemas de performance individual e relativa*» (nossos sublinhados).

Por isso defendemos que a medição da *performance* da gestão dos hospitais se faça relativamente à atingida por hospitais semelhantes, no que respeita aos resultados do hospital nas diversas dimensões e no que respeita à concretização da estratégia quando aplicável. A avaliação do CA tem que ter consequências concretas, em incentivos e sanções. Esta avaliação facilitará a da gestão intermédia e operacional, criando-se assim condições para verdadeira *accountability* no hospital.

### Outras Teorias

A teoria de **fixação de objectivos** (*Goal Setting*) postula que são os objectivos – fixados para a gestão global e replicados para a gestão intermédia e operacional – que impulsionam a *performance* e que pessoas com objectivos específicos melhoram a sua *performance* e o seu desempenho, o que tem aplicação directa na gestão global dos hospitais.

Locke e Latham (2002) reviram múltiplos estudos enquadráveis nesta teoria e concluíram:

- a) Objectivos específicos e difíceis levam a melhor *performance* do que pedir a uma pessoa para «*fazer o seu melhor*».

<sup>19</sup> Para além de quererem assegurar aumentos futuros de recursos.

- b) A relação entre o objectivo e a *performance* é mais forte quando as pessoas estão comprometidas com os objectivos, o que se consegue convencendo-as da importância dos objectivos, aumentando a capacidade de auto-eficácia (comunicação, formação/desenvolvimento) e por *feedback* periódico, que aumenta a eficácia dos objectivos.
- c) Objectivos actuam através de quatro mecanismos: focalizam a atenção nas actividades relevantes; dão energia e levam a maior esforço; agem positivamente sobre a persistência; afectam indirectamente a acção, conduzindo ao uso de conhecimentos, tarefas e estratégias relevantes para o objectivo a atingir.

Em nossa opinião as características do sector público tornam mais difícil a aplicação desta teoria, o que não invalida a sua utilização embora com restrições. Referimo-nos concretamente às seguintes questões:

- Há múltiplos interessados;
- Vários objectivos com várias dimensões (ex. qualidade em saúde);
- Problemas de medição da produção e de contribuição individual, visto que aquela é normalmente em equipa (grupo) e inter-relacionada;
- Motivação intrínseca dos diversos agentes – profissionais, gestores – dificulta a modelação e eficácia dos incentivos;
- Nos hospitais, marcados pela especialização e valores dos profissionais, a complexidade aumenta não apenas pela dificuldade de medir os contributos dos intervenientes na produção mas também porque a ética e desejo de *beneficência* estão sempre presentes.

A teoria da **escolha pública** (*public choice*) surge para “completar a análise dos fracassos de mercado ... com a análise dos fracassos do Estado” (Pereira, 1997). Estes traduzem-se, segundo este autor, em “ineficiência da administração pública, ausência de incentivos, ... rigidez institucional, permeabilidade à actuação de lobbies, etc.”.

Esta teoria, que pressupõe que os indivíduos agem economicamente – maximizando a sua utilidade –, analisou o comportamento de políticos, grupos de interesses e burocratas, tendo estudado as implicações no âmbito e na ineficácia do Estado – falhas de *accountability*; assimetria de informação; abuso do monopólio; formulação da estratégia (Precker, 2000, 2003).

Esta teoria concluiu que os burocratas actuam com oportunismo<sup>20</sup> e procuram maximizar o seu orçamento e poder (“*empire building*”), daí que o Estado cresça para além do desejável, e que os grupos de interesse consigam capturar recursos e rendas.

Os problemas na administração pública podem ser combatidos por estruturas adequadas, utilizando-se incentivos, contratação e governação – na saúde, e por exemplo, pela separação do pagador e do prestador e promoção da contestabilidade bem como por empresarialização dos hospitais.

Para a teoria da **provedoria** (*stewardship*) os gestores actuam no interesse dos accionistas, em alinhamento com os principais, demonstrando pelo seu trabalho diligente serem bons defensores da salvaguarda dos activos e do valor da empresa (Davis *et al.*, 1997).

Favorecendo esta teoria estão as pessoas que são doadores e exercem sem remuneração a gestão de instituições não lucrativas. Podemos também acrescentar a crédito desta teoria os inúmeros

<sup>20</sup> Uso de recursos e do poder que não se situam no quadro previsto nem visam o interesse público.

casos de exemplares servidores públicos que se encontram em todas as profissões e níveis de actuação.

Esta teoria explica bem a relação fiduciária que se estabelece entre os accionistas e os administradores (“*directors*”) por eles indicados, assim como alguns dos papéis principais do BOD (ex. serviço). A actuação como provedor supera em muito o dever do agente de lealdade com o principal e de diligência.

Esta teoria se levada ao extremo podia conduzir à eliminação genérica do BOD e ao controlo total das decisões pela gestão, o que os sucessivos escândalos de gestão em grandes empresas não parecem aconselhar.

Seguindo esta linha de pensamento nas situações em que a concentração de accionistas for muito elevada, por exemplo em empresas familiares ou públicas, o BOD pode ser dispensado por redundante (Turnbull, 1997).

A teoria da **dependência de recursos** vê a empresa como um sistema aberto, constituído por um conjunto de relações de poder baseadas na troca de recursos (Selznick, 1948).

A dependência do Meio para obter recursos críticos para o seu desenvolvimento gera incerteza, pode ameaçar a existência da Organização e limita a discricionariedade da gestão (Pfeffer e Salancik, 1978; Dwyer *et al.*, 1987; Scott, 1998).

A empresa necessita de obter recursos do seu Meio – mão-de-obra, materiais, recursos financeiros, organização e gestão –, o que cria dependência doutras organizações, por exemplo de fornecedores e investidores. Esta situação gera o desejo da empresa de gerir o relacionamento de modo a aumentar o seu poder e diminuir aquela dependência através de maior controlo sobre os recursos.

Assim a gestão procura gerir aquela dependência, reduzindo a incerteza e o risco inerente, bem como os custos de transacção envolvidos.

Por isso o papel do BOD seria constituído por três dimensões: gerir aquela dependência a favor da empresa – estratégia, capital relacional; fornecer o designado capital humano – legitimidade, experiência e aconselhamento, “*expertise*”; monitorizar o uso dos recursos – apoio para eficiência e para reduzir aquela dependência.

Na perspectiva da teoria **institucional** o meio ambiente exerce pressão sobre a organização no sentido desta actuar dentro das instituições, isto é leis, regulamentos e normas, e o Estado dispõe da capacidade e dos recursos para garantir a conformidade com aquelas instituições.

A empresa fica por isso mais limitada na sua capacidade de decisão e com menor flexibilidade, o que não será um problema se as instituições forem adequadas e as necessárias.

## 2.2. Conclusões

Da análise das teorias aplicáveis à governação extraímos as conclusões que se apresentam de seguida.

A teoria **neoclássica** concluiu que, na saúde, o mercado apresenta falhas que motivam o Estado a intervir, mas a produção pública tem também falhas.

Os hospitais acumulam problemas quer pela sua natureza e complexidade, quer pela governação e propriedade públicas. Por isso será importante garantir, em simultâneo, o bom funcionamento de:

- Regulamentação e regulação, económica e de qualidade;
- Governação e controlo do accionista, incluindo, naturalmente, orientações gerais para os hospitais e aprovação da estratégia e documentos de prestação de contas;
- Contratação de serviços, de acordo com um sistema adequado de financiamento e promovendo o pagamento de despesas de carácter social;
- Mercado “regulado”, que facilite a competição saudável, a inovação e a emergência de novas unidades e produtos;
- Difusão de informação, dentro das organizações e para o público, de modo a diminuir a assimetria existente e facilitar as escolhas de doentes e seus agentes, as comparações de *performance*, a investigação e os esforços de melhoria contínua em todas as unidades e hospitais;
- Evitar a selecção adversa, nomeadamente na admissão de profissionais e gestores, criando depois um ambiente que promova as melhorias de *performance* e evite o risco moral nos hospitais.

Da teoria da **agência** concluímos que para haver alinhamento entre o accionista e a gestão se deverá usar a solução sugerida pela teoria:

- a) Monitorização e controlo: externo e comum ao sistema de saúde (regulamentação, regulação, financiamento e contratação); governação e auditoria; sistema de controlo interno hospitalar;
- b) Contratos, implícitos com os profissionais e explícitos – em especial um contrato-programa entre o comprador e o hospital, detalhado depois pelas unidades deste, e um contrato de gestão entre o accionista e a gestão global, que possa ser replicável para a gestão intermédia e operacional;
- c) Incentivos para os gestores, com vista a evitar o oportunismo e a motivar ao cumprimento dos contratos que acabámos de referir.

A teoria dos **custos de transacção** permitiu-nos concluir:

- a) A importância de usar incentivos apropriados aos diversos intervenientes e aos objectivos visados pela empresa;
- b) Que os incentivos são mais difíceis de definir em situações de produção em equipa;
- c) Que a maior dimensão – por exemplo a resultante de integração de hospitais ou outras unidades – é susceptível de aumentar os custos e problemas devidos à assimetria de informação e, sobretudo, os custos de influência.

Conforme a teoria dos **direitos de propriedade** o direito do accionista ao resultado residual concretiza-se por alinhamento com a gestão, via incentivos e exercício de controlo.

Daí justificar-se que o accionista:

- i) Defina orientações gerais e depois prove a estratégia e documentos de prestação de contas nela suportadas, incluindo objectivos, económicos e outros relevantes;
- ii) Associe incentivos ao cumprimento do contrato de gestão, onde se incluem entre outros os aspectos referidos na alínea anterior;
- iii) Deixe à gestão a definição do ambiente e dos sistemas que irão cumprir a estratégia aprovada e as orientações gerais emanadas do accionista;

iv) Apoie, monitorize e avalie adequadamente o cumprimento do contrato de gestão.

A teoria dos **stakeholders** realçou a necessidade de considerar os múltiplos interessados no funcionamento e na *performance* do hospital e, em especial evidenciou que:

- a) A discricionariedade e a posição central da gestão (papel, poder/controlo directo) justificam controlo acrescido – através dos meios tradicionais mas também via regulação, informação pública, incentivos;
- b) Em especial será necessário prevenir as falhas de gestão pública, devido aos problemas específicos identificados na produção pública – multi-tarefas, múltiplos principais, fuga da gestão à *accountability* pública;
- c) É importante a gestão integrar os interesses e objectivos dos *stakeholders* mais relevantes através da estratégia e das decisões táticas, não apenas do accionista mas também dos doentes, da população e de outros serviços de saúde;
- d) A actuação da gestão deve ser consistente relativamente aos interessados e, relativamente aos internos, deve respeitar os seus valores;
- e) Há necessidade de a gestão ter actuação moral – legal, respeitadora dos valores e cultura – e consistente ao longo do tempo;
- f) As características que a estratégia deve ter, seja no processo através da gestão do ambiente e do relacionamento com os *stakeholders*, seja nas dimensões a considerar – recursos, estrutura da indústria e posicionamento externo, configuração político-social, devem merecer a maior atenção.

Da teoria da **escolha pública** concluímos que os burocratas agem por vezes com oportunismo e procuram o aumento contínuo de recursos (orçamento), o que facilita a captura de recursos e “rendas” pelos grupos de interesses e a ineficácia da Organização pública.

Na empresa pública é possível diminuir o oportunismo e melhorar os resultados globais, através de incentivos, de contratação e de mecanismo de governação. Impõe-se controlo adequado pelo accionista – com maior proximidade e não direcção centralizada, distante da empresa e anónima –, despolitização de cargos e decisões e mecanismos de acompanhamento, de motivação e de controlo (auditoria, avaliação) a funcionar plenamente.

A teoria da **fixação de objectivos** demonstrou a importância de fixarmos à gestão global objectivos exigentes – compreensivos, bem definidos, explicitados sem equívocos – e de promover a sua replicação para os restantes níveis.

A teoria da **provedoria** explica bem a relação fiduciária dos membros do CA, perante os accionistas, e os seus papéis principais. O accionista deve procurar gestores competentes que acumulem com vocação de provedores sempre que possível, agindo porém como se não houvesse tais características nas organizações públicas.

A teoria da **dependência de recursos** mostra-nos a importância decisiva da estratégia e da relação com o Meio para o sucesso, bem como o papel da gestão como fornecedor de capital humano e relacional e controlador do uso dos recursos.

A teoria **institucional** evidencia as limitações que as instituições colocam à gestão, na flexibilidade e capacidade de decisão, o que aconselha à redução da profusão de leis e regulamentos em vigor.

Em suma justifica-se a produção pública dentro de um ambiente externo que previna falhas do Estado: regulação e mercado *regulado*, incluindo contratação de serviços, ampla difusão de informação, acompanhamento e controlo externo das organizações para melhor resultado global para a sociedade. Deverão ainda estabelecer-se contratos com a gestão, para prevenir e limitar os problemas de agência e obter cooperação plena com os objectivos do accionista, onde se incluirão objectivos quantificados, especificação da forma de medir os resultados e as consequências que lhes estão associadas, incluindo incentivos. Esses contratos devem ser replicados da gestão de topo para a restante gestão e para os profissionais, não necessariamente com a mesma forma, instrumentos e consequências. Tudo isto dentro dos princípios e valores que caracterizam a gestão pública.

Assim se combaterá o oportunismo da gestão, a tendência para aumento contínuo de recursos e para decisão burocrática orientada para os profissionais e para a satisfação de interesses de grupo, e se criarão as condições para efectiva prestação de contas e para actuação conjunta de melhoria contínua de recursos, processos e resultados.

## Capítulo III- Governação e Gestão nas Empresas

### 3.1. Introdução à análise nas empresas

No capítulo anterior efectuámos uma breve abordagem às teorias da governação. Propomo-nos agora analisar mais de perto o que se passa nas empresas privadas, no que respeita a esta temática.

Começamos pela análise da governação e da gestão, seu enquadramento e interacção, características e papéis, para depois abordarmos mais detalhadamente os mecanismos de controlo, interno e externo, e os sistemas de incentivos.

Em nossa opinião esta digressão pelas empresas justifica-se plenamente.

Primeiro foi nas empresas que a governação e a gestão se desenvolveram, incluindo os seus sistemas, instrumentos e mecanismos característicos, antes de serem objecto de adopção e adaptação pelas entidades do sector público.

Depois, os hospitais EPE têm o estatuto de empresa, embora pública e de natureza social, aspirando a aplicar soluções semelhantes, desde que permitam a melhoria da sua *performance* sem ferir o seu carácter e finalidades especiais.

Importa ainda compreender o enquadramento, os conceitos e as boas práticas de governação e gestão das empresas de modo a obter fundamentação sólida para as propostas e o trabalho empírico a desenvolver nesta dissertação.

Finalmente a análise das características e limitações dos mecanismos de controlo das empresas, incluindo a avaliação e os incentivos, permitirá extrair conclusões sobre a sua aplicabilidade aos hospitais EPE e quais as adaptações que se justifica introduzir.

### 3.2. Características e boas práticas de governação

O controlo da gestão da empresa exerce-se através de vários mecanismos, internos e externos. A governação em sentido estrito, *Board of Directors* (BOD), assume um papel especial nesse controlo, motivo por que optámos por análise individualizada neste ponto.

Começamos por identificar as boas práticas de governação, depois analisamos o enquadramento da gestão e os seus papéis para finalmente extrairmos conclusões sobre a governação e a gestão.

Neste caminho iremos recorrer a diversas fontes, em especial a doutrina, os resultados de estudos empíricos, recomendações de instituições externas, por exemplo códigos de boa prática, as posições de autores consagrados.

#### 3.2.1. Um relance sobre as teorias

Na teoria da agência, a governação visa solucionar o problema criado pela separação dos detentores do capital (por ela representados) e a gestão, que controla a empresa directamente. O



problema de agência traduz-se em a gestão: não actuar no interesse dos accionistas – *free-ridding*/omissão de acções; actuar no próprio interesse – regalias exageradas, querendo manter-se no poder; ser incompetente – provocando resultado inferior ao desejável e risco superior. Inclui ainda a tendência da gestão para expandir a organização para além do desejável económica e socialmente.

A governação, como solução geral para aquele problema, tem quatro componentes: legislação e regulação; mercado de produtos; aquisição hostil; mecanismos internos de controlo, onde se inclui o BOD. Para uma análise mais detalhada daquela solução ver, no anexo 1, os quadros nº 3.1 e 3.2.

Assim para a teoria da agência, a dificuldade de os accionistas observarem e monitorizarem a gestão ultrapassa-se pela actuação de um BOD que, integrado noutros mecanismos de governação, actua como instrumento de controlo interno e garante do cumprimento da estratégia aprovada<sup>21</sup>.

A teoria dos *stakeholders* enfatiza também as funções de estratégia e de controlo, alargando os beneficiários (restantes interessados na empresa) do resultado global da empresa e prescrevendo actuação ética, de cumprimento da lei e de responsabilidade social.

A teoria da provedoria vê o BOD, que tem o dever fiduciário de actuar no interesse dos accionistas, no apoio à gestão, complementando a sua acção na preservação dos activos, actuando como guardião dos valores da empresa, aconselhando-a na actividade corrente e na estratégia – fazendo valer o seu conhecimento de peritos na área operacional e a informação interna privilegiada sobre a empresa (*insiders*) ou o conhecimento da indústria e do meio em que a empresa se insere (*outsiders*) (Davis *et al.*, 1997; Sundaramurthy e Lewis, 2003).

Abrimos aqui um pequeno parêntesis para frisar que há dois tipos de membros do BOD: gestores e outros elementos que integram a empresa (*insiders*); pessoas do exterior (*outsiders*), a maioria das vezes em *part-time* e como não executivos, por vezes em representação de outros *stakeholders* (ex. trabalhadores, comunidade).

A teoria da dependência de recursos defende que a *performance* da empresa aumenta pela actuação do BOD ao fornecer recursos:

- a) Capital humano, através da experiência, da *expertise* e do aconselhamento à gestão, para o que os elementos a recrutar terão que possuir requisitos pessoais, competência, experiência e qualificação adequadas;
- b) Capital relacional:
  - i) Através da comunicação com o exterior reduzir a dependência de contingências externas e obter recursos críticos para o desenvolvimento da empresa – informação, relacionamento com parceiros envolvidos na produção e distribuição, capital;
  - ii) Servir como elemento de ligação na empresa, moderador e difusor de inovações (Pfeffer, 1972; Zahra e Pearce, 1989; Goodstein *et al.*, 1994; Stiles e Taylor, 2000; Hilman e Dalziel, 2003; Daily *et al.*, 2003).

Chegamos assim a uma primeira aproximação das funções do BOD:

- Assegurar o cumprimento da estratégia;
- Fornecer capital humano e relacional, apoiar a gestão (conselho, *expertise*);

<sup>21</sup> Trata-se de «*escrutar, avaliar e regular acções da gestão de topo*» (Hilman e Dalziel, 2003).

- Controlar a gestão, preservar os activos e a cultura/valores da empresa.

Antes de passarmos à especificação dos recursos, processos e produtos do BOD justifica-se definir alguns conceitos para melhor compreensão do texto; é o que se pretende com a caixa seguinte.

### Caixa N° 3.1: Conceitos de governação e gestão

#### Governação empresarial (sentido amplo)

«*Todas as influências que afectam os processos institucionais ...*», (Turnbull, 1997), incluindo os «*mecanismos que orientam o comportamento dos gestores e delimitam a discricionariedade da sua liberdade de acção*», (Charreaux, 1997), e o «*processo pelo qual as organizações são compelidas a responder aos direitos e desejos dos stakeholders*» (Demb e Neubauer, 1992).

#### Governação empresarial (sentido estrito)

«*Processo em que se definem objectivos estratégicos, se mantêm relações chave, a saúde da organização é salvaguardada, e se presta contas para melhor performance*», (Institute of Governance, 2008), que engloba a «*estrutura e funcionamento do BOD*», (Turnbull, 1997), a «*regulação, supervisão, ou acompanhamento da performance e da conduta da empresa*», (Letza, 2008), e «*questões relacionadas com o BOD, tais como a interacção com a gestão de topo, e o relacionamento com os accionistas, auditores e reguladores da empresa*» (Tricker, 1994).

#### Gestão

«*Gerir é conduzir e fazer funcionar o negócio... governação é ver se ele é bem conduzido*», (Tricker, 1984), a gestão sendo no essencial acção executiva é um «*subconjunto da governação*» (Turnbull, 1997). Podemos por isso afirmar que a gestão se traduz num conjunto de processos de actuação sistemática orientados para concretizar os objectivos organizacionais através das funções e dos papéis desempenhados pelas pessoas com responsabilidades de gestão, nos níveis estratégico, tático e operacional (ou função equiparada, ex. grupo de trabalho, comissão).

#### Funções e papéis de gestão

Funções são processos através dos quais a gestão desenvolve a sua acção (*o que faz*) para atingir o resultado visado. São funções genéricas de gestão: planear, organizar, liderar e controlar.

Papéis são conjuntos organizados de comportamentos da gestão (*como faz*). São: interpessoais (líder, relação, figura de proa); de informação (receptor, disseminador, transmissor); de decisão (empreendedor, negociador, distribuidor de recursos, *solucionador* de conflitos) (Mintzberg, 1980).

### 3.2.2. Recursos, processos e produtos de governação

Quatro motivos principais justificam a existência do BOD: representação dos accionistas e ligação à gestão; solução para problema de agência; imposição da lei para as empresas poderem funcionar; utilidade para os *stakeholders*.

O BOD actua como ligação formal aos accionistas e à gestão, a qual terá que conduzir o dia-a-dia da organização (Mintzberg, 1983; Monks e Minow, 1995). Para além da defesa do interesse dos accionistas, o BOD deve velar pela sustentabilidade futura da empresa, de modo a satisfazer os “direitos” dos interessados. A importância desta missão fica mais visível quando há falhanços claros da governação, quer se traduzam em falências ou graves desvios das suas responsabilidades social e ambiental, pelas consequências nefastas para os clientes, para os trabalhadores e para a comunidade.

O BOD é a solução de mercado para o problema de agência nas empresas; existe mesmo quando há concentração de accionistas, o que explica por que existe onde a lei não o requer (ex. sector não lucrativo) e por que alguns BOD têm dimensão superior ao requerido, representando o «*vértice do*

*sistema de controlo da empresa»* (Fama e Jensen, 1983). O BOD deve constituir a instância permanente de definição, avaliação e controlo da empresa e, concomitantemente, de defesa e promoção dos interesses e do quadro de valores dos accionistas e restantes *stakeholders*, superando a presumível desigualdade de preparação e informação destes perante a gestão de topo (CEO).

A lei e a regulação impõem a existência de um BOD com determinadas características. O que se deve à convicção de que a *«efectiva superintendência de uma organização excede as capacidades de qualquer indivíduo e que o conhecimento e decisão colectivos são mais adequados para esta tarefa»* (Forbes e Milliken, 1999).

O BOD infunde confiança a diversos interessados (ex. credores) pela função de controlo e pela disponibilização de recursos com que reduzem a incerteza e aumentam o resultado da empresa (Hermalin e Weisbach, 2003). A importância do BOD decorre mais da sua influência sobre os restantes constituintes do que sobre a gestão (Pfeffer, 1972).

Importa sublinhar que não há um único tipo de governação – idêntica nas suas características, processos e práticas –, verificando-se uma variação significativa nos diferentes países e nas diversas indústrias, em função do contexto em que a empresa funciona.

Os principais factores a considerar no contexto externo são: sistemas legais, de regulação, fiscais, financeiros e contabilísticos; meio ambiente, principalmente em aspectos de economia, vida social e cultura, vivência sindical e ambiental; características da indústria em que se insere; actividade política, social, dos *media* e de *lobbies*.

No contexto interno será de incluir, nomeadamente: dimensão da empresa e seu ciclo de vida; grau de concentração de accionistas e sua acção (passivos/activos); características da gestão de topo (capacidades, experiência, estilo); complexidade das operações da empresa (internas e externas).

Assim, as responsabilidades da governação e, sobretudo, o relevo e importância que cada uma delas assume, terão que variar e, por isso, também a sua estrutura e recursos. Vimos que havia consenso em torno da necessidade das funções de controlo, serviço e estratégia, embora o seu conteúdo na literatura nem sempre seja o mesmo.

A maioria dos autores inclui na função de controlo dos BOD: recrutar o CEO, determinar a sua remuneração, avaliar o seu desempenho e *performance*, controlá-lo ou despedi-lo; aprovar as decisões mais importantes, ou drásticas, submetidas pelo CEO; velar pela preservação de activos e valores.

A função de controlo é preventiva, para evitar comportamentos e acções da gestão, mas também positiva, encorajando a gestão a tomar certas medidas e a aproveitar determinadas oportunidades (Murphy e McIntyre, 2007). Os custos de agência terão então uma componente activa – custo associado às decisões tomadas pela gestão que vão contra os interesses dos accionistas – e uma passiva – custo de oportunidade das decisões não tomadas que favoreceriam os accionistas.

Na função serviço há consenso quanto ao aconselhamento e opinião de perito, sobretudo em acontecimentos *major*, por ex., reestruturação, aquisição de empresas (Forbes e Milliken, 1999).

Na estratégia aceita-se como conteúdo gerar e analisar estratégias alternativas<sup>22</sup>, sendo certo que nesta área a sobreposição de funções com a gestão pode ser significativa.

---

<sup>22</sup> Forbes e Milliken (1999) incluem estas tarefas na função serviço.

As responsabilidades do BOD variaram ao longo do tempo<sup>23</sup> e nos diversos contextos, como já referimos, pelo que é arriscado tentar arrolá-las. Apesar disso discriminamos no quadro nº 3.3 as actividades que deveriam, em nossa opinião, ser incluídas em cada uma das três funções.

**Quadro Nº 3.3: Actividades do BOD nas três funções**

<b>Serviço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Representar a empresa e defender a sua imagem/credibilidade;</li> <li>–Servir de ligação e de motivador interno para o cumprimento das metas e objectivos;</li> <li>–Aconselhar na formulação de alternativas, estratégias e decisões mais drásticas;</li> <li>–Formular políticas, orientações e normas comportamentais, se necessário para defesa da conformidade ou da promoção da cultura e dos valores da empresa (para diminuir a impressão de conflito com as competências da gestão de topo);</li> <li>–Relacionar-se com o exterior, reduzindo a incerteza e garantindo os recursos necessários.</li> </ul>
<b>Controlo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Controlar a execução dos planos, orçamentos e objectivos globais;</li> <li>–Nomear, remunerar, monitorizar e avaliar a <i>performance</i> da gestão de topo e a do BOD;</li> <li>–Acompanhar e avaliar a <i>performance</i> da empresa;</li> <li>–Analisar propostas do CEO, de maior importância e drasticidade, emitir opinião e aprová-las;</li> <li>–Garantir o cumprimento da lei e dos valores da empresa, prestando contas perante os accionistas, outros <i>stakeholders</i> e o público em geral;</li> <li>–Controlar o sistema de informação e sua adequação às necessidades correntes mas também à prestação de informação de qualidade (<i>reporting</i> para accionistas, <i>stakeholders</i> e público em geral); (para diminuir a impressão de conflito com as competências da gestão de topo)</li> <li>–Escrutinar a gestão de risco da empresa, vigiar o sistema de controlo interno e acompanhar as medidas que visam a preservação dos activos.</li> </ul>
<b>Estratégia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Participar na formulação da estratégia (definição/revisão da missão, visão, objectivos estratégicos e valores) e na sua transposição para planos, orçamentos e objectivos anuais;</li> <li>–Motivar a gestão à concretização dos planos e objectivos;</li> <li>–Monitorizar a concretização da estratégia, incluindo rever planos e objectivos.</li> </ul>

Os quadros nº 3.4 e 3.5, no anexo 1, descrevem as responsabilidades, os deveres, (Institute of Governance, 2002), e as funções do BOD (Raposo, 2007).

As práticas «*definem como as funções ou as tarefas são exercidas no contexto organizacional onde ocorrem*», por exemplo a condução dos trabalhos e das reuniões do BOD (Raposo, 2007).

O relacionamento entre o BOD e a gestão de topo foi tratado na literatura com a importância decisiva que tem. Entre a submissão total e o conflito permanente, pelo exercício pleno de funções e pelo cumprimento exemplar das responsabilidades, não sobra outra opção que não seja uma parceria determinada por divisão de poderes, complementaridade e colaboração actuante, perante o grau de dificuldade das funções de ambos e por ponderação do interesse dos accionistas e restantes interessados, incluindo a gestão e a governação.

Para o desempenho das suas actividades o BOD tem recursos que são aplicados em processos para obter determinados produtos. A *expertise* e a experiência de cada membro (requisitos) e o *match* que representam no grupo (complementaridade) são os aspectos mais importantes. O quadro seguinte resume as qualidades e comportamentos requeridos.

<sup>23</sup> Após os escândalos e falhanços mais mediatizados (ex. Enron) verificou-se propensão para maior intervenção do BOD.

**Quadro Nº 3.6: Qualidade e comportamentos requeridos ao BOD (Petrovic, 2008)**

Qualidades	Comportamentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar preparado e informado/ter conhecimento e compreensão do negócio da empresa;</li> <li>- Conhecimento das competências e capacidades dos outros membros;</li> <li>- Compreensão do contexto externo da empresa;</li> <li>- Sensibilidade estratégica e capacidade para “ver para além do horizonte”;</li> <li>- Reputação profissional, expertise e experiência;</li> <li>- Competências interpessoais e de comunicação;</li> <li>- Motivação e comprometimento com a empresa e responsabilidade individual de concretizar os objectivos;</li> <li>- Desejo de se comportar de determinada forma e exibir certas qualidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar abertamente, mesmo que o diálogo provoque desconforto;</li> <li>- Questionar e desafiar os pressupostos e aquilo em que outros acreditam;</li> <li>- Comunicar frequentemente (ex. reuniões regulares, participação) contribui para uma visão comum e confiança na <i>expertise</i> e julgamento dos outros bem como na partilha de expectativas;</li> <li>- Participar activamente nas discussões, contribuindo com ideias e soluções construtivas leva a um maior conhecimento e competências de todos;</li> <li>- Considerar cuidadosamente as alternativas na decisão;</li> <li>- Dedicar tempo suficiente ao papel (ler antecipadamente a documentação e informação disponibilizada);</li> <li>- Mostrar iniciativa a obter informação relevante em questões do BOD.</li> </ul>

Os BOD mais eficazes caracterizam-se por altos níveis de atracção individual (coesão) e de “discussão quanto à tarefa” (conflito cognitivo<sup>24</sup>) (Forbes e Milliken, 1999). Daí que possamos afirmar serem tão importantes a experiência e os conhecimentos técnicos, como o são as capacidades relacionais, de ouvir, de aprender e trabalhar em grupo.

Na literatura a análise dos recursos, basicamente capital humano e relacional, assenta em diversas variáveis incluindo a composição, características e estrutura. O mesmo se pode afirmar relativamente aos processos do BOD, conforme quadro seguinte.

**Quadro Nº 3.7: Recursos e processos do BOD**

<b>Composição</b>	Dimensão, <i>mix</i> de membros – da empresa, “ <i>outsiders</i> ” e representantes doutros <i>stakeholders</i> .
<b>Características</b>	<i>Expertise</i> e experiência dos membros, interesses na empresa – deter acções, ter ligação a accionistas ou à gestão.
<b>Estrutura</b>	Organização, papel das comissões (integradas por membros do BOD e outras), liderança do BOD (vs CEO), fluxo de informação programado com os accionistas, público, comissões.
<b>Processos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões do CA (frequência, duração e normas do grupo);</li> <li>- Tipo de discussões (preparação e difusão de informação, discussão crítica – grau de abertura e interacção) e de decisões (consenso, unanimidade);</li> <li>- Como se processa a avaliação da organização, do funcionamento do BOD, dos seus membros e da gestão de topo;</li> <li>- Formulação e revisão da estratégia (participação, decisão);</li> <li>- Estilo e forma de abordagem das função controlo e representação;</li> <li>- Formação e desenvolvimento dos membros do BOD;</li> <li>- Relação com a gestão de topo e aconselhamento, sobretudo em fases e decisões críticas.</li> </ul>

<sup>24</sup> Debate “construtivo” dentro do BOD e com a gestão (Dalton e Dalton, 2006).

Note-se ainda que existem outros elementos estruturais que influenciam a actividade do BOD mas que podem ser considerados como restrições ou variáveis de contexto, como sejam a legislação e regulação, os regulamentos e o código de conduta da organização.

Basicamente há dois modelos de governação: o Alemão com dois órgãos (*Managing Board, Supervisory Board*) e elevada concentração de accionistas (ex. bancos e seguradoras); o Anglo-Saxónico, apenas com um órgão (*BOD*) e suposta<sup>25</sup> dispersão de accionistas.

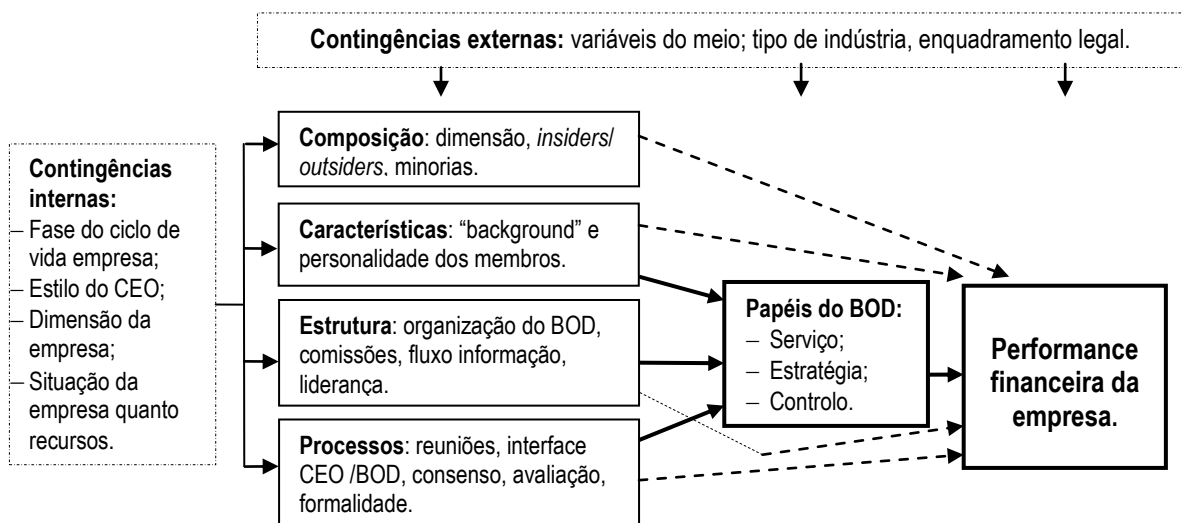
A maioria dos autores procurou relacionar a *performance* da empresa com os recursos, a designada «*abordagem demografia-resultados*» (Forbes e Milliken, 1999). Só recentemente a atenção se voltou para a dinâmica do grupo (BOD e seus processos) e sua influência naquela *performance*. As variáveis mais usadas têm sido: normas de grupo; conflitos cognitivos; uso de capacidades e conhecimentos dos membros do BOD (Forbes e Milliken, 1999; Petrovic, 2008; Hermalin e Weisbach, 2003).

Discutiram-se os efeitos da maior ou menor dimensão do BOD, da sua independência – baseada na % de “*outsiders*” e no pressuposto de que os *outsiders* eram independentes da gestão – e contributo para os processos do BOD. De igual modo foi analisada a relação entre os recursos e processos do BOD e a *performance* da empresa, como adiante veremos.

O BOD responde pelos resultados e em primeiro lugar perante os accionistas que o elegeram. Não obstante, na sua actividade deverá levar em conta e integrar os interesses e objectivos dos *stakeholders* principais. Visto que a importância dos trabalhadores e do capital intelectual para o sucesso das empresas é cada vez maior, (Dennis, 2000; Bradley *et al.*, 2000; Rajan e Zingales, 2000), essa evolução tende a deslocar as preocupações da gestão e o poder dos accionistas para outros *stakeholders*. O diagrama nº 3.1, no anexo 1, fornece uma boa aproximação ao contexto em que o BOD actua.

No diagrama seguinte apresentamos um modelo que descreve os atributos e funções do BOD.

**Diagrama Nº 3.2: Atributos e funções do BOD (Zahra e Pearce, 1989)**



<sup>25</sup> A dispersão de accionistas, onde assenta o controlo e a visão da agência, perdeu aderência à realidade com a multiplicação de *raids* de grandes fundos financeiros (ex. KKR) e com o aumento de participação em empresas dos fundos de pensões.

Os produtos do BOD são essencialmente de natureza cognitiva, visto que não se envolve directamente nas actividades (ex. concretizar a estratégia) (Forbes e Milliken, 1999).

Se uns têm uma configuração física muito visível – ex. políticas e orientações gerais, código de conduta – e doutros fica o rasto das suas consequências (ex. nomeações), em muitas situações há mera comunicação (ex. relacionamento com a gestão) a qual aumentará o conhecimento (no interior) e melhorará a reputação e a credibilidade da empresa no exterior. Noutros casos, trata-se de contribuir para um clima social mais favorável à melhoria de resultados, como seja um ambiente de abertura e respeito mútuo, de colaboração e orientação para resultados. Por isso a relação entre os produtos e a *performance* da empresa não será fácil de estabelecer.

Também não surpreende que, por regra, a avaliação do BOD ou não seja feita ou incida essencialmente na efectividade da realização das suas tarefas (actividades), na organização interna e no ambiente interno vivido (coesão e abertura).

### 3.2.3. Lições da prática de governação

As conclusões de estudos empíricos e a análise das falhas de governação podem contribuir para a compreensão dos seus fundamentos e explicar as diferenças de posição nas teorias.

Até que ponto os estudos empíricos realizados confirmam, ou não, a teoria sobre a governação?

Zahra e Pearce (1989) analisaram diversos estudos e concluíram:

- a) A gestão acaba por dominar o BOD porque influencia a sua constituição (“*creatures of the CEO*”), (Patton e Baker, 1987), lidera a governação (CEO é *chairman*) e controla a informação que o BOD recebe, que é muitas vezes inadequada (Aram e Cowen, 1983);
- b) O BOD funciona de modo inadequado, por exemplo, com reuniões irregulares e pouco frequentes e com análises superficiais, e mais para ratificar (*carimbador*) as decisões da gestão (Nader, 1984; Perham, 1983);
- c) BOD falha na avaliação da *performance* da gestão e das suas decisões (Fleischer *et al.*, 1988; Loevinger, 1986);
- d) Evidência do papel de serviço é forte mas equívoca, tendo falhado em desenvolver códigos de conduta para a gestão e em fazer reflectir a mudança dos valores da sociedade na empresa (moldar a identidade corporativa), porque não tinham o poder necessário para efectuar as mudanças no papel da empresa (Leibowitz, 1978);
- e) BOD tem papel muito limitado na estratégia onde seria muito importante (Henke, 1986).

A partir da análise de diversos estudos Forbes e Milliken (1999) concluem:

- a) Os BOD actuais incluem “*outsiders*”, sem filiação à empresa, que trabalham em *part-time* e têm exposição limitada aos assuntos da empresa, que funcionam episodicamente (7 vezes por ano) e gastam menos de 2 semanas por ano no BOD (Monks e Minow, 1995);
- b) Têm em média 13 membros, (Monks e Minow, 1995), enquanto os grupos de gestão têm entre 5 e 9 membros (Eisenhardt e Bourgeois, 1988);
- c) O BOD é «*grupo grande, interdependente, de elite e de decisão que desenvolve tarefas complexas relacionadas com aspectos estratégicos... susceptível a “perdas de processo” (dificuldades que impedem os grupos de atingir máximo potencial) ... eficácia do BOD depende*

*de processos sócio-psicológicos – participação e interacção de grupo, troca de informação e discussão crítica».*

Ong e Lee (2000) citam vários estudos (Juran e Louden, 1966; Koontz, 1967; Bacon, 1973; Louden, 1982; Epstein, 1986) e concluem o seguinte: algumas responsabilidades de controlo e serviço do BOD não são efectivamente desempenhadas, como seja avaliar a *performance* do CEO, melhorar a reputação da empresa e aconselhar a gestão; embora a teoria preveja que seja o BOD a recrutar os executivos, passa-se o contrário.

Alguns autores não se coibiram de criticar fortemente os BOD:

- «*Em cada falhanço de negócios de uma grande empresa nas últimas décadas, o BOD foi o último a compreender que as coisas estavam a correr mal ...os BOD não funcionam*» (Drucker, 1974; Drucker, 1992b).
- O BOD tradicional é um «*grupo incompetente de indivíduos competentes*» (Carver, 2002);
- «*BOD têm sido grandemente irrelevantes ao longo da maior parte do século XX*» (Gillies, 1992);
- Os BOD foram mesmo rotulados de “*ornamentos*” (Mace, 1971).

Embora estas conclusões e críticas representem um quadro algo pessimista da governação, importa referir que os estudos abrangeram um período de pouca exigência para o BOD – situação que mudou<sup>26</sup> após os falhanços de governação e a publicação de legislação e de códigos de boa prática no início do século XXI. Aquele quadro seria menos grave em empresas com elevada concentração accionista e em que a gestão actua de acordo com a teoria da provedoria.

A situação será especialmente grave onde se verificar coincidência com os problemas que estiveram na origem dos falhanços e escândalos de governação o que, aparentemente, se verifica em várias áreas de actuação, como veremos de seguida.

Os falhanços de governação empresarial foram devastadores para a confiança em geral e para investidores<sup>27</sup>, empresas, trabalhadores e clientes. Vários casos ilustram esta situação: i) em 2001 nos EUA, Enron, WorldCom, Global Crossing, Arthur Andersen, na Austrália, HIH e One Tel; ii) em 2002 nos EUA, Xerox e Tyco; iii) em 2003, na Holanda, Ahold, e na Itália a Parmalat.

Também a grave crise que atinge os países de quase todo o mundo (em Agosto de 2010), iniciada na área financeira e nas bolsas com os agora designados activos “tóxicos”, tem as suas raízes em teorias inapropriadas e é também uma das suas consequências (Ghoshal, 2005).

Robbins (2006) classifica os falhanços empresariais em:

- Técnicos: princípios e regras contabilísticas; responsabilidade e *accountability* dos auditores; responsabilidade e *accountability* do BOD;
- Políticos: conflitos de interesse e transparência empresarial; instituições de regulação e responsabilidade prudencial; papel desempenhado por interesses de sectores, influência e política;
- Culturais: qualidade global da governação; ética empresarial e lei.

<sup>26</sup> De «*prestigiado passatempo para um esforço sério e de grande responsabilidade*» e de 100 horas/ano (1999) para quase 200 (2002), (McRitchie, 2002), [www.corpgov.net/news/news.html](http://www.corpgov.net/news/news.html).

<sup>27</sup> Por ex., o Dow Jones passou de 10632 pontos em 19/3/2002 para 7286 em Outubro (seja menos 31,5%).



Leung e Cooper (2003) explicam aqueles falhanços e referem os seus aspectos comuns:

- i) Oportunismo dos administradores (“*directors*”) e dos gestores, com actuações no seu próprio interesse que minam os mecanismos de governação – por ex., conflito de interesses, grandes ganhos com resultados fracos da empresa, não exercício dos deveres de governação;
- ii) Quebra de transparência e integridade da medição da *performance* e da retribuição da gestão, incluindo manipulação de informação e de normas contabilísticas e fraude;
- iii) Falha do controlo externo por reguladores e auditores.

Aparentemente os problemas explicam-se com a violação de várias regras essenciais de governação – prestação de contas, transparência, integridade, eficiência. Os actores que facilitaram os problemas foram: um BOD disfuncional, por vezes distraído, conivente ou não actuante; gestores adeptos do uso dos novos veículos financeiros e da designada “contabilidade criativa”; auditores e comissões de auditoria susceptíveis à influência da gestão, desatentos quanto a falsas transacções (para inflacionar receitas) e à distorção de valores (por ex. registo de despesas como investimentos).

Muitos dos falhanços têm a sua raiz na emergência de ideologias que vêem o interesse dos accionistas como o fim único da empresa, em detrimento dos trabalhadores e de outros interessados, e que transformou o CEO em herói e salvador das empresas. Os problemas aconteceram em culturas complacentes com o secretismo, a violação de regulamentos, a quebra da separação de funções e poderes – entre as funções do CEO e da governação, entre o papel da auditoria interna, da comissão de auditoria e o CEO –, a aplicação “contingencial” de normas de conduta e a adaptação “flexível” da informação, no registo e tratamento.

Um factor crítico foi certamente o alinhamento errado dos seguintes aspectos:

- Desvalorização do papel do BOD e poder quase absoluto ao CEO, atribuindo-lhe a missão de aumentar o valor de mercado da empresa a curto prazo e desvalorizando os objectivos de qualidade e de longo prazo (ex. desenvolvimento das pessoas);
- Incentivos que privilegiam os resultados de curto prazo, ligados ao preço dos activos que lhe foram atribuídos, acções ou opções, mecanismo por vezes reforçado com incentivos em moldes idênticos ao BOD, que se conformará com a *boa performance* antecipada (desejada) da gestão e com um menor papel de controlo;
- Inexistência de avaliação da gestão ou, confundindo-a com a *performance* da empresa, através de um reduzido número de critérios financeiros – facilmente manipuláveis pelos incentivados;
- Clima organizacional que facilita a amoralidade, subalterniza a ética e sacrifica a sustentabilidade futura aos resultados imediatos.

Quanto às soluções há que lembrar que o simples aumento de regras (legais, de regulação) pode ser contraproducente, na medida em que diminua as acções de *entrepreneur* ou que venha a gerar maior aversão ao risco pela gestão (e pelo BOD), menor rapidez de resposta e de inovação. Maior preocupação com o cumprimento das regras que com resultados de curto e longo prazo, na perspectiva dos accionistas e outros interessados, geraria porventura BOD com «*cérebro de cortador de relva e travões de Rolls Roice*».

Assim um *mix* de medidas parece fazer sentido:

- Aumento de regulação, maior transparência e prestação de informação, na medida em que não provoquem consequências negativas como sejam o mero cumprimento de regras e o aumento do custo da informação;
- Maior exigência na selecção de elementos para a governação e para a gestão; conhecimento, capacidade, experiência e integridade são requisitos essenciais – segundo Dalton e Dalton (2006) os BOD mais eficazes são os compostos por indivíduos que têm e agem com integridade;
- Reforço da ética (código de conduta), da responsabilidade social e para com *stakeholders* – por exemplo, pode admitir-se um representante não executivo para o BOD, com excepção de trabalhadores em empresas com corporativismo marcante;
- Auditoria externa nas diversas áreas e interna (autónoma), escrutinando a qualidade da informação e verificando o grau de adesão às boas práticas – de governação e gestão, operacionais, financeiras;
- Avaliação adequada da *performance*, incluindo diferentes objectivos e variáveis, com ligação a incentivos, com efeito moderado e ligação também a resultados de mandato.

#### 3.2.4. Boas práticas de governação

A qualidade da governação é importante para os accionistas – particularmente para os que têm participação e influência diminutas (sem representação no BOD) – e restantes *stakeholders*.

A confiança nos mercados, nas empresas e na sua governação, são elementos essenciais ao funcionamento da economia actual, que está cada vez mais globalizada e a necessitar de regulação. Para além desses motivos também os falhanços e escândalos de governação compeliram o Estado e outros reguladores a estabelecerem regras a que a governação e gestão estão sujeitas. De modo semelhante no que respeita à emissão de recomendações e outras normas de cumprimento voluntário prescrevendo princípios e regras para o que se designa por “boa governação”.

O fim do século XX e o princípio deste foram especialmente férteis na publicação de códigos de governação, uns globais, outros específicos para a governação empresarial.

Essas medidas não obstaram à repetição alargada dos falhanços e escândalos o que, em nossa opinião, se deveu aos seguintes motivos:

- i) Manter o sistema de retribuição da gestão de topo<sup>28</sup> e do BOD, irracional pela dimensão dos seus valores variáveis e que fomenta a manipulação de informação e outros comportamentos imorais/amorais;
- ii) Orientação para o curto prazo e para a maximização de valor de mercado da empresa, com foco apenas nos accionistas;
- iii) A experiência anterior dos BOD e a cultura dominante nas empresas não permitiu a rápida mudança dos papéis da governação, que apesar de positiva foi insuficiente;
- iv) A irresponsabilidade de alguns governos que desmontaram os mecanismos de regulação nalgumas áreas (ex. bancos de investimento).

---

<sup>28</sup> Por exemplo, Oliver (2000) cita a revista *Forbes* que escreveu que, no ano anterior, doze CEO foram recrutados cada um com pacote global de remuneração anual de 100 milhões de USD dólares.

Note-se ainda que alguns autores anteciparam a crise actual (2007/2011?): “mercados baseiam-se em regras e leis ...(que) dependem da verdade e da confiança. Escondam a verdade ou corroam a confiança, e o jogo fica tão inseguro que ninguém o quer jogar” (Handy, 2002); Lazonick (2000) que afirmou que foi substituída a prática normal nas empresas de “reter lucros e investir” por “reduzir (downsizing) e distribuir”, traduzindo uma visão de curto prazo que compromete o desenvolvimento económico.

O quadro nº 3.8 apresenta os princípios de governação geral do *Institute of Governance*. Cada um dos princípios está discriminado em critérios de boa governação como podemos ver, de modo resumido, no quadro nº 3.10 constante do anexo 1.

**Quadro Nº 3.8: Princípios de governação (Institute of Governance, 2008)**

1. <b>Legitimidade e voz:</b> o sistema de governação inspira confiança nos seus processos e resultados, e fornece voz adequada para os membros e <i>stakeholders</i> . As decisões são baseadas em orientação para o consenso.
2. <b>Performance:</b> o sistema tem bom desempenho, conduzindo a decisões apropriadas que respondem aos interesses dos membros e do público.
3. <b>Prestação de contas:</b> o sistema permite que os membros beneficiem da prestação de contas dos decisores.
4. <b>Direcção:</b> as estruturas e processos de governação resultam numa direcção estratégica clara para a organização.
5. <b>Equidade:</b> os membros e os <i>stakeholders</i> são tratados equitativamente e com imparcialidade.

A emergência de diversos escândalos precipitou a publicação de diversos relatórios que estabeleçam os princípios de boa governação das empresas, inicialmente em países anglo-saxónicos mas que foram depois seguidos por praticamente todos os países europeus – no quadro seguinte enumeramos alguns dos códigos mais importantes que foram publicados.

**Quadro Nº 3.11: Principais códigos de governação publicados (1992-2003)**

Códigos publicados (país, data)	
– Relatório Cadbury (UK, 1992).	– Relatório Turnbull (UK, 1999).
– Relatório Hampel (UK, 1998).	– Relatório Higgs (UK, 2003).
– Sarbanes-Oxley Act (USA, 2002).	– Princípios para empresas (OCDE, 2004).
– Princípios de boa governação da Australian Securities Exchange (Austrália, 2003).	– Guia de governação empresarial de LSE (UK, 2003).

Em Portugal foram publicados pela Comissão Nacional de Valores Mobiliários (CNVM), em 1999 com actualizações sucessivas até 2007, “Recomendações da CNVM sobre o Governo das Sociedades Cotadas” e um “Código de Governo das Sociedades”, e pelo Instituto Português de Corporate Governance o “Livro branco sobre Corporate Governance em Portugal” (2006).

O quadro nº 3.12 resume os princípios de boa governação empresarial da Australian Securities Exchange (ASX). O quadro 3.13 do anexo 1 resume o conteúdo de quatro dos relatórios referidos anteriormente e os princípios defendidos pela OCDE para as empresas.

Quadro Nº 3.12: Princípios de boa governação (ASX, 2003)

Princípios	O que a empresa deve fazer
1. Estabelecer bases sólidas para a gestão e para a superintendência.	– Reconhecer e publicar os papéis e responsabilidades do BOD e da gestão.
2. Estruturar o BOD de modo a acrescentar valor.	– Ter um BOD com composição efectiva, dimensão e comprometimento para adequadamente concretizar os seus deveres e responsabilidades.
3. Promover a decisão ética e responsável.	– Promover activamente a decisão ética e responsável em toda a empresa.
4. Salvaguardar a integridade no reporting financeiro.	– Ter estrutura independente que verifique e salguarde a integridade do reporting financeiro da empresa.
5. Garantir prestação de informação atempada e equilibrada.	– Promover a difusão, atempada e equilibrada, de toda a informação relativa à empresa.
6. Respeitar os direitos dos accionistas.	– Respeitar os direitos dos accionistas e facilitar o exercício efectivo desses direitos, facultando informação que permita esse exercício.
7. Reconhecer e gerir o risco.	– Definir um sistema apropriado de avaliação e gestão do risco e de controlo interno.
8. Encorajar a melhoria de performance.	– Rever com justiça e encorajar activamente a melhoria da eficácia do BOD e da gestão.
9. Retribuir de modo justo e responsável.	– Assegurar que o nível e a composição da remuneração são suficientes e razoáveis e que a relação com a performance individual e da empresa foi estabelecida.
10. Reconhecer os interesses legítimos dos accionistas.	– Reconhecer as obrigações legais e outras para com todos os accionistas.

A Bolsa de Londres (London Stock Exchange) publicou, em 2004, um guia para a governação empresarial onde se referiam seis (boas) práticas que caracterizam os BOD eficazes:

- Ter estratégia clara e alinhada com as capacidades da empresa;
- Execução vigorosa da estratégia;
- Monitorização dos principais geradores da *performance*;
- Gestão de risco eficaz;
- Foco nos pontos de vista do mercado (accionistas/investidores) e outros *stakeholders*;
- Avaliação periódica da *performance* do BOD.

Conjugando os princípios e boas práticas apontadas pelas diferentes instituições parece poder concluir-se que as tendências de evolução são:

- 1- Maior transparência por divulgação de informação essencial sobre a situação da empresa e sobre a remuneração do BOD (políticas, montantes pagos);
- 2- Maior integridade da informação, via respeito pelas boas práticas do controlo interno e por garantias acrescidas sobre a qualidade da informação difundida;
- 3- Maior clarificação de funções entre a gestão e a governação, aqui incluindo as comissões e a separação entre as funções do CEO e as do presidente do BOD;
- 4- Maior rigor e independência do controlo interno, alargado à gestão do risco, com responsabilidade clara do BOD<sup>29</sup> e independência da gestão;
- 5- Necessidade de avaliação da *performance* da organização, do CEO e do próprio BOD;
- 6- Orientação estratégica da empresa a cargo do BOD;
- 7- Respeito pela ética e pelos direitos dos accionistas – garantindo a todos equidade de tratamento –, foco também nos interesses doutros *stakeholders*.

<sup>29</sup> Comissões constituídas por membros independentes do BOD, ligação clara ao BOD e independência da gestão.

### 3.3. Enquadramento, papéis e ciclos de gestão

#### 3.3.1. Enquadramento da gestão (estratégia, sistemas, cultura)

A empresa para prosperar e sobreviver no longo prazo deve acrescentar valor para a sociedade ou seja, numa perspectiva ampla, o valor dos seus *outputs* – incluindo produtos, serviços, informação e conhecimento, impacto no meio ambiente e outros – deve superar o dos *inputs* (custos).

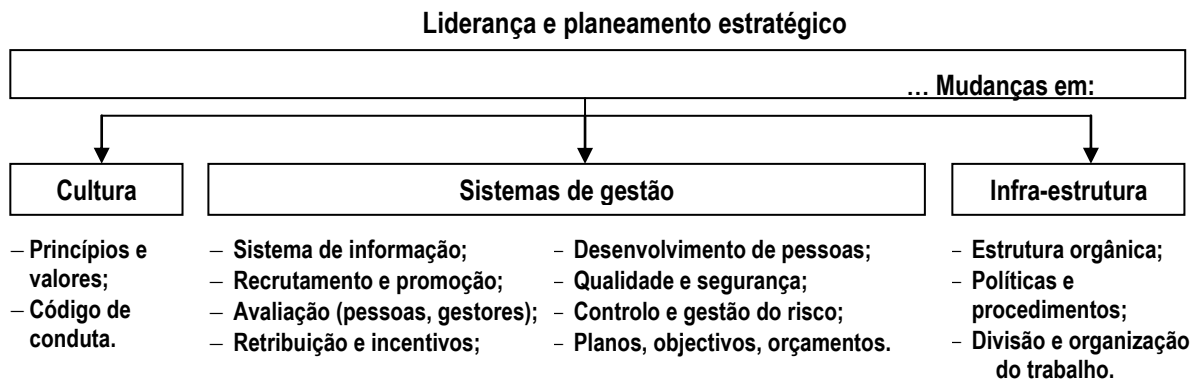
Para cumprir esse objectivo a empresa tem que promover adequação ao meio em que se insere – nomeadamente às necessidades e preferências dos consumidores, às exigências da lei e regras vigentes –, o que exige adaptação interna. Esta processa-se de modo natural no dia-a-dia (aperfeiçoamento contínuo) ou é resultado de processo de transformação, deliberado ou não.

A estratégia tem aqui um papel essencial pelo que significa em:

- Escalonar a mudança no tempo, traçando a visão e definindo os objectivos globais que darão direcção e unidade à empresa;
- Mudança em produtos e serviços, tecnologia e capacidade de produção, mercados (segmentos, áreas geográficas) e clientes<sup>30</sup>;
- Efeitos na empresa, impondo mudanças na sua estrutura e dimensão, nos sistemas de gestão, na cultura e nas pessoas – indirectamente na organização do trabalho e nas pessoas, seu comportamento e posicionamento.

Relativamente às mudanças que a estratégia induz na gestão da empresa o diagrama seguinte ilustra as alavancas essenciais a utilizar (cultura, sistemas de gestão, estrutura).

**Diagrama Nº 3.3: Mudanças que a estratégia induz**



Alguns destes aspectos serão analisados no capítulo V (ex. controlo, incentivos). Aqui faremos uma abordagem breve à estratégia para clarificação dos papéis da gestão *versus* BOD.

A importância da estratégia para a empresa justifica atenção especial na sua formulação, aceitação – ratificação pelo BOD, aprovação pelos accionistas – e execução, com acompanhamento e controlo pelo BOD.

<sup>30</sup> Decisões estratégicas em 4 domínios: produtos e serviços; segmentos de mercado; clientes; áreas geográficas (Robert, 1997).

Naturalmente que incumbe ao BOD traçar o quadro geral, isto é, definir a direcção – missão, visão, objectivos gerais, cultura e valores – e aprovar o *design* organizacional – estrutura, sistemas de gestão – em que a actividade da gestão irá decorrer. A esta cabe o desenvolvimento e a execução da estratégia, em função do conhecimento concreto que tem da empresa, bem como do papel e poderes que lhe foram atribuídos.

A maioria dos autores defende a participação activa do BOD na estratégia, nos papéis de serviço e recurso (apoiar a gestão e fornecer *input* na formulação da estratégia), de monitorizar e controlar a execução da estratégia (Zahra, 1989; Oliver, 2000; Golden e Zajac, 2001; Nadler, 2004; Siciliano, 2005).

O consenso quanto à posição activa e intermédia que o BOD ocupará na estratégia nada nos diz sobre o seu conteúdo e poder concreto. A sobreposição de papéis e alguma substituibilidade BOD/gestão justificam alguns cuidados para evitar situações extremas e indesejadas, que são um BOD: desligado da estratégia, simples “*carimbador de decisões*” ou “*board espectador*”; ocupando o “assento do condutor”, provocando conflito e/ou falta de empenho da gestão (Oliver, 2000).

A sua posição concreta variará em função de vários factores da empresa, seu contexto, externo e interno, dinâmica da organização e relação com a gestão (Oliver, 2000).

Por ex. num estudo empírico, envolvendo cerca de 3000 BOD de hospitais americanos, concluiu-se:

- i) A *performance* (prévia) fraca estimulava a mudança estratégica, sendo esta muito maior em hospitais com um BOD poderoso;
- ii) Relação da demografia do BOD com a mudança estratégica: mudança estratégica aumenta com a dimensão do BOD e depois diminui (curva em “U” invertido) – o mesmo se passa com o tempo de permanência dos membros no BOD e com a sua heterogeneidade ocupacional<sup>31</sup>; quanto maior a % de membros do BOD provenientes de ocupações “empresariais” maior a mudança estratégica, o mesmo quanto à atenção dedicada pelo BOD à estratégia (Golden e Zajac, 2001).

No caso de se verificar uma parceria BOD/gestão, para a formulação e controlo da estratégia, colher-se-ão benefícios significativos, para a empresa e para a relação BOD/gestão:

- a) Para a empresa:
  - Mobilização de toda a empresa para a mudança, envolvendo os interessados principais, evitando-se a inércia<sup>32</sup>, mesmo quando as alterações verificadas (interna, externamente) impõem mudança de rumo e verdadeira adaptação da empresa;
  - Realinhamento dos sistemas, da estrutura e da cultura à nova direcção e âmbito<sup>33</sup>;
  - Melhoria do sistema de controlo, seja através de maior ajustamento do objecto (ex. planos, objectivos) ou pela melhoria dos mecanismos e métodos usados;
  - Melhoria da qualidade da decisão<sup>34</sup> na empresa e aumento da aprendizagem e do conhecimento na empresa, (Ingley e Wu, 2007), em especial no seu topo, evitando-se a designada “*ignorância pluralística*” (Westphal e Bednar, 2005).

<sup>31</sup> Quando esta aumenta é maior a mudança estratégica em BOD pouco heterogéneos e diminui para os BOD mais heterogéneos.

<sup>32</sup> Persistência de ideias, orientações e práticas da gestão.

<sup>33</sup> Gama de produtos e serviços, tecnologia e capacidade de produção, áreas geográficas e segmentos de mercado.

<sup>34</sup> Por maior adequação de planos e objectivos sectoriais e porque o envolvimento do BOD gera maior exigência e *accountability*.

[Ingley e Wu (2007) provaram que maior envolvimento do BOD na estratégia facilita a aprendizagem organizacional e que essa influência aumenta nos que visam a maximização do valor dos *stakeholders*. “Ignorância pluralística” é um comportamento num grupo em que “virtualmente todos os membros rejeitam privadamente as normas do grupo (práticas, ou políticas, ou têm preocupações acerca delas) mas acreditam que virtualmente todos os membros as aceitam” (Miller *et al.*, 2000). Assim, os membros do BOD aprovam estratégias e planos na convicção de que as dúvidas e objecções que têm seriam mal compreendidas e mal recebidas pelos restantes membros que os aceitam (suposição errada mas decisiva para uma aprovação complacente), daí resultando inércia e não adaptação da empresa.]

b) Para a relação BOD/gestão:

- Maior partilha de conhecimentos e compreensão mútua favorecerá um clima de verdadeira colaboração (parceria interna);
- Comprometimento do BOD com a estratégia, interna e externamente – “advogado externo”, (Nader, 2004) –, devido ao maior envolvimento no processo e adesão ao seu produto – planos, programas e projectos de mudança, objectivos, metas;
- Melhoria do conhecimento do BOD sobre as operações da empresa (facilita os seus papéis de aconselhamento e controlo) e do seu capital social (externo, interno).

Naturalmente a participação activa e informada do BOD na estratégia provocará redução no poder da gestão mas, em nossa opinião, os benefícios a colher impõem esta solução.

Nader (2004) sugere uma aproximação à definição do papel do BOD na estratégia considerando cinco elementos chave e seis passos (ver o quadro nº 3.14 no anexo 1).

Valorizando os factores acima referidos, que conduzem à sobreposição de papéis, parece lógico concluir que a sede de resolução do problema se desloca para a designação do BOD e do CEO. Não obstante, mas no pressuposto de que seja possível ultrapassar a atitude de ignorância pluralista, que também poderia designar-se *renúncia acomodada*, apresentamos no quadro nº 3.15 o que nos parece uma repartição adequada de funções BOD/gestão.

Mais do que melhorias incrementais e pequenos ganhos de papéis relativamente à gestão justificam-se mudanças essenciais no papel do BOD, tais como:

- Assumir-se como representante dos accionistas e órgão máximo da empresa a quem a gestão reporta, não o contrário;
- Traçar o quadro global da organização – estratégia, valores, objectivos globais – e definir o enquadramento para a gestão, seus objectivos e metas, forma de monitorização e avaliação, consequências;
- Acompanhar e controlar eficazmente o cumprimento das orientações e objectivos traçados, garantindo o funcionamento do sistema de controlo interno;
- Cada membro do BOD pode fazer aconselhamento à gestão, mas o BOD deve apenas apoiar, mostrar alternativas de acção e consequências que antevê<sup>35</sup> (Carver, 2007).

<sup>35</sup> Diz Carver: “BOD é o comandante não o conselheiro”.

**Quadro nº 3.15: Repartição de funções entre o BOD e a gestão**

Fases principais	Quem faz o quê?
<b>1ª Análise estratégica</b> 1.1. Recolha de informação sobre a empresa e o seu meio (clientes, produtos, economia, concorrência, tecnologia). 1.2. Análise SWOT. 1.3. Identificar questões e desafios principais.	1.1. Gestão. 1.2. Gestão. BOD apoia/aconselha*. 1.3. BOD participa* na discussão com a gestão e aprova*** as conclusões.
<b>2ª Direcção estratégica</b> 2.1. Analisar de alternativas (face a questões/desafios). 2.2. Definir: visão, missão**, objectivos estratégicos, valores**. 2.3. Definir objectivos para negócios e unidades.	2.1. BOD participa nas discussões com a gestão e aprova (2.2). 2.3. Gestão prepara/propõe, BOD questiona, revê e aprova.
<b>3ª Formulação estratégica</b> 3.1. Desenvolver estratégias e planos e programas para atingir os objectivos aprovados; 3.2. Identificar recursos necessários (globais, por estratégia). 3.3. Definir orçamentos (capital, exploração - global, negócio, unidade).	3.1. Gestão. BOD revê e aprova planos. 3.2. Gestão. BOD aprova recursos. 3.3. Gestão. BOD revê e aprova orçamentos.
<b>4ª Implementação e avaliação</b> 4.1. Modificar a estrutura (funções, poderes e responsabilidades) e os sistemas (ex. informação). 4.2. Implementação, acompanhamento, avaliação (da gestão, do negócio e unidade) e decisões (ao longo do período). 4.3. Rever e ajustar (ex. planos e objectivos, <i>performance</i> esperada, prioridades, recursos atribuídos).	4.1. Gestão. BOD revê e aprova mudanças. 4.2. Gestão. BOD acompanha e controla periodicamente. 4.3. Gestão. BOD discute, revê e aprova planos, objectivos e orçamentos.

(\*) O BOD além de participar activamente promove o envolvimento externo de peritos e dos *stakeholders* principais (clientes, fornecedores, investidores). (\*\*) Eventual revisão. (\*\*\*) Pode adiar (esclarecimentos, colocar questões), rejeitar, aprovar.

### 3.3.2. Funções, papéis e ciclos de gestão

A gestão pode ser vista como: profissão e corpo de conhecimentos específico; o que os gestores fazem, através de pessoas e da combinação de recursos, isto é, as funções e papéis exercidos, com o fim de maximizar os resultados organizacionais – «Gestão são tarefas. Gestão é uma disciplina. Mas (gestão) também são as pessoas» (Drucker, 1974).

Usaremos liderança como «influenciar pessoas para atingir os objectivos desejados» (MacKenzie, 1969). Devido à falta de consenso<sup>36</sup> quanto ao conceito evitaremos o uso de *administração*, preferindo qualificar a gestão com o nível ou área de actuação respectivo.

O trabalho dos gestores mudou ao longo do tempo embora a sua tarefa essencial se mantenha: «Tornar as pessoas capazes de *performance* conjunta através de objectivos e valores comuns, da estrutura certa e da formação e do desenvolvimento que precisam na sua actuação e na resposta à mudança» (Drucker, 2003). Nessa obra Drucker sublinha o que considera serem os princípios fundamentais da gestão (cito):

- A gestão é sobre pessoas e como as capacitar para atingir *performance* conjunta;

<sup>36</sup> Alguns autores usam este conceito como correspondente à gestão global (estratégica, de topo), enquanto para outros significa «gerir os detalhes dos assuntos executivos» (MacKenzie, 1969).



- Porque a gestão trata da integração de pessoas num empreendimento comum ela está profundamente imbuída na cultura;
- Todas as empresas requerem comprometimento com objectivos e valores comuns;
- A gestão deve permitir que a empresa e cada um dos seus membros cresça e se desenvolva à medida que as necessidades e oportunidades mudam;
- A empresa deve ser construída através da comunicação e da responsabilidade individual;
- Marketing, inovação, produtividade, desenvolvimento de pessoas, qualidade, resultados financeiros são cruciais para a performance da organização e para a sua sobrevivência;
- Finalmente, a coisa mais importante a lembrar sobre qualquer empresa é que os resultados existem apenas no exterior. O resultado de um negócio é um cliente satisfeito, de um hospital é um doente curado.

O trabalho dos gestores fica definido por quatro aspectos essenciais: a função específica a desempenhar (descrição de tarefas, poderes e responsabilidades); aquilo por que irá prestar contas à empresa e ao seu superior (*performance*, resultados); os relacionamentos (acima, abaixo, lateralmente); a informação necessária para o trabalho (Drucker, 1974).

Os gestores deverão possuir determinados conhecimentos e capacidades. Estas são aptidões e capacidades «*para transformar o conhecimento em acção, que resulta num desempenho desejado*», (Chiavenato, 2004), e correspondem aos “*skills*” que são de cariz técnico, humano e conceptual (Katz, 1955). Naturalmente que o tipo de capacidades requeridas varia com a área, o tipo de unidade e a função<sup>37</sup> e com o nível de gestão em que o cargo é exercido:

- No topo da organização requer-se sobretudo, capacidades conceptuais e humanas;
- No nível operacional (supervisão de uma unidade ou processo, incidindo no curto prazo, na execução e na eficiência), as capacidades técnicas são as que mais importam;
- No nível intermédio (incidindo em aspectos táticos e médio prazo, num departamento funcional ou operacional), o equilíbrio dos três tipos de capacidades é desejado.

Apesar de este capítulo incidir sobre a gestão de topo, já que é nesse nível que a relação governação/gestão se exerce e nele se situa o tema da dissertação, apresentamos no anexo 1 os quadros nº 3.16 e 3.17 resumindo as funções de gestão e a sua importância nos três níveis.

A gestão lida com «*ideias, pessoas e coisas*», sobre as quais executa três funções gerais, «*em todos os aspectos e tempos do seu trabalho*», que são: analisar problemas, decidir, comunicar (MacKenzie, 1969). Já Fayol (1949) havia definido cinco funções, hoje clássicas: planejar; organizar; comandar; coordenar; controlar.

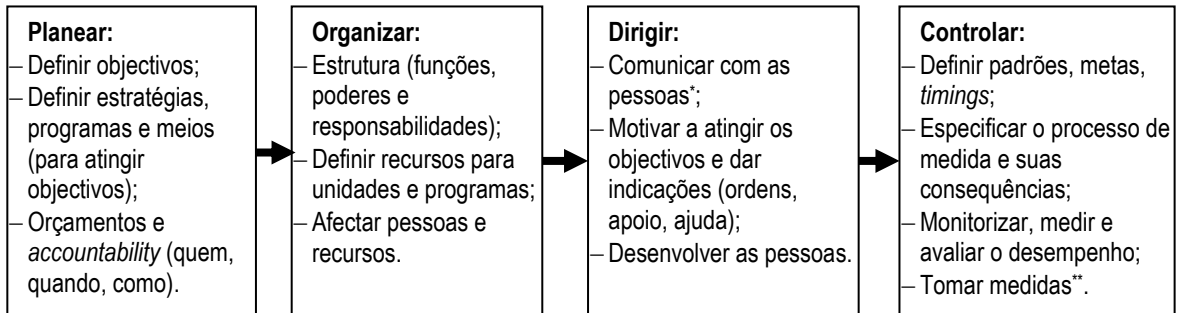
Apesar das mudanças verificadas na empresa e na gestão, acompanhando a mudança da sociedade industrial para a de informação e do conhecimento, três dessas funções (planejar, organizar, controlar) mantiveram-se nos autores das teorias clássica e neoclássica, nas restantes é mais frequente o *liderar* (Newman, 1972) ou o *dirigir* (Dale, 1969; Koontz e O’Donnell, 1980).

Apresentamos de seguida dois diagramas que resumem aquelas funções e a sua inserção na designada “caixa negra” da empresa.

---

<sup>37</sup> A área poderá ser funcional (ex. finanças) ou de exploração, a unidade pode ser permanente ou uma comissão (ou um grupo de trabalho *ad hoc*) e aquela pode ser de linha ou de staff (apoio, aconselhamento).

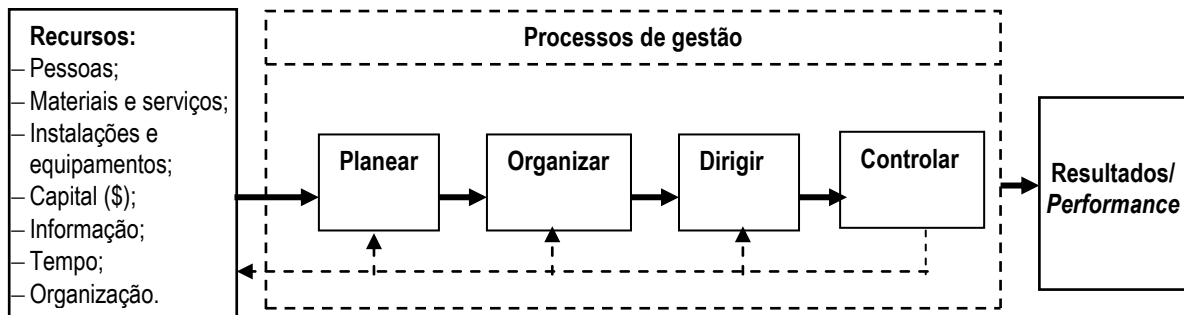
Diagrama Nº 3.4: Funções da gestão e seu conteúdo



(\*) Esta comunicação é dentro da unidade, dentro da empresa com outras unidades e para fora da empresa (Mintzberg, 1994b, 1997).

(\*\*) Ex. nada fazer, corrigir, reconhecer e/ou recompensar.

Diagrama Nº 3.5: Recursos, processos e resultados



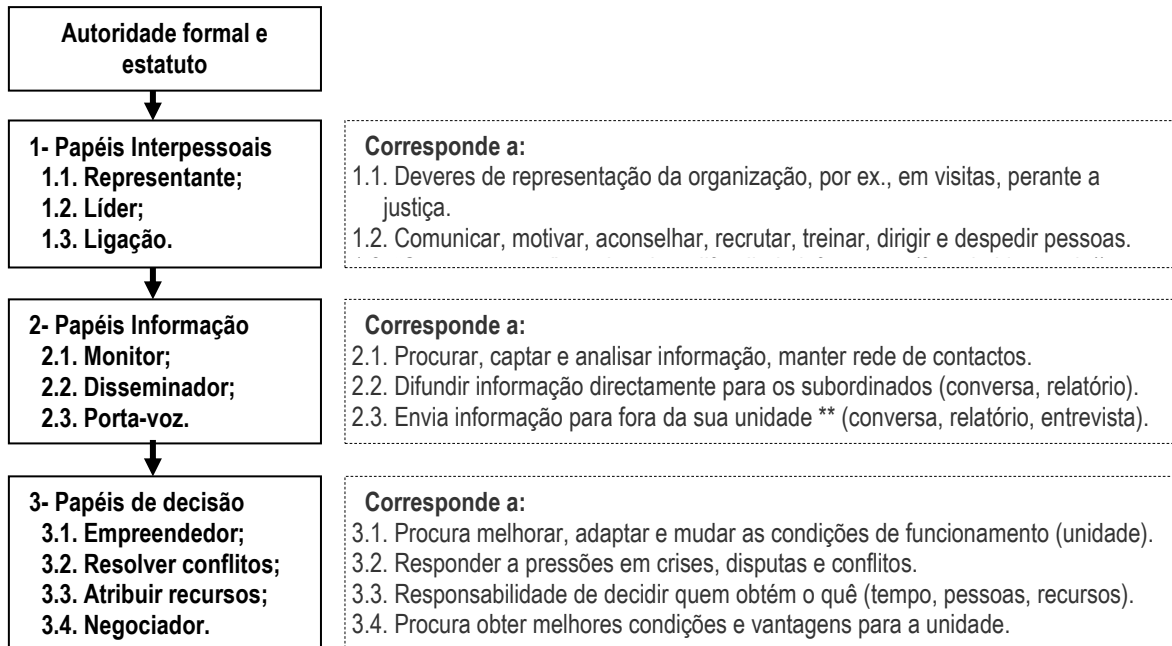
Mais tarde Mintzberg (1990) veio pôr em causa aquela descrição de funções, com base em trabalho empírico realizado onde concluiu que o trabalho dos gestores caracterizava-se por:

- «*Brevidade, variedade e descontinuidade,*
- *Fortemente orientado para acção ... não apreciam as actividades de reflexão,*
- *Incluir rituais e cerimónias, negociação e processamento de informação que liga a empresa ao seu meio... gestores favorecem fortemente a comunicação não escrita (verbal, telefone, reuniões),*
- *Muita da programação, processamento de informação e decisões estão dentro da cabeça dos gestores».*

Mintzberg (1990) defende que a gestão se caracteriza por um conjunto de papéis agrupados, segundo a sua natureza, em interpessoais, de informação e decisão (quadro nº 3.19).

No modelo de Mintzberg (1994b, 1997) os papéis de gestão realizam-se em 3 níveis: gestão pela informação (comunicação, controlo); gestão através de pessoas (liderando, ligando); gestão da acção (executando dentro e fora da sua unidade).

Quadro Nº 3.19: Papéis de gestão segundo Mintzberg (1990)



(\*) Com pares e pessoas fora da sua linha de comando. (\*\*) A unidade pode ser um processo, um departamento ou toda a empresa.

Segundo Lamond (2004) não há incompatibilidade entre as duas visões (funções vs papéis) e Mintzberg mostrou como a gestão é (papéis), Fayol como gostávamos que fosse. Mintzberg, segundo Lamond (2004), estabeleceu a ligação entre as funções e o comportamento da gestão através dos papéis, trazendo uma visão diferente mas não concorrente com a de Fayol.

Para Drucker (1974) a gestão é composta por cinco funções: planejar; organizar; integrar (motivar e comunicar); medir; desenvolver pessoas. Assumimos que medir corresponde a controlar e que a função dirigir (liderar) aparece em Drucker constituída por motivar, comunicar e desenvolver pessoas. Estas actividades correspondem ao que chamamos *área soft* da gestão, por contraposição ao planejar, organizar e controlar que são funções técnicas e científicas (*hard*). Assim, a gestão exerce-se através de dois ciclos que interagem e se entrelaçam: um instrumental (planejar, organizar e controlar); outro, de interacção com pessoas (comunicar, motivar e desenvolver).

O quadro nº 3.20, no anexo 1, ilustra o funcionamento dos ciclos de gestão, usando como exemplo a preparação e desenvolvimento da estratégia.

### 3.4. Conclusões

Apresentamos de seguida as nossas conclusões quanto às funções do BOD face à gestão.

O papel da governação é mais importante nas empresas onde houver:

- Elevada dispersão accionista, em primeiro lugar para garantir equidade e respeito pelos direitos de todos, depois porque nessas condições serão maiores os problemas de agência, visto que a concentração garante maior influência e atenção à gestão pelos accionistas maioritários;

- Grande complexidade externa – impondo um papel acrescido de captação de recursos, de gestão estratégica e relacionamento com *stakeholders* –, seja no mercado (produtos, capital, restantes factores) ou no meio, incluindo as questões potencialmente drásticas quanto a aspectos sociais e de ambiente.

Nas organizações em que os mercados não funcionam – como quando há monopólio e porque as regras que vigoram quanto aos factores são rígidas (ex. pessoal e função pública) – e em que se verifique concentração accionista, o reforço de intervenção dos accionistas dominantes resolverá a maior parte do problema de agência e o BOD perderá importância.

Nas situações em que houver elevada complexidade externa, a organização beneficia pela presença no BOD de elementos que tenham conhecimento e vivência de organizações externas e que possam facilitar os relacionamentos e a integração com *stakeholders* importantes (ex. fornecedores, entidades financeiras, grandes clientes, comunidade).

Quando a complexidade interna é elevada (ex. nos hospitais) verifica-se sempre uma acentuada assimetria de informação entre a gestão (operacional, em primeiro lugar) e os accionistas ou o BOD. A actuação de um *conselho* que integre peritos de diversas áreas (económico-financeira, funcional, operacional), se adequadamente avaliado e incentivado, reduzirá os problemas dos accionistas e da gestão.

As funções e papéis que requerem análise e visão colectiva, sempre exigirão um *conselho* para decisão; estão nessa situação: a formulação da estratégia, das prioridades e dos objectivos globais; o relacionamento com organizações externas em contextos complexos e dinâmicos; o apoio e aconselhamento quanto a questões internas transversais e quanto a alternativas de organização e funcionamento; as decisões de grande importância (valor, impacto) ou de carácter drástico<sup>38</sup> – grau de mudança envolvida e risco.

Caso não exista um BOD autónomo, porque não é legalmente exigível, impõe-se então um reforço da actuação dos accionistas e decisões baseadas no colectivo da gestão.

A função apoio e aconselhamento deverá ser instituída junto do accionista quando o número de unidades semelhantes permita obter sinergias significativas das iniciativas e da avaliação que sejam desenvolvidas localmente, como é o caso dos hospitais.

A função desempenhada pelo BOD sempre existirá no que respeita a: intermediação com os accionistas, aprovar decisões importantes e drásticas, e com outros interessados; formulação da estratégia, dos objectivos e dos planos que viabilizarão a sua execução; responsável último pelo sistema de controlo interno e de gestão de risco, garante da adequação e da qualidade da informação sobre a empresa; responsável pela avaliação da *performance* da organização e da gestão; salvaguarda dos activos, dos investimentos e dos recursos intangíveis da empresa; guardião dos valores e da actuação ética, assim como da credibilidade e boa imagem da organização no exterior.

O quadro seguinte resume as funções propostas para o BOD e para a gestão de topo.

---

<sup>38</sup> Está em causa o acto de decidir mas também o de apoiar a gestão e incentivá-la a arriscar e introduzir as mudanças difíceis que se justificam, mostrando o apoio e o poder dos accionistas.

**Quadro Nº 3.21: Funções propostas para o BOD e para a gestão de topo**

<b>Resumo de funções</b>	
<b>BOD</b>	<p><b>Governar traçando o quadro de actuação da gestão (actuando como):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Responsável máximo – aprova a estratégia e as decisões importantes; define a missão, visão, objectivos globais; estabelece o sistema de avaliação e suas consequências; presta contas a accionistas e restantes interessados;</li> <li>– Guardião dos valores e de comportamentos legais, éticos e responsáveis – quanto ao meio e aos <i>stakeholders</i>;</li> <li>– Controlador supremo – monitoriza e controla a execução dos objectivos globais e das metas da empresa e da gestão, actuando para a sua concretização; vela pela actuação permanente do sistema de controlo interno e por adequada gestão de risco; garante a qualidade e adequação da informação difundida;</li> <li>– Fornecedor de recursos – aconselha a gestão, facilita o relacionamento externo e a captação de recursos à empresa.</li> </ul>
<b>Gestão</b>	<p><b>Gerir a empresa dentro do quadro traçado pelo BOD (actuando como):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Centro de informação – receptor, disseminador e transmissor de informação para toda a empresa, suas unidades e funções; adequando o sistema de informação e de controlo interno da empresa;</li> <li>– Líder e ligação na empresa – motivando à concretização das metas e objectivos, orientando e facilitando o seu sucesso; actuando como responsável único pela execução (monitorizar, controlar, decidir); relacionando-se com todos os gestores e pessoas da empresa; garantindo que as decisões e os comportamentos na empresa respeitam os valores e padrões éticos;</li> <li>– Decisor e distribuidor de recursos – procurando e analisando alternativas de afectação de recursos; apoiando e decidindo mudanças na organização (estrutura, sistemas de gestão) e em processos; prevenindo e solucionando conflitos entre pessoas, unidades e funções; negociando e distribuindo recursos na empresa; prestando contas perante o BOD por todas as decisões e resultados.</li> </ul>

## Capítulo IV- Regulação, Medição e Avaliação da Performance das Empresas

Vimos no capítulo das teorias de governação como várias teorias convergiam na necessidade de controlo da gestão da empresa, nomeadamente as teorias neoclássica, da dependência de recursos, dos *stakeholders* e da agência. Vimos ainda que, para prevenir o oportunismo e alinhar interesses, se usavam dois outros instrumentos: incentivos; contratos.

No capítulo precedente clarificámos as funções da governação e da gestão nas empresas, suas características, enquadramento e papéis.

Neste capítulo (IV) propomo-nos prosseguir com a análise da regulação, responsabilidade e prestação de contas, como mecanismos de controlo externo, e ainda abordar a problemática da medição da *performance*, necessária para, no capítulo seguinte (o V), nos debruçarmos sobre a avaliação da governação e da gestão e sobre os mecanismos de controlo interno, incentivos e cultura, concluindo o percurso pelo domínio de aplicação nas empresas.

### 4.1. Revisão das teorias aplicáveis

Vimos que a teoria da agência preocupa-se essencialmente com a minimização dos custos de agência, através de três soluções desenhadas *ex-ante*: incentivos para alinhamento com o interesse do principal; contratos com a gestão e outros profissionais; mecanismos de monitorização/controlo. O controlo exerce-se através de mecanismos externos – regulamentação e regulação, mercados de capitais, de produtos e factores – e internos, a governação e controlo inter-gestores; no controlo interno inclui a participação da gestão no capital, a supervisão por grandes accionistas e o uso da dívida.

Na teoria da provedoria os gestores identificam-se com a empresa e preocupam-se genuinamente em atingir os objectivos traçados (motivação intrínseca), pelo que o importante não será atribuir-lhe incentivos (motivação extrínseca) e controlá-los, antes apoiá-los e aconselhá-los. A colaboração e a confiança entre o BOD e a gestão substituiriam o controlo, o qual, sozinho, seria disfuncional e impediria a coesão no BOD, visto que alguns elementos são dependentes da gestão (*“insiders”*).

A teoria dos *stakeholders* reconhece a necessidade de controlo da gestão, dada a posição que ocupa (controlo directo das decisões) e porque entra em contratos com todos os restantes *stakeholders* (Hill e Jones, 1992). Esta teoria sublinha ainda o papel da cultura, da actuação ética da gestão e da responsabilidade social da empresa.

Minimizar os custos de transacção é a preocupação central da teoria dos custos de transacção e os problemas de controlo derivam de características do comportamento humano, traduzidas em limitações de capacidade e conhecimento ou no oportunismo de actuação, e de atributos das actividades da empresa, grau de incerteza, especificidade dos activos, assimetria de informação (Speklé, 2002).

As estruturas de controlo são soluções para estes problemas sendo constituídas nomeadamente: por leis e normas que previnem actuações ou que prescrevem determinada acção ou resultado (ex. código de trabalho); pela estrutura organizacional, sistema de planos e orçamentos, sistema de

informação e medição, sistema de retribuição e incentivos, avaliação da *performance*, objectivos e metas, políticas e procedimentos, regras de boa prática; e pela cultura, valores e normas de comportamento (Speklé, 2002).

Para a teoria de fixação de objectivos o ponto fulcral é a definição de objectivos para a gestão, porque em si mesmos são motivadores e dão significado à acção, sendo os incentivos meros reforços que traduzem a importância daqueles. Se na agência os incentivos funcionam como motivadores e os objectivos como meros instrumentos de controlo (indutores de comportamentos), nesta teoria os objectivos têm um duplo papel (motivação, controlo) e são reforçados pela motivação intrínseca (atingir os objectivos) e extrínseca (incentivos). A informação de medição passa também a motivador e não apenas a instrumento para o controlo.

Em nosso entender a maioria destas posições deve ser tomada como complementar, não havendo uma teoria que domine as restantes, explicando as várias áreas e aspectos da governação de modo completo e total. Um estudo empírico da relação entre o BOD e a *performance* da empresa, concluiu que «cada teoria explica um caso particular, nenhuma explica o padrão geral de resultados» (Nicholson e Kiel, 2007).

#### 4.2. Regulação, responsabilidade e prestação de contas

Os hospitais não beneficiam (nem beneficiarão) da disciplina dos mercados pelo que não iremos analisar esse mecanismo de controlo – de modo semelhante com a dívida de médio e longo prazo e a participação da gestão no capital. Ora aquela disciplina é essencial, visto que motiva à adaptação contínua da empresa e da gestão: mercado de produtos pressiona para maior eficiência e melhor qualidade do produto, bem como dos serviços a ele associados; mercado de factores motiva à eficiência e à melhoria contínua – seja de capital (ex. *take-over*) ou doutros “*inputs*” (ex. de gestores); a actuação conjunta dos mercados aumenta o risco para o gestor de substituição por má *performance* da sua unidade, de perda de credibilidade e desvalorização no mercado.

Assim, quando o mercado não funcionar (ex. bens públicos) será necessário substituir esse mecanismo de controlo, através de instrumentos que o repliquem (contrato-programa) mantendo a contestabilidade e o risco para a gestão das unidades e aumentando o controlo, externo (regulamentação e regulação) e interno (via accionistas, governação e outros mecanismos) (Fernández, 2005).

O controlo exercido pelo BOD não será tão importante nas indústrias e áreas muito reguladas, desde que a regulação funcione eficazmente. Nas situações concretas em que o BOD não seja independente da gestão dever-se-á reforçar o controlo externo – pela acção de accionistas maioritários e de entidades independentes (ex. auditores).

Por outro lado existe substituição entre os mecanismos de controlo, de modo a que globalmente o sistema de controlo é eficiente e o produto marginal de um mecanismo é função da existência e importância dos restantes (Williamson, 1983). Diversos estudos empíricos comprovaram a existência deste efeito nas empresas (Rediker e Seth, 1995; Kang e Shivdasani, 1999; Fernández e Arrondo, 2005; Michelon *et al.*, 2008).

Assim a supervisão do BOD sobre a gestão pode em parte ser substituída por posse de acções pela gestão e reforço de actuação dos accionistas dominantes, (Fernández e Arrondo, 2005), e por

actuação conjunta de: financiamento por dívida; remuneração variável dos gestores; monitorização inter-gestão<sup>39</sup> e outros instrumentos de controlo interno.

#### 4.2.1. Regulação

Aceita-se que o mercado é a forma mais económica de produzir e distribuir bens e serviços. Porém apresenta falhas pelo que o Estado intervém para as suprir e para garantir, em condições de justiça social, os bens necessários na qualidade, no tempo e local. Simplesmente quando o faz como produtor incorre também em falhas (ver caixa nº 4.1). A regulação impõe-se em primeiro lugar, para suprir falhas, do mercado e do Estado, e garantir um óptimo social.

#### Caixa Nº 4.1: Falhas de mercado e do Estado-produtor

**Falhas de mercado.** O mercado apresenta falhas, para além das que decorrem da inexistência de competição:

- Volume e composição de produção, quando a quantidade e preço de equilíbrio de mercado se afastam do desejável - o que ocorre por problemas de: informação; inclusão apenas de objectivos privados; capacidade de compra de indivíduos -, considerando as externalidades positivas e os objectivos da sociedade, ou quando a sua composição não for a conveniente, por exemplo, não haver transporte colectivo (ensino) para deficientes e cuidados para pobres;
- Qualidade: na ânsia de obter melhores resultados (privados) os produtores incorrem em desconformidades ou não garantem o bem como esperado, em disponibilidade, características físicas, serviço ao cliente;
- Objectivos sociais. Além de assegurar as externalidades positivas e de limitar as negativas, a sociedade tem objectivos, que o mercado não garante: equidade e tempo adequado de acesso; solidariedade e coesão social; responsabilidade social (ex. cumprir as regras ambientais).

**Falhas do Estado,** na produção e distribuição de bens, traduzem-se em:

- Burocracia, rigidez e lentidão de decisão, *versus* risco, iniciativa e inovação no mercado;
- Politização de cargos e decisões, sendo exemplo o impacto negativo dos ciclos eleitorais no investimento, na definição de estratégias e na despesa pública;
- Oportunismo de grupos de interesses – por exemplo de profissionais e seus representantes, mas também de empresas e grupos privados –, promoção do “*empire building*” e orientação para os profissionais com insensibilidade às necessidades e preferências dos clientes;
- Ineficiência, com défices constantes, dificuldade de garantir a prestação de contas e o controlo de contratos ou, conforme Campos e Bentes<sup>40</sup>, “...frequentemente omissa no controlo, relapsa nos pagamentos, passiva na revisão contratual, ineficaz na garantia de qualidade e gastadora em excesso”.

A regulação surge como um instrumento necessário quando o objectivo é eliminar os monopólios públicos ou se visa introduzir mecanismos de mercado em sectores em que a produção estatal é exclusiva ou predominante (ex. bens sociais). Nestes sectores o Estado, para além de actuar como produtor, usa a regulação em sentido amplo, entendida como uma qualquer medida ou intervenção do Estado que procura mudar o comportamento de indivíduos ou grupos, (BRTF, 2003), ou o conjunto de instrumentos ou estratégias<sup>41</sup> que os Estados usam, directa ou indirectamente, para exercer influência sobre organizações que fornecem serviços públicos (Lewis *et al*, 2006). Para além disso, convirá não esquecer (pois actua no mesmo sentido) que, alargando a regulação, o Estado alarga também, para si mesmo ou para o produtor, as responsabilidades reconhecidas em caso de desconformidade na produção de bens.

<sup>39</sup> Desde que não haja uma dominância clara de um gestor (ex. CEO) sobre os restantes.

<sup>40</sup> Na versão não publicada de “*Mercado imperfeito e relação de agência. Experiências inovadoras de gestão na saúde*”, A. Correia de Campos e Margarida Bentes, Novembro de 2004.

<sup>41</sup> Engloba a regulamentação e o uso da força da lei como também a informação e incentivos para influenciar e guiar.



A regulação deve respeitar os princípios constantes do quadro nº 4.1 no anexo 1 (BRTF, 2003). No mesmo anexo mas no quadro nº 4.2, explicitamos o conteúdo das duas grandes funções da regulação: económica e de qualidade.

A regulação da actividade das empresas pode ainda efectuar-se através de: co-regulação – actividade do regulador é complementada pela doutra entidade com poderes de actuação sobre os agentes (ex. trabalho médico regulado quer por regras emitidas pela Ordem dos Médicos quer pelo Regulador do sector); auto-regulação – empresa (indústria) fixa a si própria regras e normas de conduta que cumpre voluntariamente (ex. responsabilidade social corporativa) (Lewis *et al*, 2006).

O Estado, relativamente aos bens sociais, exerce as actividades e usa os mecanismos previstos no quadro nº 4.4, no anexo 1, consoante a organização que escolheu, consistindo em dois tipos de regulação em sentido amplo: externa, exercida por entidade estatal independente; interna, dependente apenas do ministério em que se integre a Administração Pública (por exemplo institutos, como os hospitais do Sector Publico Administrativo) – os hospitais EPE integram-se no Sector Empresarial do Estado e como tal dependem dos Ministérios da Saúde e das Finanças.

A regulação em sentido estrito visa reduzir os efeitos da regulamentação excessiva na produção de bens e serviços (burocracia, custos do controlo, dificultar iniciativas e inovações locais) oferecendo ao Estado um conjunto de alternativas que estão discriminadas no quadro nº 4.5 no anexo 1.

Finalmente, importa lembrar que o controlo externo não deve prejudicar a função de criação de valor da empresa, antes enquadrá-la equilibrando a liberdade e a responsabilidade. Na verdade, a regulação excessiva tem consequências negativas para a *performance* das empresas, porque aumenta os constrangimentos e limita a discricionariedade da gestão, provocando: aumento de custos, seja pelo funcionamento de estruturas, pela prestação de informação e acções de verificação; diminuição da flexibilidade, redução das acções de “*entrepreneur*” e enfraquecimento da inovação na empresa.

#### 4.2.2. Responsabilidade e prestação de contas (*accountability*)

O controlo da empresa através da regulação formal em sentido amplo é complementado por mecanismos de responsabilidade e prestação de contas como veremos de seguida.

Normalmente a atribuição de poder implica legitimidade e supõe utilidade social, exigindo-se como contrapartida responsabilidade e controlo – é o que se passa com a empresa. Dada a sua função a sociedade autoriza o seu funcionamento, dentro de regras definidas e enquanto for socialmente útil, impondo-lhe monitorização externa e normas de conduta social bem como regras de controlo interno.

A percepção da função e da razão de ser da empresa foi evoluindo ao longo do tempo, e todos compreendemos como a percepção se confunde com a realidade<sup>42</sup>. Hoje aceita-se que a empresa vise a criação de valor para a sociedade, no longo prazo e dentro de perspectiva global de

---

<sup>42</sup> “A realidade é o que tomamos como verdade. O que tomamos pela verdade é aquilo em que acreditamos. Aquilo em que acreditamos é baseado nas nossas percepções. O que nós percebemos depende do que procuramos. O que procuramos depende do que pensamos. O que pensamos depende do que percebemos. O que nós percebemos determina aquilo em que acreditamos. O que nós acreditamos determina o que tomamos por verdade. O que tomamos por verdade é a nossa realidade.” Zukav, C. (1979), *The Dancing wu li masters: an overview of the new physics*. New York: Bantam Books.

resultados. Diversos autores convergem na exigência de sustentabilidade dos recursos e de responsabilidade social das empresas (CSR), integrando o lucro para accionistas com o valor criado para os restantes interessados, no respeito das leis e padrões éticos da sociedade (Halal, 2000; Handy, 2002; Utting, 2005; Zadec, 2006; Katsoulakos, 2006; Porter e Kramer, 2006).

A evolução do modelo inicial de empresa (centrada apenas no lucro) para CSR correspondeu a: reacção das empresas aos movimentos sindicais, políticos e sociais que combateram práticas não éticas de empresas, por ex., trabalho infantil; actuação proactiva de empresas e indústrias com vista à definição de padrões e regras de actuação (auto-regulação).

A CSR significa, em resumo: actuar de modo sustentável no que respeita ao ambiente; reconhecer os interesses e objectivos dos *stakeholders*; cumprir a lei, regulamentos e regras vigentes; respeitar e valorizar as pessoas e comunidades; agir de acordo com valores éticos nas relações externas e internas.

A CSR integra nas operações normais de negócio as preocupações sociais e ambientais (EC, 2001). A responsabilidade dirige-se (internamente) para os empregados (ex. segurança) e, externamente, para o ambiente e para os interesses dos restantes *stakeholders* da empresa. Considera vários mecanismos: padrões de desempenho e limites ambientais; códigos de conduta; boas práticas e certificação; orientações quanto a transparência; controlo e monitorização da sustentabilidade. Esses mecanismos permitem às empresas gerir e controlar melhor as suas operações, minimizando os riscos sociais e ambientais, dentro de princípios contidos em normas de auto-regulação, de cooperação inter-empresas e de cooperação com sindicatos, Estados e outras organizações (Albareda, 2008). A expressão “tripla linha base” ou “3P’s” (“*people, profit, planet*”), traduz objectivos mínimos nas 3 áreas (Eklington, 1998).

Como os mecanismos voluntários não garantem o seu cumprimento a CSR deve passar a prestação de contas corporativa que, após a definição de padrões e de esquemas de regulação, garanta o controlo pelos *stakeholders* e o cumprimento sancionável pelas empresas (Utting, 2005). Esta posição reflecte uma dupla mudança: de regulação com vista a evitar riscos e reduzir danos para controlo e prestação de contas perante os interessados; de perspectiva táctica e de reacção para proactividade e inclusão na estratégia.

Esta última mudança justifica-se porque a CSR melhora a posição da empresa (concorrência, imagem, moral interno) e permite melhor gestão de riscos – donde resulta maior rendibilidade e estabilidade (Utting, 2005; Porter e Kramer, 2006; Aguilera *et al.*, 2007). A CSR foi reforçada por duas perspectivas, de ganhos acrescidos resultantes de maior aprendizagem organizacional, (Zadec, 2006), e de integração na gestão estratégica (envolvimento da empresa na sociedade) (Porter e Kramer, 2006).

É de referir que o conceito de CSR foi adoptado pelo legislador em Portugal, por ex., na Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2007 (“*Princípios de bom governo do sector empresarial do Estado*”).

Na língua Portuguesa não existe um vocábulo para *accountability* sugerindo os dicionários a tradução por *responsabilidade*, como para *responsibility*. Usaremos *prestação de contas* como a melhor aproximação para *accountability*.

A responsabilidade é o reverso da autoridade, correspondendo ao dever de executar a tarefa atribuída e de prestar contas pelos resultados do trabalho (Chiavenato, 2005). Por vezes a responsabilidade confunde-se com o próprio objecto (o que temos para fazer).

Pérez (2003) analisou o conteúdo e contexto da responsabilidade:

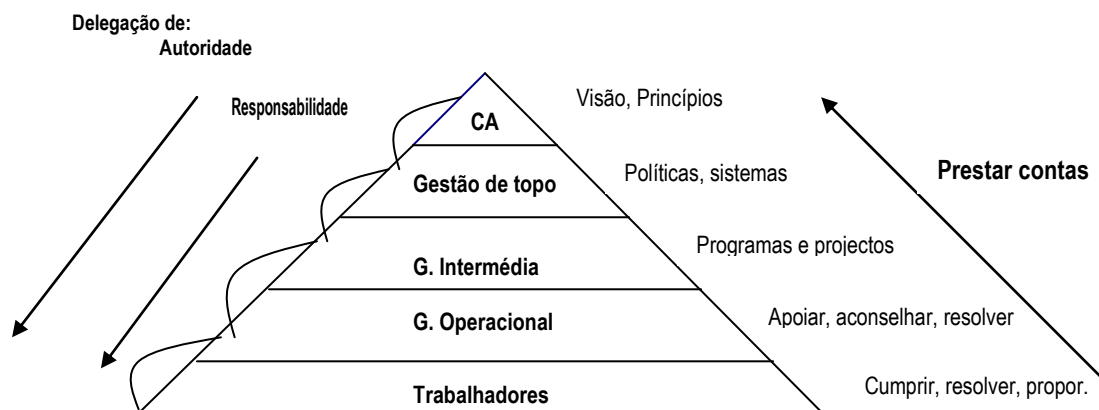
- O quê, somos responsáveis e respondemos pelas nossas acções (consequências), perante nós próprios e perante aquele (s) de quem estamos a cargo;
- Quem, aquele a quem a tarefa foi atribuída (salvo responsabilidade delegada ou conjunta);
- Perante quem: entidade que supervisiona e autoridades que a apoiam (ex. auditores); autoridades públicas e que representam o interesse geral (ex. Governo); *stakeholders*.

Assim, quanto à responsabilidade teremos:

- Alguém tem poder para determinar a execução de determinada tarefa a outrem ...
- ... Com o dever de a executar no interesse daquele e de o fazer obedecendo a critérios morais (interesse comum) – respondendo pelas acções (omissões) e suas consequências, o que implica distinguir na acção o *bem* do *mal* e o que *deve* fazer-se.
- Foco é no antes e até à acção/decisão.
- Um dos elementos da responsabilidade é a prestação de contas, após a acção – o que esperavam que fizesse/resultados esperados *versus* o que fez/conseguiu.

O diagrama seguinte ilustra a relação aparente entre autoridade, responsabilidade e prestação de contas.

**Diagrama Nº 4.1: Responsabilidade e prestação de contas – modificado de Strahlendorf (2001)**



A prestação de contas caracteriza-se por dar conta (informar, justificar, ouvir *feedback*), podendo ser vertical ou horizontal – esta relativamente às entidades criadas para limitar o poder de actuação, prevenir ineficiências e abusos de poder (ex. no Estado o Tribunal de Contas) (Schacter, 2000).

A prestação de contas:

- Define o que se espera de uma unidade, os produtos a produzir e os padrões de *performance* e de desempenho dos gestores e dos empregados (Simons, 2000);
- Depende “*crucialmente*” da informação e esse dever é cumprido fornecendo as contas e um relatório de auditoria (garantir/certificar a qualidade da informação) e desde que seja efectiva a comunicação entre os dois (“*accountee/accounteer*”) (Spira, 2001);

- Tem três características principais: é externa (dar conta a outrem do exterior); envolve interacção social e troca (dar e procurar explicação, responder e aceitar sanção); implica direito de autoridade (a quem damos conta) (Weisband e Ebrahim, 2007).

Assim a resposta/dar conta e a capacidade de fazer cumprir/sancionar são aspectos nucleares na prestação de contas, que poderá acontecer ao nível individual, da organização, da rede de empresas e da sociedade. O quadro seguinte identifica sete canais de prestação de contas e três elementos chave da prestação de contas.

**Quadro Nº 4.7: Canais e elementos-chave da prestação de contas (Keohane, 2008)**

Canais	Elementos chave
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hierárquico;</li> <li>– Supervisão (Estado);</li> <li>– Fiscal;</li> <li>– Legal;</li> <li>– Do mercado;</li> <li>– De pares;</li> <li>– Reputação pública.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <u>Padrões</u>, que se espera sejam atingidos pelos que prestam contas*;</li> <li>– <u>Informação</u>, para permitir a interacção e a conclusão que antecede as consequências;</li> <li>– <u>Capacidade de impor sanções</u>, quando a concretização dos padrões falhar.</li> </ul>

(\*) Entendemos que os padrões podem ser valores de referência (para objectivos) e *padrões* de conduta.

A prestação de contas integra um ciclo: dar informação; agir; prestar contas; dar informação (e eventual sanção), etc.

A empresa começou por prestar contas ao accionista, ampliando-se sucessivamente as entidades e o âmbito da prestação de contas aos investidores e analistas financeiros, aos interessados directos, à comunidade e ao público em geral (Porter, 2009).

A prestação de contas faz-se numa perspectiva económica e moral:

- Responder pelas acções, comportamentos e resultados nos termos definidos por quem detém o poder, interesse privado e económico;
- Resposta deve considerar a ética e o bem comum, incluindo os efeitos sobre o meio ambiente, profissionais e outras pessoas da comunidade (interesse dos *stakeholders*), esta perspectiva é que confere inteligibilidade e significado à prestação de contas, sem a qual perderia validade (Shearer, 2002).

Esta posição pode ser considerada económica, na medida em que visa o melhor resultado de longo prazo (empresas, interessados) e a sustentabilidade dos recursos, considerando todos os efeitos da actuação da empresa.

Os mecanismos de prestação de contas da empresa podem classificar-se como:

- Iniciais: regulação e regulamentação (do país); BOD; transparência (relatórios públicos); comissões de auditoria e auditores externos; papel dos investidores institucionais;
- Amplos: regulação (internacional); *reporting* social e ambiental; investidores socialmente responsáveis; mecanismos de prestação de contas de diferentes sectores da economia; auditores internos e gestão de risco (Brennan, 2008).

### 4.3. Avaliação da *performance* das Organizações

Tendo passado em revista a prestação de contas é agora o momento de iniciarmos a abordagem a um dos instrumentos<sup>43</sup> que a viabiliza, a avaliação da *performance*.

Começaremos por pequena digressão pela evolução e importância da medição da *performance* analisando depois a avaliação nas Organizações. Essa análise visa enquadrar o tema que nos preocupa (avaliação da governação e gestão), que será tratado no capítulo seguinte.

Incluimos ainda uma breve abordagem à especificidade das empresas de serviços para facilitar a aproximação das conclusões deste ponto à realidade dos hospitais EPE.

#### 4.3.1. Evolução, importância e enquadramento da medição

##### 4.3.1.1. Evolução recente da medição da *performance*

As empresas utilizaram, na medição de *performance* e desde o início do século XX, mecanismos financeiros (indicadores, orçamentos) que privilegiavam a estabilidade e o controlo, para prevenção do mau uso de recursos incluindo o abuso e a fraude (Neely e Bourne, 2000).

No início da década de oitenta havia reconhecimento geral de que medidas financeiras apenas não eram suficientes para a gestão das empresas. Essa inadequação devia-se às mudanças verificadas no ambiente, mais competitivo (variedade de produtos, exigência dos consumidores, baixa de preços), e à maior complexidade interna das operações – que levou à consagração de novas metodologias e tecnologias de produção<sup>44</sup>. A emergência do movimento da qualidade reforçou a necessidade de incluir variáveis não financeiras e de considerar outros interessados para além dos accionistas (Eccles, 1991; Ghalayini e Noble, 1996; Neely e Bourne, 2000).

Eccles (1991) contribuiu para a revolução na medição da *performance* tendo defendido:

- a) Informação financeira reflecte o passado e não pode usar-se como indicador avançado, sendo necessário para isso usar medidas não financeiras – qualidade, satisfação de consumidores, inovação e *market share*;
- b) Sistema de medição deve ligar-se à estratégia e ao sucesso da empresa no longo prazo;
- c) Novo sistema de medição deve considerar 5 actividades: desenvolver uma arquitectura da informação; utilizar a tecnologia para apoiar aquela arquitectura; alinhar os incentivos com o novo sistema de medição; trabalhar com recursos/parceiros externos (ex. para software apropriado); desenhar processo interno que assegure que estas actividades ocorrem.

As medidas tradicionais, em grande parte financeiras e baseadas na contabilidade, por exemplo produtividade e rendibilidade, eram inadequadas para medir a *performance* pelos motivos seguintes:

- Indicadores reflectem o passado e não têm capacidade para antecipar o futuro;
- Não incorporam a formulação e implementação da estratégia, não ajudam os gestores a compreender problemas de *performance* e a iniciar acções atempadas<sup>45</sup>;

---

<sup>43</sup> Nos hospitais existe ainda: contratualização; estratégia; plano e orçamento; *reporting* periódico e monitorização.

<sup>44</sup> Por exemplo: Just-in-time (JIT), Optimized production technology (OPT), Computer integrated manufacturing (CIM).

<sup>45</sup> Segundo Chow (2006) são demasiado agregadas, tardias e voltadas para o passado para serem úteis nestas áreas.

- Encorajam orientação para curto prazo (ex. valor da empresa no mercado) e para otimização local, por exemplo minimizar os preços no serviço de aprovisionamento;
- São irrelevantes para diversas áreas (qualidade, flexibilidade, tempo) e ignoram preocupações relevantes, como sejam o que os clientes desejam e o aperfeiçoamento contínuo;
- A afectação de custos é baseada em trabalho directo, quando o peso deste diminuiu acentuadamente e agora os custos fixos são maioritários por regra;
- São susceptíveis de confusão e manipulação, (Hayes e Abernathy, 1980; Schmenner, 1988; Camp, 1989; Kaplan e Norton, 1992; Ghalayini e Noble, 1996; Neely et al., 2005; Chow 2006).

A década de 90 assistiu à proliferação de artigos e livros sobre medição de *performance* nas empresas. Esse florescimento gerou uma multiplicidade de indicadores para diferentes finalidades e níveis de gestão, substituindo a anterior escassez. A necessidade de focalizar e de organizar as medidas fundamentou o desenvolvimento de modelos e sistemas de medição da *performance*, como veremos.

O quadro nº 4.8 sintetiza a posição de diversos autores sobre a evolução da medição da *performance*.

**Quadro Nº 4.8: Evolução da medição de *performance* (Neely et al., 1995)**

Sistemas tradicionais	Novos sistemas
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Baseados em custos/eficiência;</li> <li>– Escolhas entre <i>performances</i>;</li> <li>– Orientação para lucro;</li> <li>– Orientação para curto prazo;</li> <li>– Prevalência de medidas individuais;</li> <li>– Prevalência de medidas funcionais;</li> <li>– Comparação com padrões;</li> <li>– Finalidade é avaliar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Baseados em valor;</li> <li>– Compatibilidade de <i>performances</i>;</li> <li>– Orientação para consumidor;</li> <li>– Orientação para longo prazo;</li> <li>– Prevalência de medidas de grupo;</li> <li>– Prevalência de medidas transversais;</li> <li>– Monitorização de melhorias;</li> <li>– Finalidade é avaliar e envolver</li> </ul>

#### 4.3.1.2. Importância e enquadramento da medição

Na caixa que se segue explicitamos o sentido com que usaremos alguns conceitos.

## Caixa Nº 4.2: Conceitos usados no capítulo IV

**Processo**<sup>46</sup>: série de acções (passos) em que os recursos se organizam e transformam em produtos orientados para clientes (com vista à obtenção de determinados resultados).

**Produto**: o que resulta directamente do processo (bens/serviços, informação). Há produtos finais (ex. consulta) e intermédios (ex. análise para o doente consultado).

**Resultados**: efeitos da actividade, inclui os produtos, o impacto do produto (“*outcome*”, ex. cura, depois de atendimento médico) e outras consequências da produção dos produtos (ex. custo).

Notas: Assim o produto será um requisito necessário mas não suficiente para o sucesso, porque o resultado pode não ser o esperado/pretendido. No inglês existe “*outcomes*” (medida de impacto substancial do produto) e *results*. No âmbito da saúde utilizamos aquele como resultado de saúde e usaremos “resultados” como tradução de *results*.

**Performance**: «o modo como um indivíduo, grupo, ou organização desempenha ou concretiza as suas importantes funções e processos» (JCAHO, 2000). Engloba os produtos (de processos, de unidades e de negócios) e os respectivos resultados. Pode apreciar-se segundo três perspectivas (inter-relacionadas): económica, política, estratégica.

**Objectivo**: «condição futura ou estado/nível de performance que alguém quer atingir» (Baldrige, 2009).

**Meta**: o nível desejado e predeterminado de performance (ver exemplo em nota abaixo).

**Padrão**: critério (ex. procedimento, valor) aceite como referência (base, ideal) para avaliação.

**Medição de performance**: «atribuição sistemática de números a entidades», (Sinclair e Zairi, 1995a), «quantificação de processos ou *outcomes* usando uma ou mais dimensões de performance» (JCAHO, 2004).

**Medidas de performance**: «indicadores numéricos ou quantitativos que mostram como cada objectivo está a ser atingido» (Pritchard et al., 1991). Um indicador é «uma medida usada para determinar, ao longo do tempo, a performance de funções, processos ou resultados de uma organização» (JCAHO, 2004).

**Unidade de medida** é um «instrumento quantitativo que fornece indicação da performance de uma organização relativamente a um processo ou resultado especificado» (JCAHO, 2004). Na medição da performance usa-se: valor absoluto (ex. nº de consultas) ou um valor médio; ii) percentagem, especialmente significativa quando é parte de um universo (ex. % cesarianas no total de partos) ou de resultado visado (ex. meta atingida em 95%); taxa, relação que representa a exposição (ex. acidentes de viação por mil Kms), disponibilidade (ex. camas por 1000 hab.) ou o potencial (ex. y por 1000 têm internet); rácio, relação entre duas variáveis diferentes (ex. P/E<sup>47</sup>); índice, variável global obtida através da combinação de várias medidas parcelares (ex. índice de eficiência) – também se usa “índice” como representando a relação com um valor passado (ex. PIB actual a preços constantes de 1960 é 160).

Nota: O objectivo situa-se no futuro e indica a direcção (ex. diminuir), especifica o que se visa/ indicador (ex. % de reclamações) e onde (ex. na CE), o período em causa (ex. ano) e a meta/padrão desejável (ex. de 10 para 5%). (Diminuir a % de reclamações na CE de 10 para 5% no ano em curso); O indicador pode sinalizar apenas a evolução de um objectivo (ex. queixas de doentes para satisfação), algumas medidas são completas e compreensivas - ex. índice de satisfação com as várias dimensões.

**Modelo**: «representação de um sistema que tenta explicar ou prever o comportamento das componentes que interessam» (Rouse e Putterill, 2003).

**Sistema**: conjunto de partes ou elementos (componentes) organizados como um todo e que interagem em função de um objectivo ou finalidade.

**Sistema de medição de performance**: «conjunto de políticas, sistemas e práticas organizacionais que coordenam e transferem informação para apoiar todo o ciclo de gestão da empresa» (Nanni et al., 1992).

**Dados**: «factos isolados fora de qualquer contexto (ex. números)» (Spitzer, 2007).

**Informação**: «selecção organizada de dados apresentada de modo a que o utilizador possa reconhecer o seu significado...usualmente através de organização, comparação, análise e visualização de dados» (Spitzer, 2007).

**Conhecimento**: «informação relevante para a pessoa que a pode utilizar na acção» (Spitzer, 2007).

<sup>46</sup> Pode ser operacional (relativo à produção e venda em sentido amplo), de apoio, de gestão e administrativo.

<sup>47</sup> P/E ratio = Preço de mercado da acção/lucros da empresa.

**Caixa Nº 4.2 (conclusão)**

**Eficiência:** relação entre o valor dos produtos (*outputs*) e os recursos (*inputs*) consumidos para produzir aqueles produtos. Procura-se a transformação óptima dos recursos em produtos, podendo traduzir-se pelo mínimo custo praticável<sup>48</sup> (dada a qualidade, tempo e disponibilidade requeridas), pela produtividade, pela ocupação (equipamento, instalações) e pelo rendimento dos materiais. Esta noção refere-se à eficiência técnica, a eficiência económica, ou de Pareto, requer que não haja outra afectação de recursos que melhore os benefícios da sociedade, logo a qualidade é incluída.

**Produtividade:** relação entre os produtos e os recursos efectivamente usados (ex. nº de horas de trabalho efectivo). Pode ser parcial (ex. do trabalho) ou global (com quantificação monetária).

**Eficácia:** atingir os objectivos ou produzir os produtos requeridos/desejados. Nos países anglo-saxónicos usa-se “*efficacy*” para designar o grau em que determinado programa (produto) atingirá, nas condições ideais, os objectivos pretendidos – reserva-se “*effectiveness*” para quando os objectivos são atingidos em condições normais/habituais (Pereira, 1992). Porque a gestão lida com situações reais é o segundo entendimento que se usa, até porque o termo *efectividade* não é correntemente usado em Portugal.

**Eficácia vs eficiência:** eficácia traduz-se em atingir os objectivos fixados e/ou produzir os produtos esperados enquanto a eficiência significa produzir gastando menos - bom uso de recursos, seja por menor custo, menor quantidade ou melhor combinação de factores.

**Economia:** aquisição dos recursos adequados (em quantidade e qualidade) ao menor custo e no tempo certo.

**Benchmarking:** processo planeado e sistemático de comparação com vista à melhoria contínua das entidades envolvidas ou de um seu sector ou função.

**Monitorização:** análise continuada (sistemática) de um determinado recurso, processo ou resultado (informação) de modo a prevenir a ocorrência de estados (efeitos) indesejados<sup>49</sup>. Na noção de acompanhamento pode incluir-se, para além da monitorização, o apoio e aconselhamento (para melhor resultado).

**Avaliação:** processo que conduz à “acção” de dar um “valor” - valorar traduz a formulação de um juízo, logo é subjectiva. Pressupõe medição prévia, análise da evolução recente (ex. ao longo do ano, face ao ano anterior) e do contexto em que a acção decorreu. Inclui-se a análise da adequação dos objectivos (iniciais), da informação e dos valores envolvidos.

**Controlo de gestão:** implica a actuação da gestão, após a avaliação, de modo a atingir a *performance* visada (meta/objectivo, padrão) –, uma decisão (ex. alterar o sistema de medição, reconhecer, despedir, diminuir poder) ou omissão de actuar, na convicção que a *performance* será atingida ou que haverá auto-regulação.

**Controlo:** «*processo de regulação pelo qual os elementos de um sistema ficam mais previsíveis através do estabelecimento de padrões fixados com vista a determinado objectivo, ou estado, desejado*» (Leifer e Mills, 1996).

**Sistema de controlo de gestão:** «*os mecanismos, formais e informais, e os processos usados pelas organizações para medir, controlar e gerir a performance, para implementar estratégias e, no fim de contas, para atingir os seus objectivos globais*» (Ferreira e Otley, 2005).

O sistema de medição actua em diferentes níveis (pessoas, unidades, negócios, organização) para alinhamento com a estratégia e, para integração horizontal em cada nível, em diferentes processos e departamentos. Visa a produção de informação relevante com vista à melhoria da *performance* e da decisão, sendo desenhado e implementado conforme as finalidades específicas: identificar áreas que necessitam de melhoria; motivar e facilitar a aprendizagem; prestar contas e controlar; comunicar e reportar para *interessados*; retribuir (Poister, 2003).

Nos quadros nº 4.9 e 4.10, no anexo 1, apresentamos as funções e motivos para medição de *performance*.

A importância da medição da *performance* deriva dos benefícios da sua utilização interna e externa.

<sup>48</sup> A partir de determinado nível porá em causa os requisitos exigidos pelos clientes e os efeitos esperados (*outcomes*).

<sup>49</sup> Por exemplo a diminuição de performance abaixo de certo limite (adopção de limite superior e inferior para controlo).



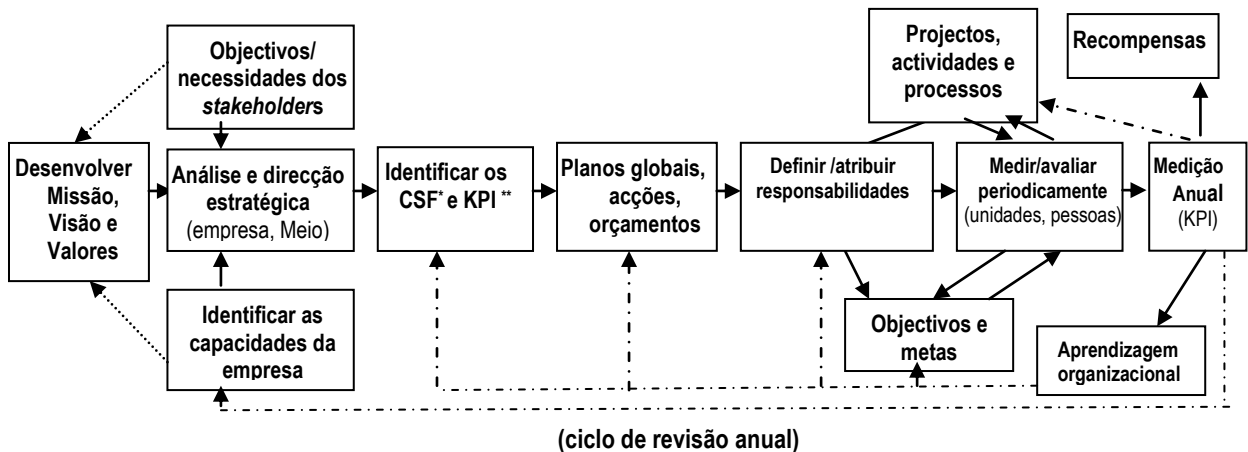
**Interna:** estratégia (formular, focar no longo prazo, implementar); melhorar a prestação de contas na empresa; planear, avaliar e controlar (definir objectivos garantindo alinhamento e congruência na empresa, ligar a acções e focalizar, garantir resultados); gerir a mudança e facilitar a adaptação da empresa; preparar a decisão – interpretar, compreender os problemas, determinar a evolução futura e a relação com variáveis; melhoria contínua (afecção de recursos, processos, resultados) e apoiar a definição de padrões e metas; melhorar a comunicação; motivar e ligar a recompensas; aprendizagem organizacional; avaliar a *performance* da governação e da gestão.

**Externa:** *reporting* público e comunicação com o exterior; informação específica para determinados *stakeholders*, por exemplo, compradores, consumidores e outros clientes, Estado e reguladores; *benchmarking*.

A medição de *performance* actua em quatro níveis: desenvolvimento e detalhe da estratégia; gestão de processos; avaliação de pessoas; análise do *break-point* – avaliação interna ou externa, ex. *benchmarking* –, para fundamentar mudanças em negócios, produtos e processos (Sinclair e Zairi, 1995a, 1995b).

O diagrama seguinte situa o sistema de medição de *performance* na gestão da empresa.

**Diagrama Nº 4.2: Sistema de medição de *performance* (global) – modificado de Sinclair e Zairi (1995b)**



(\*) CSF: *Critical success factors* (áreas cujos resultados se satisfatórios, garantem o sucesso).

(\*\*) KPI: *Key Performance Indicators* (indicadores que medem a *performance* nos CSF).

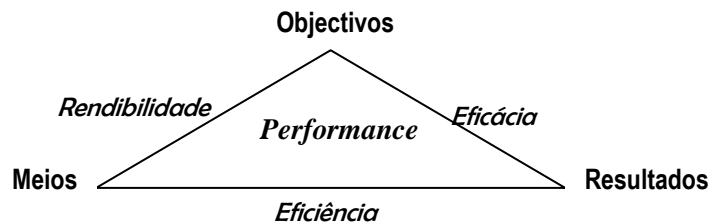
A medição de *performance* para ser eficaz deve possuir as características explicitadas no quadro seguinte (JCAHO, 2000; Poister, 2003).

**Quadro Nº 4.11: Características da medição da performance (JCAHO, 2000; Poister, 2003)**

Poister (2003)	JCAHO (2000)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validade e confiabilidade;</li> <li>- Com significado e fácil de compreender;</li> <li>- Equilibrada e compreensiva;</li> <li>- Indicando claramente a direcção preferida de crescimento<sup>50</sup>;</li> <li>- Atempada e com influência na acção (ligação a actividade ou programa);</li> <li>- Resistente a "deslocar objectivos"<sup>51</sup>;</li> <li>- Sensível ao custo (não redundantes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validade (apropriação dos dados para a finalidade em causa) e confiabilidade - mesmo resultado em várias medições, consistência;</li> <li>- Relevância, importância para as finalidades da organização e ligação à estratégia e objectivos;</li> <li>- Compreensividade, grau em que abrange os processos e funções principais da organização;</li> <li>- Variação, medir e explicar a variabilidade (causa comum ou especial);</li> <li>- Utilidade, na melhoria de processos e/ou resultados;</li> <li>- Custo-eficácia.</li> </ul>

Gartiser *et al.* (2004) propuseram um modelo que integra a medição da *performance* na estratégia da empresa. Como se pode ver no diagrama que se segue, adaptado daqueles autores, a *performance* da empresa aparece como ponto de encontro de meios, objectivos e resultados.

**Diagrama Nº 4.3: Objectivos, meios e resultados na empresa - adaptado de Gartiser *et al.* (2004)**



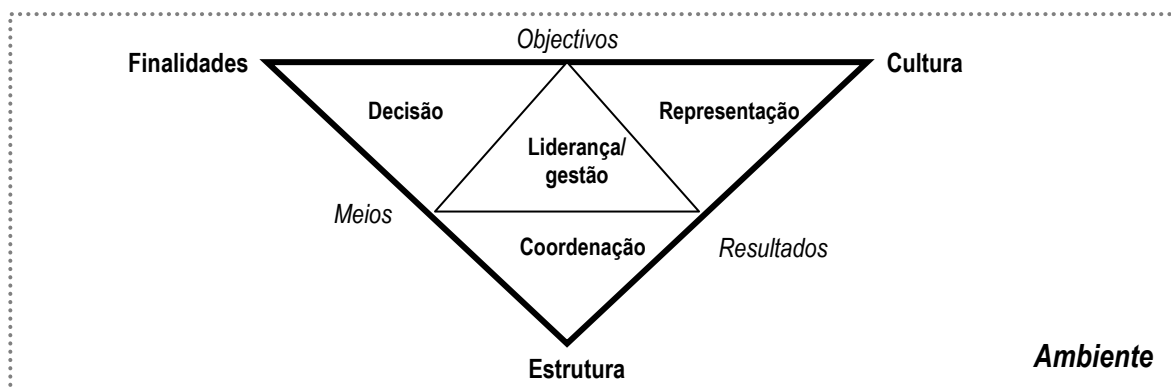
Segundo os autores citados a *performance* de uma actividade ver-se-á em três eixos: meios-resultados, salientando a eficiência de transformação dos meios em resultados (mais propriamente dos recursos em produtos); resultados-objectivos, evidenciando a eficácia de transformação dos recursos (isto é, entre os resultados alcançados e objectivos visados); objectivos-meios, questionando a rendibilidade dos investimentos (afecção adequada de todos os recursos).

As actividades da empresa são realizadas dentro de uma coerência global, que é consequência de outro tríptico (finalidades, estrutura, cultura) e pela interacção com o ambiente em que se insere (Gartiser *et al.*, 2004).

<sup>50</sup> Indicando o sentido considerado "bom" (ex. se valor aumentar é evolução positiva).

<sup>51</sup> No original "goal displacement", seja a tendência do gestor se concentrar no indicador em detrimento dos objectivos do programa ou da empresa (ex. armazém concentra-se em ter menos de 15 dias de stock fazendo perder clientes com rupturas).

Diagrama Nº 4.4: Actividades da empresa e seu enquadramento – adaptado de Gartiser *et al.* (2004)



Os requisitos para integração da medição de *performance* foram apontados por vários autores:

- Alinhamento com a estratégia e com os requisitos externos, permitindo a monitorização da sua implementação (Gregory, 1993; Mintzberg, 1994; Amaratunga e Baldry, 2002);
- Reflectir a cultura da empresa, e a forma como a estratégia é detalhada e levada à prática em toda a organização (Kennerley e Neely, 2002; Pun e White, 2005);
- Assegurar a repartição e concretização dos objectivos em cascata pelos negócios e unidades, coordenar as múltiplas acções que os irão implementar e promover o uso racional de recursos (Ghalayini *et al.*, 1996; Toni e Tonchia, 2001);
- Ligação aos restantes subsistemas de gestão reforçando o alinhamento e a consistência de actuação necessárias para a concretização da estratégia (Eccles, 1991; Mintzberg, 1994; Sinclair e Zairi, 1995a).

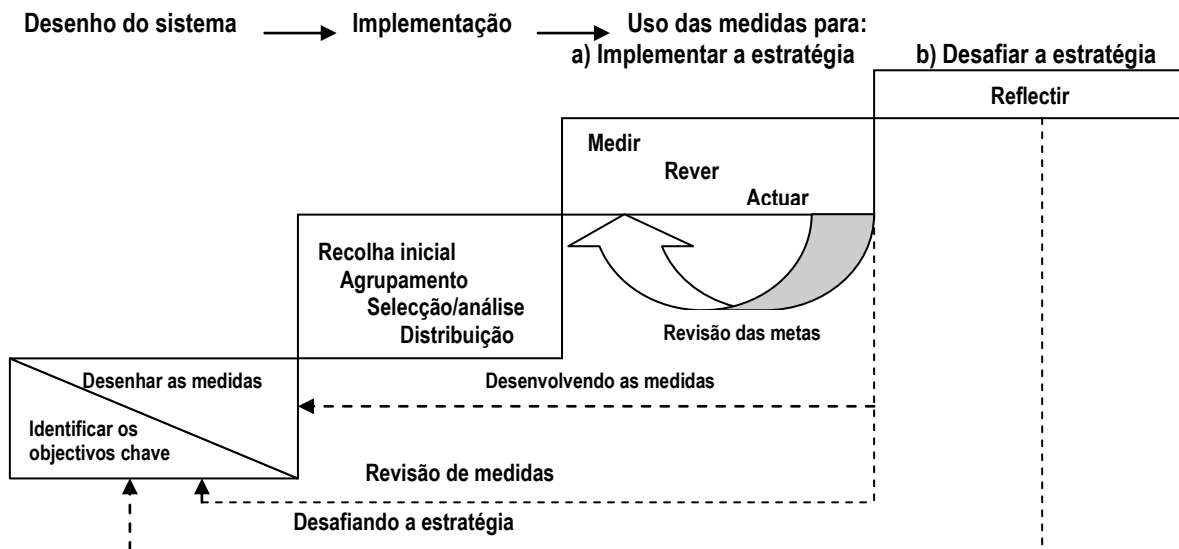
#### 4.3.2. Sistema de medição da *performance*

##### 4.3.2.1. Fases e elementos do sistema

O sistema de medição é necessariamente dinâmico, adaptando-se às mudanças do contexto, externo e interno, incluindo neste as modificações impostas pela liderança (estrutura, cultura, sistemas de gestão) e as permitidas por alterações tecnológicas na sua infra-estrutura (Bourne *et al.*, 2000).

O diagrama seguinte mostra a sequência de fases – desenhar as medidas, implementá-las e usá-las –, o que nelas está incluído e a retroacção que permite a revisão das medidas mas também a actuação sobre os pressupostos da estratégia.

Diagrama Nº 4.5: Desenvolvimento do sistema de medição – adaptado de Bourne *et al.* (2000)



O sistema de medição abrange o que e como é medido, sublinhando que:

- A definição específica das medidas é importante, para o “designer” e para o utilizador;
- As diferentes dimensões utilizadas da *performance* são importantes (dada a focalização da gestão) para os utilizadores do sistema, sejam internas ou externas, financeiras ou não financeiras, avançadas ou atrasadas, equilibradas;
- A estrutura (modo como as medidas interagem) também é importante (Bourne *et al.*, 2005).

No sistema de medição de *performance* incluem-se as medidas (individuais, conjunto), os processos e a relação com o contexto assim como a infra-estrutura que o viabiliza.

As medidas individuais, base de todo o sistema de medição, deverão possuir determinadas características gerais (bons instrumentos de medida), serem organizadas em conjunto coerente (incluindo as dimensões relevantes) e adequado ao objecto cuja *performance* se pretende medir. Este conjunto deve inserir-se no contexto estratégico da empresa, dando resposta às suas necessidades de medição, internas (ex. operações) e externas – relativas aos *stakeholders* e ambiente externo.

#### 4.3.2.2. Medidas Individuais de *performance*

As medidas caracterizam-se por três dimensões intrínsecas – tipo de unidade, nível de agregação e tipo de decisão –, como se ilustra de seguida (Pun e White, 2005).

- Tipo de unidade** – Quantitativa (ex. física, monetária, %); Qualitativa (ex. satisfação de clientes).
- Nível de agregação** – Global (organização) e parcial (ex. negócio A, unidade X).
- Tipo de decisão** – Estratégica, tática ou operacional.

Assim o sistema de medição de *performance* pode incluir medidas aproximadas desde que o conjunto incluído seja representativo, por exemplo em *Balanced Scorecard* (BSC).

As principais características e dimensões de *performance* que as empresas deviam considerar estão explicitadas no quadro que se segue.

**Quadro N° 4.12: Dimensões e características da *performance* (Hudson et al., 2001)**

Dimensões de <i>performance</i>	Características específicas das medidas
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualidade;</li> <li>– Flexibilidade;</li> <li>– Tempo;</li> <li>– Finanças;</li> <li>– Satisfação dos consumidores;</li> <li>– Recursos humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Derivadas da estratégia;</li> <li>– Liguem as operações aos objectivos estratégicos;</li> <li>– Claramente definidas/finalidade explícita;</li> <li>– Relevantes e fáceis de manter (actualizar);</li> <li>– Simples de compreender e usar;</li> <li>– Forneçam feedback rápido e preciso;</li> <li>– Estimulem a melhoria contínua.</li> </ul>

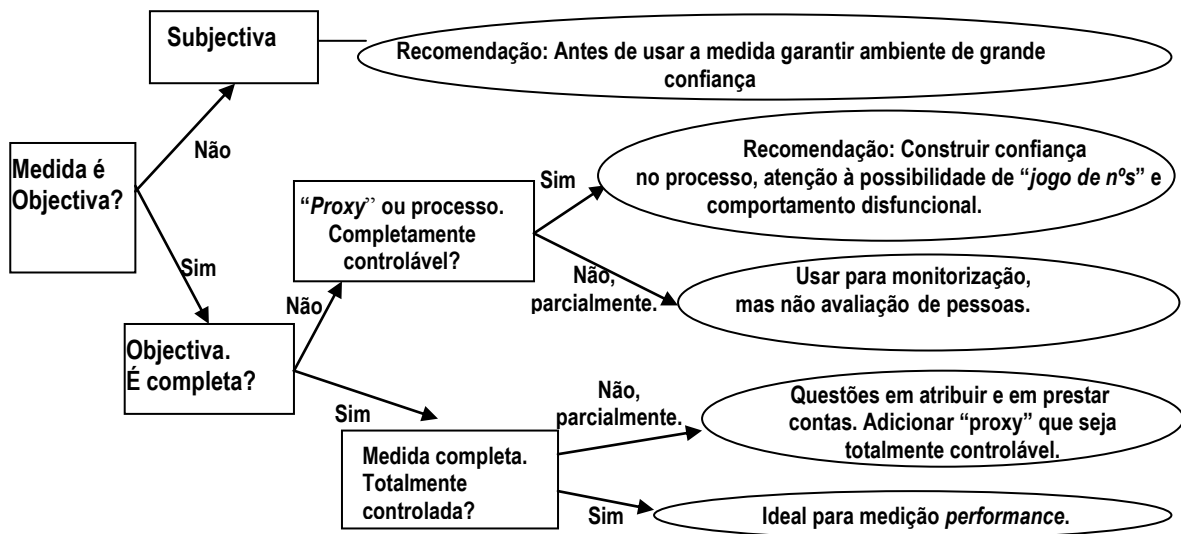
Brown (1996) sintetizou as características que as medidas deviam ter:

- Representarem o essencial (“*vital few versus trivial many*”);
- Ligadas à visão, valores e factores chave de sucesso;
- Focadas no passado, presente e no futuro;
- Ligadas às necessidades dos consumidores, accionistas e empregados;
- Abrangerem toda a empresa (diversos níveis) e serem consistentes;
- Múltiplas medidas podem ser combinadas em índices globais;
- Mudarem quando a estratégia e a situação se alterarem;
- Metas e objectivos baseados em investigação.

A fase de desenho não deve terminar sem que as medidas sejam exigentemente testadas; ver quadro n° 4.13 no anexo 1.

Simons (2000) sublinha a necessidade de a medida ser *responsiva* (logo, de a actuação do gestor influenciar o seu valor), o que supõe que o gestor tenha poder sobre a área que a medida cobre ou, no mínimo, algum controlo – ver diagrama seguinte.

Diagrama Nº 4.6: Árvore de decisão de medidas – adaptado de Simons (2000)



Neely *et al.* (2005) analisaram as medidas de qualidade, tempo, flexibilidade e custo – o quadro seguinte, extraído do artigo citado, enumera as suas múltiplas dimensões.

Quadro Nº 4.14: Dimensões de algumas medidas (Neely *et al.*, 2005)

Qualidade	Tempo	Flexibilidade	Custo
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Performance</li> <li>– Características</li> <li>– Consistência</li> <li>– Conformidade</li> <li>– Duração técnica</li> <li>– Serviço</li> <li>– Estética</li> <li>– Qualidade percebida</li> <li>– Humanidade</li> <li>– Valor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tempo de ciclo de produção</li> <li>– Taxa de introdução na produção</li> <li>– Tempo de entrega</li> <li>– Performance face tempo entrega</li> <li>– Frequência de entrega.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualidade do material</li> <li>– Qualidade do produto</li> <li>– Novos produtos</li> <li>– Produtos modificados</li> <li>– “Deliverability”*</li> <li>– Quantidade</li> <li>– Mix de componentes**</li> <li>– Mix de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Custo de produção</li> <li>– Valor adicionado</li> <li>– Preço de venda</li> <li>– Custo de exploração</li> <li>– Custo do serviço.</li> </ul>

(\*) Número de anos em que o produto pode cumprir com o seu objectivo e mercado. (\*\*) Nº de componentes diferentes que podem ser manipulados pelo equipamento.

A mudança nas medidas de qualidade correspondeu à evolução dos sistemas de gestão da qualidade, começando pelo controlo, evoluindo para a garantia – visavam garantir um nível mínimo de qualidade, equilibrando os custos de prevenção, de avaliação e devidos à falta de qualidade –, passando pela melhoria contínua e para a qualidade total. Aqui a satisfação dos consumidores adquiriu uma elevada importância, por exemplo no sistema Baldrige tem peso de 30% do total.

Nas medidas de tempo evoluiu-se para a inclusão de medidas que visavam a redução do tempo total de ciclo e da duração do processo de produção. Passou também a medir-se o tempo total de desenvolvimento de um produto, da concepção à colocação no mercado. Nas medidas de custo

verificaram-se poucas inovações, salvo um novo modelo de custeio (ABC<sup>52</sup>) e um novo processo de calcular o valor acrescentado (EVA). Verificou-se um consenso crescente quanto à medição da produtividade dever incidir em todos os factores (total) e não apenas num (parcial) (Neely *et al.*, 2005).

Diversos autores concluem pela importância de indicadores não financeiros:

- Olson e Slater (2002) citam um estudo<sup>53</sup> que provou que os analistas de investimento que utilizavam indicadores financeiros e não financeiros apresentavam resultados mais acertados que aqueles que usavam apenas os financeiros – os autores concluíram que uma avaliação da *performance* mais compreensiva tem maior validade de previsão que a puramente financeira.
- Medidas não financeiras justificam-se, em complemento das financeiras, porque: conduzem a *performance* financeira futura (alavanca); reflectem melhor o esforço e progresso da gestão em direcção aos objectivos; antecipam resultados de longo prazo (indicador avançado), contrariando a excessiva focalização da gestão no curto prazo (Banker *et al.*, 1998).
- Há consenso entre os diversos autores quanto à necessidade de medidas que abarquem várias áreas e dimensões da *performance*. A visão multi-dimensional é um requisito que resulta da necessidade de monitorizar a satisfação dos diversos *stakeholders* da empresa e de abranger os diversos elementos que compõem algumas áreas da *performance* (Rouse e Putterill, 2003).
- Num estudo abrangendo 128 empresas concluí-se que os três tipos de medidas (financeiras, quantitativas não financeiras, subjectivas) tinham pontos fortes e fracos, sendo o verdadeiro desafio conseguir uma boa combinação de medidas, não optar por uma delas (Chow e Stede, 2006).

#### 4.3.2.3. Conjunto de medidas / Sistemas integrados de *performance*

As medidas podem ser organizadas num sistema integrado de *performance*, ao invés de uma colecção mais ou menos arbitrária.

Esses sistemas deverão ser:

- Dinâmicos contendo 4 subsistemas: monitorização externa; monitorização interna; revisão; detalhe e concretização dos objectivos e prioridades revistos anteriormente (Bititci *et al.*, 2000).
- Ligados à estratégia através de: maior focalização na criação de valor para os *stakeholders*; mudança na gestão, das funções para os processos de negócio; encantar os *stakeholders* e motivar os profissionais; melhorar e inovar os serviços e produtos (Pun e White, 2005).
- Bititci *et al.* (2005) citam vários autores e concluem que o sistema de medição deve ser: equilibrado, com a inclusão dos diversos *stakeholders*; integrado, a relação entre as várias medidas deve ser compreendida e considerada; informar a estratégia (fornecendo *input* para implementação e revisão) e detalhá-la, propagando e traduzindo a estratégia por toda a organização; focar nas unidades de negócio e nos processos que criam valor; incluir as competências e capacidade que determinam a criação e sustentação do valor; incluir contribuições dos *stakeholders* que geram o sucesso ou falhanço da empresa.

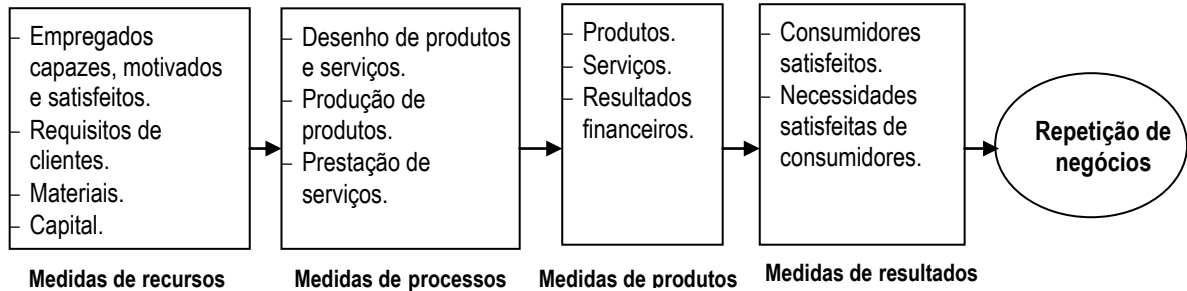
<sup>52</sup> ABC = Activity Based Cost; EVA = Economic Value Added = lucro líquido após impostos – (capital empregue x custo do capital).

<sup>53</sup> Da Ernst and Young, ver Daly, D. (1996), Performance measurement and management. *Management Accounting*, 78/1, pp 65-66.

Analisaremos de seguida alguns exemplos de modelos integrados de *performance*: modelo de Brown e pirâmide de *performance*, determinantes de resultados, *balanced scorecard*, qualidade total.

O modelo de Brown (1996) centra-se nos processos operacionais, mostrando o fluxo (recursos, sistema de processamento-productos-resultados) e as medidas que lhes correspondem (diagrama seguinte).

**Diagrama Nº 4.7: Processos e medidas (Brown, 1996)**



O modelo apresentado por Sink e Tuttle (1989) relaciona sete critérios: eficiência; eficácia; qualidade; produtividade; qualidade do trabalho (*quality of the work life*); inovação; rendibilidade. Aos dois primeiros critérios (eficiência, eficácia) foi acrescentada a adaptabilidade – medida em que a empresa está preparada para o futuro (Moseng e Bredrup, 1993).

Cross e Lynch (1991) preocuparam-se com a articulação das medidas em quatro níveis: estratégia e *performance* da organização (gestão de topo); detalhe para cada negócio; unidade de cada negócio; unidades operacionais. Propõem um conjunto de objectivos e medidas para aqueles níveis em forma de pirâmide.

**Diagrama Nº 4.8: Pirâmide de *performance* (Cross e Lynch, 1991)**

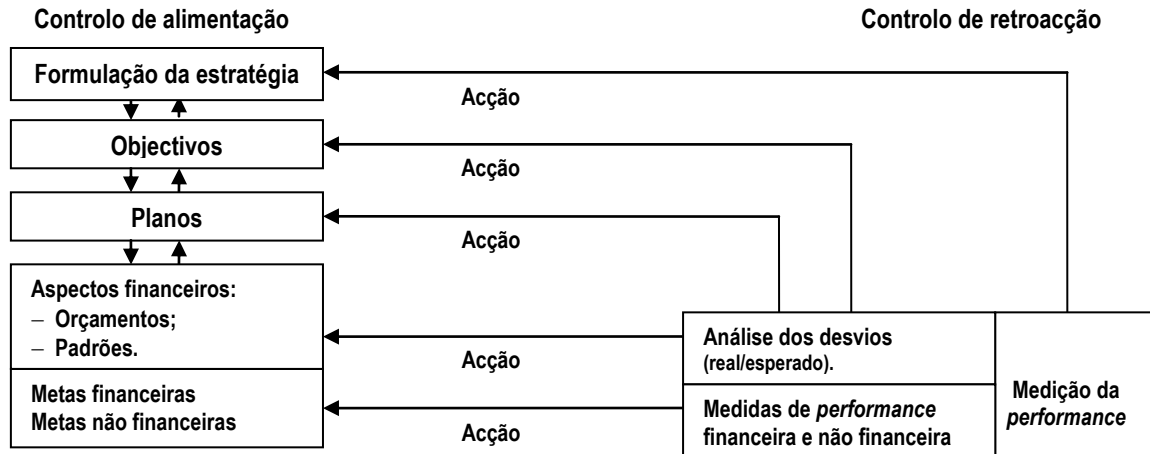


Fitzgerald *et al.* (1991) apresentaram um modelo que mantém, relativamente à pirâmide de *performance*, o alinhamento com a estratégia e a integração horizontal de actividades introduzindo a



relação entre resultados e seus geradores. Pode ser descrito através dos dois componentes que apresentamos no diagrama seguinte – ver também o quadro nº 4.15 no anexo 1.

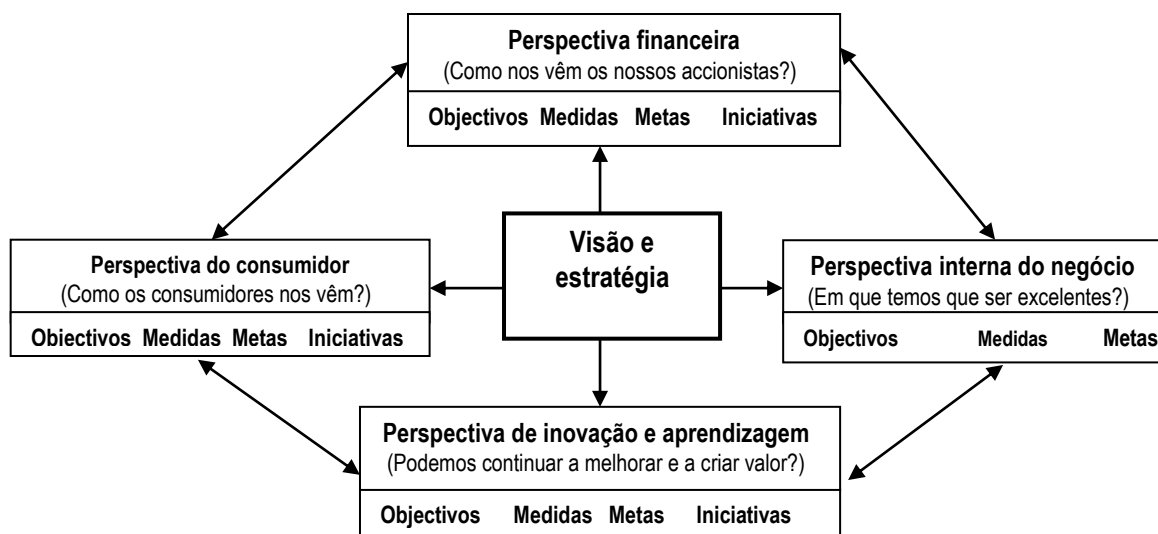
**Diagrama Nº 4.9: Controlo bi-direccional: alimentação e retroacção<sup>54</sup> – adaptado de Fitzgerald (1991)**



O modelo BSC de Kaplan e Norton (1992) mantém<sup>55</sup> os aspectos adquiridos nos modelos anteriores (geradores/resultados através dos mapas estratégicos, alinhado com estratégia/integração horizontal) e é equilibrado quanto a: medidas (financeiras e não financeiras) e dimensões consideradas; prazo e impacto das medidas (curto/longo, atrasadas/avançadas); e quanto aos objectivos dos *stakeholders* (accionistas, mas também consumidores e profissionais).

As quatro perspectivas (financeira, consumidores, interna, inovação/aprendizagem) representam os aspectos essenciais da *performance* e, em cada uma, a empresa incluirá os seus objectivos, medidas, metas e acções definidas para o período, recorrendo a mapas estratégicos que irão traduzir a estratégia em objectivos (diagrama seguinte). No quadro nº 4.16, no anexo 1, apresentamos um exemplo de mapa estratégico integrado num *balanced scorecard* (BSC).

**Diagrama Nº 4.10: O Balanced Scorecard (Kaplan e Norton, 1992)**



<sup>54</sup> "Feedforward and feedback", no original.

<sup>55</sup> Mede os resultados (finanças e consumidores) e seus geradores (perspectivas interna e de inovação/aprendizagem).

Os geradores de resultados considerados dizem respeito, normalmente, à organização – inovação, melhoria de processos, satisfação de pessoas – podendo porém situar-se ao nível individual, do grupo ou mesmo do meio ambiente.

O BSC será depois detalhado e concretizado através de processo em cascata para cada negócio e área (e daí até aos objectivos individuais). Deste modo conseguir-se-á o alinhamento da estratégia com os objectivos sectoriais/operacionais e com as medidas de *performance* que irão dar consistência à actuação dos diversos intervenientes.

O BSC é um modelo poderoso que pode ser usado como instrumento para:

- Planeamento, facilitando a compreensão da estratégia, da contribuição de cada unidade para os objectivos globais bem como a monitorização da sua implementação nos diversos negócios e departamentos da empresa;
- Controlo, actuando sobre a *performance* e sobre factores que dificultam a coordenação horizontal e a concretização de objectivos;
- Reporting, fornecendo informação objectiva e sintética que facilita a comunicação e a aprendizagem organizacional e permitindo o *empowerment* responsável em todos os níveis;
- Mudança, promovendo a difusão de informação e, através dos três aspectos anteriores, conduzindo a maior motivação e menor resistência à mudança (Sharif, 2002).

O BSC é o sistema integrado de *performance* que teve maior adesão no meio empresarial em grande parte porque, como instrumento de medição, combina os indicadores financeiros, que descrevem o que globalmente aconteceu (atrasados e agregados), com medidas que mostram o que está a acontecer (alerta para acções necessárias) e outras que antecipam os resultados futuros. A ligação à estratégia e às actividades completam a “vantagem competitiva” do BSC.

Kennerley e Neely (2002) apontaram falhas ao BSC entre as quais: falta de dimensão competitiva, não reconhecer a importância da *performance* das pessoas e dos fornecedores. A primeira pode ser suprida por fixação de metas relativamente à concorrência enquanto a segunda exige adaptação<sup>56</sup> do BSC.

Kanji e Sá (2002) adaptaram o BSC integrando nele a filosofia de qualidade total. Consideram quatro princípios – encantar o consumidor, gestão por factos, melhoria contínua, gestão baseada em pessoas.

Sobre o **impacto** do sistema de medição na *performance* há três referências a fazer:

- As empresas melhor sucedidas no período 1989-1994 reportavam uso acrescido de medição (Fawcett e Cooper, 1998);
- Um estudo realizado na Nova Zelândia concluiu que as organizações que usavam medidas não financeiras integradas em novos sistemas de medição tinham maior *performance* (Upton, 1998);
- As empresas que usavam medidas não financeiras ligadas a resultados financeiros (ex. BSC) tinham resultados globais<sup>57</sup> significativamente mais elevados (Ittner e Larker, 2003).

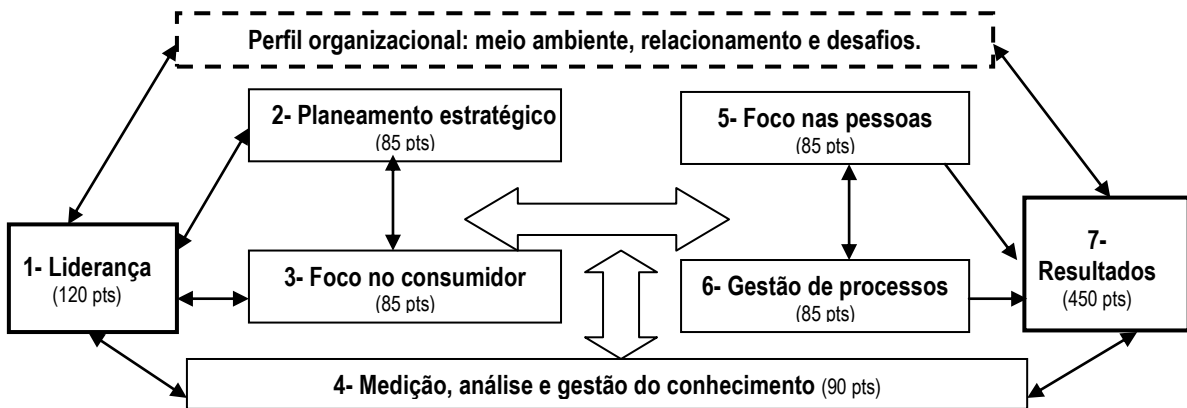
---

<sup>56</sup> Dependendo da importância (ex. nos hospitais os fornecedores não são, normalmente, factor crítico de sucesso).

<sup>57</sup> Medidos em ROA (*return on assets*) e ROE (*return on equity*).

Entre os modelos baseados na autoavaliação e na procura da qualidade total salientamos o europeu EFQM<sup>58</sup> e o correspondente americano que instituiu o conhecido prémio Baldrige – este é representado no diagrama seguinte.

Diagrama Nº 4.11: Modelo Baldrige, (Baldrige, 2009)



Estes modelos mantiveram as características dos modelos anteriormente analisados – resultados/seus geradores, alinhamento estratégico, integração horizontal, equilíbrio das medidas – e, tendo integrado a melhoria contínua, sublinham o papel da liderança e a importância dos profissionais e dos consumidores.

O papel decisivo da liderança no modelo reforça a importância de haver avaliação periódica orientada para a sua melhoria e também para reconhecimento.

#### 4.3.2.4. Processos, contexto e infra-estrutura do sistema de medição

A medição inclui todos os passos até à obtenção do valor – selecção e colheita de dados, análise e interpretação da informação. Outros processos visam a gestão e a manutenção corrente do sistema (sendo essencial a existência de responsável único), a revisão das medidas – modificar, excluir, introduzir –, do seu cálculo/análise, difusão e utilização.

Bourne *et al.* (2000) citam diversos autores e concluem sobre os requisitos do sistema de medição de *performance*:

- Incluir um processo de desenvolvimento de medidas individuais à medida que a *performance* e as circunstâncias mudam (Dixon *et al.*, 1990);
- Incluir um processo de revisão e modificação do conjunto de medidas em uso - o que deve fazer-se de modo a coincidir com as mudanças externas, seja no ambiente competitivo ou na direcção estratégica (Dixon *et al.*, 1990; Ghalayini e Noble, 1996);
- Ser usado para desafiar os pressupostos da estratégia.

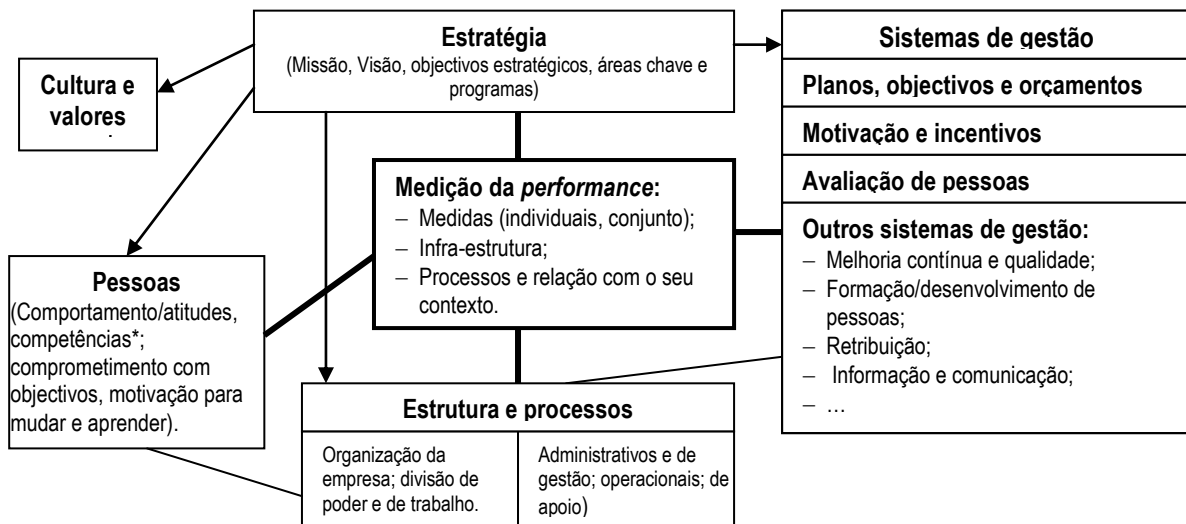
<sup>58</sup> European Foundation for Quality Management.

As melhores empresas apresentavam, na medição de *performance*, diferenças significativas nomeadamente no alinhamento com a estratégia, recolha e análise de dados, interpretação e avaliação, comunicação, decisão e transformação em acção (Bourne *et al.*, 2005).

As actividades de processamento de informação consistem em: recolher dados brutos; coligir (compilar dados de diferentes fontes num conjunto integrado); classificar (afectar os dados a categorias com significado de modo a possibilitar a análise); analisar (procurar padrões de comportamento que existam no conjunto de dados); interpretar (explicar as implicações dos padrões que tenham sido identificados); disseminar (como as implicações dos padrões são comunicadas) (Kennerley e Neely, 2003).

O sistema de medição de *performance* interage com a sua envolvente interna e externa. Internamente o sistema de medição de *performance* terá que ser consistente com a cultura e ser desenhado e implementado em função da estratégia, bem como da estrutura e sistemas de gestão que a empresa utilizará para concretizar a estratégia definida. Na nossa opinião as principais componentes<sup>59</sup> e ligações do sistema de medição são as que incluímos no diagrama seguinte.

Diagrama Nº 4.12: Medição no contexto interno



(\*) Segundo Spitzer (2007) incluem: aptidões pessoais, habilidades, conhecimentos e experiência.

No contexto externo impõe-se a monitorização do ambiente – em especial<sup>60</sup> a satisfação dos *stakeholders* e da evolução da *performance* de concorrentes e parceiros –, bem como o controlo da implementação da estratégia (produtos, áreas geográficas, segmentos de mercados).

A infra-estrutura do sistema de medição é composta pelos procedimentos e regras aplicáveis (ex. vocabulário e definições), pelos programas, equipamentos e infra-estrutura tecnológica.

<sup>59</sup> Outras componentes a incluir seriam, por exemplo, o estilo de gestão e as expectativas da medição.

<sup>60</sup> Para além de questões de competitividade (e de parcerias) também serão monitorizadas a situação política e económica.

### 4.3.3. Medição, Avaliação e gestão da *performance* das Organizações

#### 4.3.3.1. Da medição à avaliação e ao controlo

A medição de *performance*, apesar do seu carácter objectivo, deve fazer-se através de diálogo em todo o ciclo (Spitzer, 2007). Só assim se obterão os melhores resultados para a empresa, incluindo maior aprendizagem e a concretização de mudanças/transformações, mais do que simples melhorias.

A avaliação tem algo de subjectivo (fazer um "juízo") e, por isso, cria desconfiança e desconforto nos intervenientes. Daí a necessidade de a avaliação assentar em medição tecnicamente sólida e participada e em ambiente de diálogo, de abertura à aprendizagem e de melhoria contínua.

Rouse e Putterill (2003) apresentaram um modelo de abordagem com quatro níveis de análise, em ciclos de âmbito cada vez mais alargado (ver diagrama nº 4.13 no anexo 1): processo básico; planeamento e avaliação; contexto organizacional; interface com o Meio e os *stakeholders*.

Esta abordagem permite analisar o processo de adaptação da empresa ao Meio através de:

- Transformação de recursos fornecidos pelo Meio (contribuições) com vista a benefícios, onde se situam processos com o seu fluxo (físico) de conversão de recursos em produtos e serviços – nessa transformação exige-se eficiência (produtos/recursos) e eficácia, atingir objectivos correspondendo aos benefícios esperados;
- Alinhamento da visão e objectivos estratégicos, traduzidos em objectivos anuais, planos e padrões/normas de *performance* – para minimizar o desperdício e a duplicação de esforços, promover actuações consistentes com a direcção escolhida e, assim, ver garantido o fluxo futuro de recursos (contribuições em equilíbrio com os benefícios);
- Funcionamento de instrumentos de controlo em sentido amplo – medição, avaliação, cultura, estrutura, expectativas dos interessados – que garantem a adequação daquela transformação e o alinhamento na empresa.

A avaliação pode ser formativa – durante a implementação e para a guiar e medir o progresso – ou sumativa<sup>61</sup>, no fim do período para conclusão definitiva e actuação mais vasta.

A avaliação da *performance* está condicionada por três factores – estilos de avaliação, estrutura de incentivos, alinhamento estratégico – e engloba, para além da medição da *performance*, outras duas perspectivas com ênfase especial no sector público: auditoria de *performance*, focada no controlo e prestação de contas da gestão; avaliação de programas, mais preocupada com os impactos das actividades da empresa (ex. sociais e ambientais) (Rouse e Putterill, 2003).

Diríamos que a medição da *performance* inclui apenas as medidas (conjunto) e a análise dos valores obtidos, enquanto a avaliação da *performance* requer a definição de objectivos e padrões, o diálogo sobre que valores são possíveis/"bons/razoáveis/inaceitáveis" bem como sobre as condições (internas e externas) em que aqueles estão suportados. O cumprimento das regras vigentes (por ex., tratamento de informação) e o respeito pelos princípios e valores da empresa completam o quadro da avaliação<sup>62</sup>. A avaliação requer uma apreciação subjectiva sobre a *performance*, tendo em conta o que de facto se verificou (medição, contexto, condições vigentes) e

<sup>61</sup> Avaliação formativa: "quando o cozinheiro prova a comida"; sumativa: "quando é o convidado a prová-la".

<sup>62</sup> Nestes aspectos justifica-se auditar para comprovar a bondade dos resultados e o rigor da informação usada.

o que era esperado (meta, condições esperadas do meio, contexto interno), nas diversas dimensões e com respeito aos vários *stakeholders*.

A medição, que não passa de quantificação através da comparação do objecto com uma unidade padrão ou objectivo, representa a “parte do meio” do caminho<sup>63</sup>, o qual começa com:

- Definição de objectivos e metas para orientarem a acção e motivarem à sua concretização – se aquelas não forem “*bem*” fixadas os benefícios da avaliação serão poucos ou nenhuns;
- Clarificação (antecipada) da forma como será feita a medição e das consequências dos diversos níveis de *performance*, o que irá reforçar a motivação e o comprometimento.

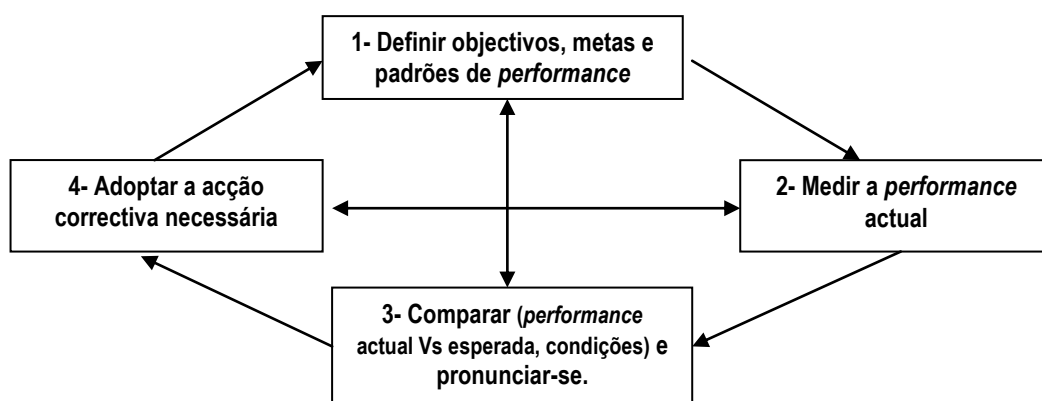
O caminho continua depois com a medição intermédia e com a aprendizagem que clarificará como atingir a *performance* desejada, o que permitirá as decisões e acções adequadas à situação que, finalmente, conduzirão à obtenção final do melhor resultado para a empresa.

Se a medição da *performance* é importante pela informação, pelo conhecimento e pela compreensão que gera dos fenómenos (situação), mais ainda o é quando orientada para a acção e para a melhoria da organização.

[Relembramos a teoria da fixação de objectivos: objectivos e metas adequados geram focalização e dirigem a atenção, mobilizam as competências e motivam a maior esforço e persistência das pessoas para os concretizarem. Comprometimento com três aspectos: aceitação dos objectivos e valores da organização; vontade de se esforçar em prol da organização; desejo de permanecer na organização (Mowday *et al.*, 1982).]

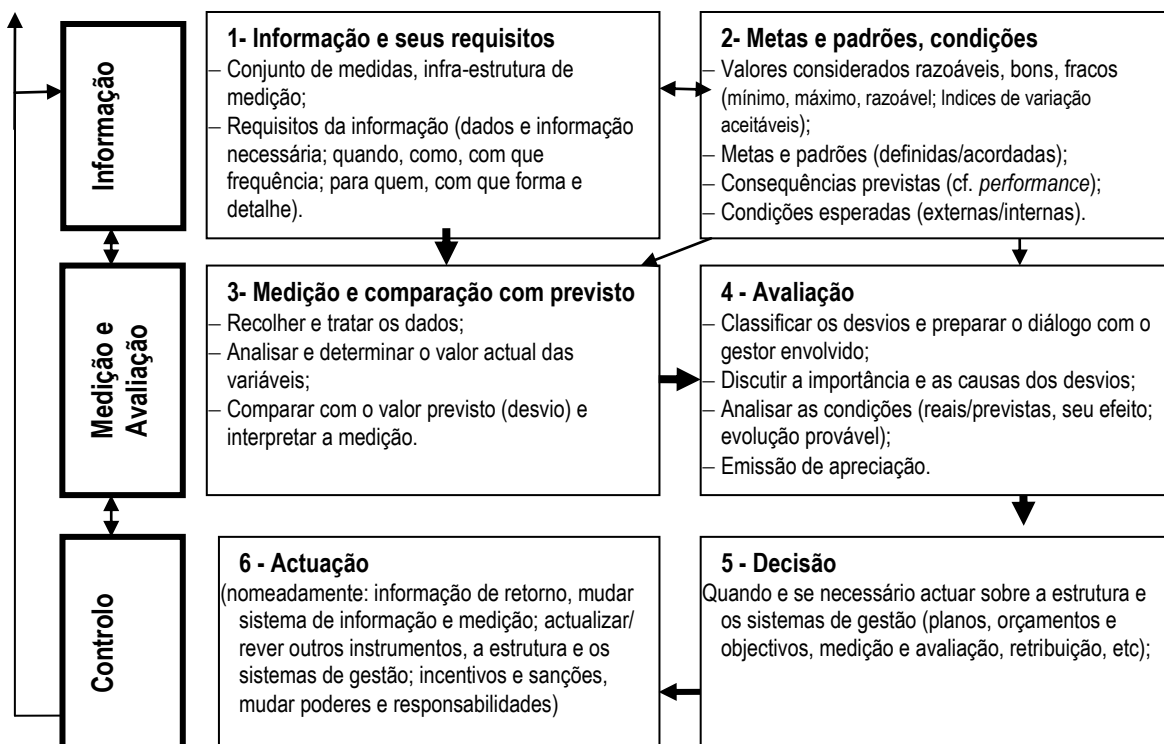
O controlo será tratado posteriormente em ponto específico, motivo por que aqui nos limitamos a efectuar uma breve destrição do controlo de gestão relativamente à avaliação da *performance*. Dos dois diagramas que apresentamos de seguida podemos concluir que o controlo engloba a avaliação e integra a acção correctiva subsequente.

Diagrama Nº 4.14: Processo de controlo: etapas principais



<sup>63</sup> Nem a medição nem a avaliação são um destino, apenas percursos para um fim.

Diagrama Nº 4.15: Avaliação e controlo da *performance*



#### 4.3.3.2. Avaliação e gestão da *performance* das organizações

A *performance* da organização é «a extensão (grau) em que o sistema está a atingir os seus objectivos» (Hurst e Jee-Hughes 2001); outros autores situam o conceito no futuro (capacidade /potencial), no local e contexto concreto da empresa: «potencial para futura implementação com sucesso de acções em ordem a alcançar os objectivos e metas» (Lebas, 1995).

Esta relação com «alvos em movimento» torna claro que a *performance* da organização é um conceito necessariamente: dinâmico e orientado para o futuro, mudando com a empresa e o seu contexto particularmente com a evolução dos objectivos e metas que forem definidos; produto da gestão (governação) da empresa, logo não objectivo, visando o melhor uso dos recursos na concretização dos objectivos (dentro de constrangimentos); multidimensional, para ir de encontro aos diversos *stakeholders* e variáveis envolvidas.

Essencialmente a avaliação da performance olha para o passado<sup>64</sup> com vista a garantir o cumprimento da visão e objectivos definidos (futuro). Porém, se a empresa quiser recolher todos os benefícios da medição de *performance* terá que passar a gerir através das medidas (Amaratunga e Baldry, 2002). Quando nos situamos numa perspectiva ampla e estratégica da organização, com orientação para o futuro e para a melhoria contínua de resultados, estaremos a fazer gestão da performance.

A gestão da *performance* é uma filosofia de gestão que se apoia na medição de *performance* mas que a «precede e segue num ciclo virtuoso que cria o contexto da medição» (Lebas, 1995). A

<sup>64</sup> Medir, um dos seus componentes, é por definição uma operação relativa ao passado.

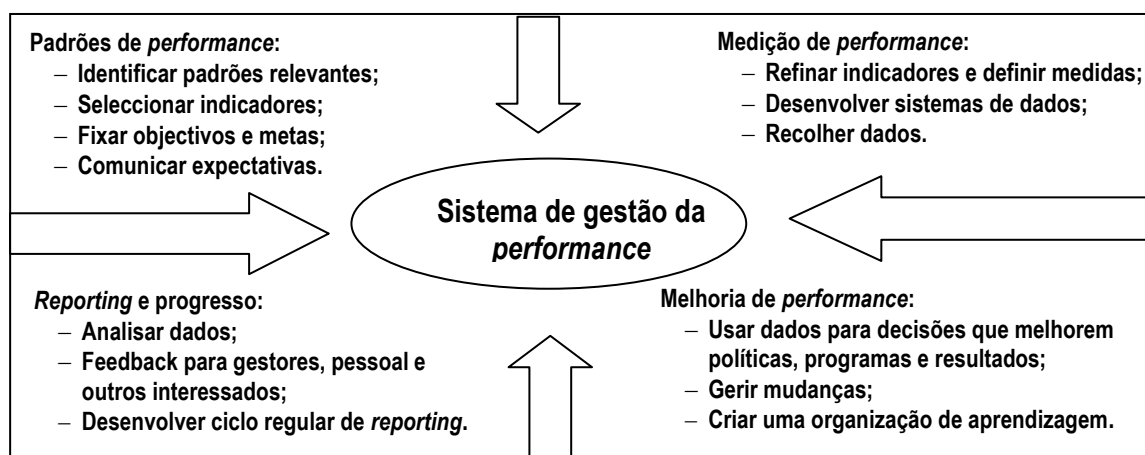
medição surge assim como um instrumento e um subconjunto da gestão da *performance* da organização.

A gestão da *performance* é “*comunicação, motivação, controlo e melhoria*”, visto que o sistema:

- Fornece a informação sobre o que é importante (*comunicação*);
- Promove os comportamentos adequados (*motivação*);
- Fornece os instrumentos para prestação de contas e controlo (*controlo*);
- Cria os mecanismos para actuação e aprendizagem (*melhoria*) (Radnor e Barnes, 2007).

Paladino (2007) vê a gestão da *performance* como resultado de quatro componentes: medição, padrões, *reporting*, melhoria.

**Diagrama Nº 4.16: Sistema de gestão da *performance* (Paladino, 2007)**



O sistema de gestão da *performance* inclui os seguintes elementos:

- Metodologia para desenhar e implementar o sistema de medição da *performance*, incluindo especificações para a colheita, compilação e análise de dados;
- *Guidelines* teóricos sobre como gerir através das medidas de *performance*;
- Processo estruturado de gestão para utilização da informação de medição em decisões, na definição de objectivos e metas, e para afectar recursos, informar e relatar sucessos;
- Processo de avaliação e revisão das medidas para reflectir as mudanças na estratégia e/ou do contexto da empresa (Waggoner, 1999; Amaratung e Baldry, 2002; Adair *et al.*, 2006).

A gestão da *performance* vê a avaliação como mecanismo de melhoria e de prestação de contas, inter-relacionado com outros – objectivos, estrutura e atribuição de poder/responsabilidade, incentivos, informação de retorno –, e aplica-o aos diferentes níveis (indivíduo, unidade, negócio, global) numa perspectiva de mudança estratégica e adaptação da empresa. A medição serve de ligação das construções de gestão (ex. objectivos e padrões) às actividades, funcionando como instrumento de comunicação, motivação, melhoria e controlo.

O conteúdo da avaliação da *performance* deve variar com a finalidade visada: aprender e melhorar; retribuir; classificar e sancionar pessoas (ou promover).



Considerando que a finalidade principal deve ser a aprendizagem e a melhoria na organização, concluímos que a avaliação:

- Exige a clarificação prévia de todo o processo (objectivos e metas, medição, forma e frequência de medição, consequências) e sua concretização em clima de abertura e diálogo;
- Todos os objectivos e metas serão integrados na estratégia e prioridades da organização;
- Nos casos em que avaliação inclua outras finalidades, deverão utilizar-se medidas de *performance* consistentes com as definidas para a unidade (pessoa) envolvida (ex. departamento de que o gestor é responsável, objectivos individuais ou do grupo).

A *performance* deve ser medida relativamente aos objectivos fixados e de modo dinâmico, de acordo com o evoluir da situação da empresa e as exigências do meio em que se insere. Como os objectivos são relativos, isto é, definidos em função do que na empresa já se conseguiu no passado e por referência às melhores práticas dos seus semelhantes, temos que a avaliação de *performance* na empresa terá normalmente uma referência externa e competitiva (colaborativa quando conveniente).

A fixação das metas e objectivos faz-se relativamente a áreas cuja *performance* os gestores (profissionais) podem mudar, pela sua acção, porque se situam dentro do seu poder e responsabilidade ou, no mínimo, são por si controláveis. Se na avaliação de unidades de base se impõem sobretudo capacidades de análise, à medida que o âmbito e a complexidade aumentam (ex. negócio ou empresa) a avaliação requer capacidade de síntese – apreciar os componentes do sistema e a sua inter-relação, para apreender a *performance* do todo.

Drucker (2003) incluiu elementos essenciais sobre a *performance* da organização no que considerou princípios fundamentais da gestão (citamos):

- «Empresas requerem comprometimento com objectivos e valores comuns ... gestão deve permitir que a empresa e cada um dos seus membros cresça e se desenvolva à medida que as necessidades e oportunidades mudam;
- Aspectos de marketing, inovação, produtividade, desenvolvimento de pessoas, qualidade, resultados financeiros são cruciais para a performance da organização e para a sua sobrevivência;
- Finalmente, a coisa mais importante a lembrar sobre qualquer empresa é que os resultados existem apenas no exterior. O resultado de um negócio é um cliente satisfeito, de um hospital é um doente curado.»

E, mais à frente, «as instituições não lucrativas necessitam também de medidas nas áreas específicas da sua missão. Tal como as pessoas necessitam de uma diversidade de medidas para avaliar a sua saúde e desempenho, uma **organização necessita de uma diversidade de medidas para avaliar a sua saúde e performance**. A *performance* tem que ser **construída dentro da empresa e da sua gestão**; tem que ser **medida** – ou pelo menos objecto de apreciação – e tem que ser **continuamente melhorada**».

A avaliação da *performance* surge como uma construção de gestão<sup>65</sup>, delimitada tecnicamente pelo objectivo concreto que vai desempenhar – dentro do denominador comum da melhoria da

---

<sup>65</sup> Começando na definição de metas e especificação do processo e terminando na apreciação que gerará a acção correctiva.

organização e das suas componentes – e delineada politicamente pelo poder das pessoas e grupos envolvidos (*stakeholders externos*<sup>66</sup>, profissionais, elementos da gestão).

A *performance* inclui objectivos relacionados com a transformação que ocorre na empresa (recursos, processo, produtos) e com os seus resultados. Enquanto no nível operacional haverá sobretudo objectivos ligados aos recursos e aos processos envolvidos, no nível global dominarão os resultados (globais) e alguns (poucos) processos chave. No nível organizacional justificam atenção dois tipos de medidas<sup>67</sup>: umas ligadas à Missão, traduzindo objectivos comuns aos de empresas semelhantes, os quais se repetem no tempo e asseguram o funcionamento e resultados correntes; outras ligadas à Visão, e dirigidas à concretização da estratégia e à transformação da empresa, específicas da empresa e do período em curso – ligação às estratégias e planos concretos.

A avaliação da *performance* da organização sempre considerará objectivos dos seus principais *stakeholders* e outros ligados à sua adaptação (originados na visão e nos factores críticos de sucesso) ou relacionados com o modo como cumpre a missão.

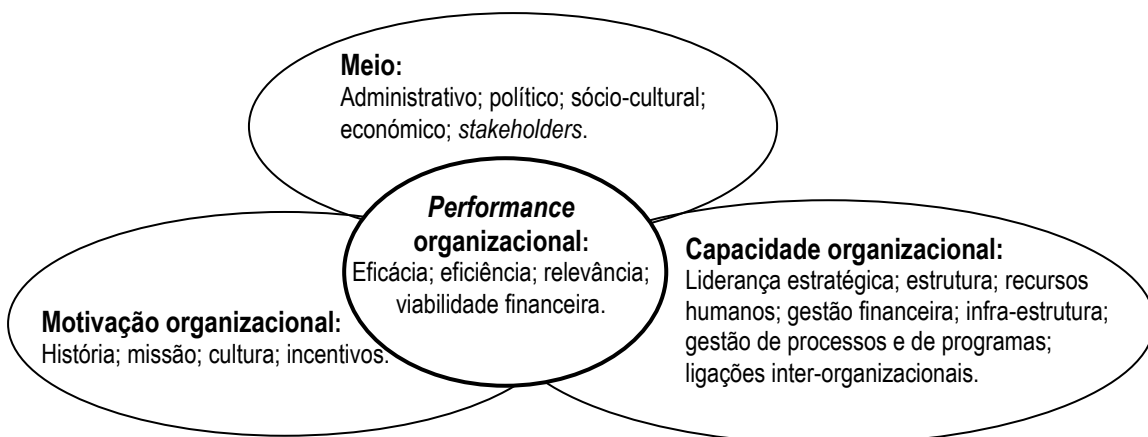
A *performance* duma organização poderá ainda avaliar-se sob um perspectiva externa e interna.

**Externa:** adaptação ao meio (valores sociais e ambientais, evolução de necessidades e preferências, competição e colaboração, obtenção de recursos, etc.); satisfação dos objectivos dos *stakeholders* externos (ex. clientes); cumprir a missão/fazer as coisas certas (eficácia).

**Interna:** bom processo global de transformação (ex. em eficiência); boa gestão que cumpra a estratégia e os objectivos, garantindo condições de sucesso para o futuro (potencial, clima/cultura); desenvolvimento e satisfação dos profissionais e gestores da organização.

Lusthaus *et al.* (2002) apresentaram um modelo em que a *performance* organizacional é constituída pela eficácia (medida de cumprimento missão), pela eficiência de transformação, pela relevância (adaptação ao meio e aos *stakeholders*) e pela viabilidade financeira, resultando do encontro entre o meio, a motivação e as capacidades da organização (diagrama seguinte).

**Diagrama Nº 4.17: Modelo de *performance* organizacional (Lusthaus *et al.*, 2002)**



<sup>66</sup> No caso dos *stakeholders* é também o poder de influenciar e afectar a performance da empresa que está em causa.

<sup>67</sup> Seguimos os dois tipos de objectivos indicados por Brown (2000).

Um modo diferente, embora complementar, de contribuir para a melhoria da *performance* é identificar as organizações que apresentam consistentemente melhores resultados, e procurar depois os motivos que explicam essa superioridade (Peters e Waterman's, 1982; Collins e Porras, 1997; Collins, 2001; Epstein, 2004; Waal, 2007). Este autor encontrou, nas designadas organizações de alta *performance*, as seguintes características comuns:

- Resultados financeiros maiores que os seus pares, em período de cinco anos;
- Orientação para o longo prazo;
- Maior capacidade para rápida adaptação às mudanças;
- Integração de processos de gestão e alinhamento da estratégia, estrutura, processos e pessoas em toda a organização;
- Focalização na melhoria contínua e na reinvenção das suas capacidades “*core*”;
- Concentração (esforços, gastos) no desenvolvimento do seu pessoal (Waal, 2007).

Durante anos as teorias da agência e dos *stakeholders* discutiram qual a relação entre duas componentes da *performance* da empresa: resultados financeiros; resultados sociais e ambientais. Numa “meta análise” com 52 estudos Orlitzky *et al.* (2003) concluíram que a *performance* financeira estava positivamente correlacionada com a social/ambiental e que a relação era bi-direccional e simultânea (relação especialmente forte na *performance* social). Assim os autores concluíram serem adequadas as teses de que boa *performance* relativamente aos interessados contribuía para “bons” resultados financeiros (teoria dos *stakeholders*).

Também se verificou convergência entre o modelo de medição da *performance* e o de eficácia das organizações (Henri, 2004). Na realidade este modelo, mais teórico e conceptual, evoluiu do modo seguinte:

- 1º- Perspectiva inicial baseada apenas na concretização dos objectivos,
- 2º- Consideração dos recursos e processos envolvidos,
- 3º- Integração dos grupos (*stakeholders*) que gravitam à volta da organização,
- 4º- Inclusão dos valores que fundamentam a avaliação da eficácia,
- 5º- Referência aos problemas da organização que dificultam a eficácia.

Pelo seu lado a medição da *performance*, mais prática e centrada em processos, começou num âmbito micro (limitado a actividades e processos) passando depois para a *performance* das unidades e dos negócios e daí para a da organização. Nessa evolução a medição iniciou-se com a utilização de medidas de índole financeira passando depois a incluir medidas não financeiras, convertendo-se finalmente em sistemas integrados de gestão da *performance* (ex. BSC), os quais garantem a ligação à estratégia (incluindo as perspectivas dos *stakeholders*) e a articulação horizontal da empresa.

Os dois modelos convergem na necessidade de:

- Considerar o fim último da organização (missão) e o grau em que cumpre os objectivos (*eficácia da organização*);
- Usar múltiplos critérios (*multidimensional*), incluindo objectivos dos *stakeholders*;
- Relacionar fins e meios (*resultados, produtos, recursos*);
- Integrar o contexto da organização (*contexto interno/externo*).

Sendo a *performance* da organização medida por vários critérios o valor final ficará dependente da importância relativa que for atribuída a cada um. Essa atribuição dependerá do impacto que

actualmente a cada um se atribui (contingente com o nível já atingido nos diversos critérios) e com o que nele se incluir – um e outro podendo variar ao longo do tempo. Daí se conclui que tanto a estrutura como a importância relativa de cada componente poderão variar, o que reforça o carácter de construção de gestão e que, na avaliação, se considere a especificidade da empresa.

Como já vimos é fundamental que os objectivos e as metas sejam escolhidos criteriosamente, doutro modo não se obterá a focalização e a persistência necessárias (*vide* teoria da fixação de objectivos) para a mudança (cumprir a estratégia, satisfazer os *stakeholders*, aumentar o potencial de *performance*). Porém, tendo em conta os riscos e conflitos inerentes às grandes adaptações, o que impede a gestão global de fixar objectivos pouco exigentes (“*mínimos*”) que satisfaçam, politicamente, os profissionais e gestores envolvidos?

- Aspectos éticos, os relacionados com as suas expectativas actuais (incentivos) e para o futuro (credibilidade e valor no mercado, renovação do mandato vs despedimento);
- Pressão dos accionistas e dos seus representantes (governança), bem como dos *stakeholders* específicos (trabalhadores, consumidores);
- Situação de partida, quando a *performance* da empresa é fraca e a sustentabilidade está em risco;
- Necessidade de mudança imposta por mercados muito exigentes e competitivos.

É todo este enquadramento que irá permitir um bom início da avaliação da organização, sem o qual não haverá a mudança necessária na *performance*. Então a avaliação feita na empresa (da Organização, da governança e gestão) é complementada por avaliação externa, efectuada por diversos interessados e em várias áreas, com consequências e efeitos na sua *performance*, nomeadamente:

- Quanto ao capital, dos accionistas actuais e potenciais, dos credores por dívida de médio e longo prazo, dos bancos e instituições financeiras, das agências de *rating* e de analistas financeiros (risco de não obter recursos essenciais ou de o fazer a custo mais elevado, de ser objecto de aquisição hostil);
- No mercado de produtos, pelos clientes e por organizações representativas de consumidores ou de cidadãos, por exemplo em questões ambientais (risco de perder clientes e receitas, de ver prejudicada a sua imagem e marketing);
- Quanto aos gestores, dos seus pares e de potenciais empregadores (risco de perda de imagem e credibilidade, desvalorização no mercado de gestores);
- Do Estado, em aspectos diversos, por exemplo, saúde e segurança, cumprimento da legislação fiscal e do trabalho (risco de sanções, de perder licenciamento e negócios com o Estado);
- De entidades de regulação, no que respeita à garantia para os consumidores quanto à qualidade e segurança (risco de sinalização e publicitação negativa).

Será de sublinhar que aos riscos envolvidos na avaliação externa, que constroem e obrigam a decisões e mudanças de rumo para satisfação dos *stakeholders*, acresce a informação divulgada das várias áreas, a qual facilita a avaliação global por parte dos accionistas. Quanto mais se sentir o efeito competitivo nos mercados maior será o impacto na adaptação atempada e adequada da empresa.

No caso contrário, isto é, quando a empresa detém poder de monopólio significativo ou a situação de mercado lhe permite por regra resultados substanciais, a avaliação explícita da organização

impõe-se numa óptica de sustentabilidade no longo prazo. A miopia ideológica e o interesse próprio da gestão sempre “justificarão” a omissão de avaliação da *performance* global multi-dimensional, como quando os incentivos para a gestão estão ligados ao valor financeiro da empresa no curto prazo e, ainda pior, se esses incentivos da gestão estiverem alinhados com os da governação.

#### 4.3.3.3. Especificidade dos serviços

Os serviços têm características específicas que os distinguem das actividades industriais, nomeadamente são:

- Intangíveis, resultado de um esforço doutrem, são consumíveis mas não são fisicamente palpáveis;
- Heterogéneos, por regra a prestação varia com o cliente, a ocasião ou inspiração do prestador;
- Perecíveis, se não forem consumidos desaparecem, visto não poderem ser armazenados;
- Simultâneos<sup>68</sup>, consumidos no momento da sua produção (produção, distribuição e consumo coincidem no tempo, não sendo, por isso, armazenáveis).

Decorrente dessas características os profissionais têm nos serviços um papel decisivo na prestação, na satisfação do cliente e na capacidade de retenção. Assim com profissionais insatisfeitos não será possível ter clientes satisfeitos, isto é, nos serviços a formação, o desenvolvimento e outros aspectos<sup>69</sup> que contribuem para a satisfação dos profissionais são decisivos para o sucesso da empresa.

Nos serviços é mais difícil obter alta *performance* porque, relativamente à indústria, têm cinco fontes adicionais de variabilidade que podem acontecer em simultâneo:

- À chegada, mesmo se o serviço é com hora marcada, o consumidor tende a atrasar-se/adiantar-se;
- Os pedidos são talhados à medida de cada cliente;
- A capacidade do consumidor, ex. alguns não compreendem a informação que lhes é transmitida<sup>70</sup>;
- De esforço, quando os consumidores têm um papel no serviço – ex. auditoria em que o cliente tem de descrever procedimentos;
- Diversidade de preferência subjectiva, cada cliente tem uma ideia do que deve receber e do que deve ser um “bom” serviço – o que condiciona a sua percepção, colaboração e reacção (Frei, 2006).

Por regra consideram-se essenciais para o sucesso de um serviço: eficiência, preço, imagem da empresa, localização dos serviços; qualidade medida por factores objectivos (ex. exactidão) e satisfação dos consumidores, dependendo do ambiente em que o serviço é prestado (conforto, conveniência) e dos profissionais (ex. atenção e cortesia).

A qualidade do serviço pode medir-se através de cinco dimensões<sup>71</sup>: fiabilidade, consistência na qualidade de serviço, ausência de falhas; garantia, procedimentos e regras para manter a qualidade

<sup>68</sup> Também é referida a característica de serem inseparáveis do prestador (pessoa), confundindo-se a criação e a performance.

<sup>69</sup> Por ex., configuração do posto de trabalho e dos incentivos, participação na decisão, relações com os colegas e o supervisor.

<sup>70</sup> O autor dá o exemplo do doente que não transmite bem os sintomas, o que pode levar a diagnóstico errado.

<sup>71</sup> Originalmente dez (*SERVQUAL*) depois reduzida a cinco (*RATER*).

e resolver as falhas do serviço; tangíveis, ambiente físico; empatia, sensibilidade ao consumidor; *responsividade*, rapidez e eficácia na resposta ao pedido do consumidor (Zeithaml *et al.*, 1990).

Nos serviços, a atenção e as preocupações da gestão devem centrar-se nos profissionais da “linha da frente” e nos consumidores, o que exige a reorganização da cadeia de serviço e lucro (Heskett *et al.*, 1994). Esses autores defendem que a lealdade do consumidor é o objectivo chave e que irá gerar o lucro, dependendo da satisfação do consumidor que, por sua vez, depende do valor do serviço o qual é função da satisfação dos profissionais, resultante dos instrumentos, das capacidades e das condições de trabalho que foram desenhadas e desenvolvidas pela gestão.

Os autores citados sugerem que as empresas definam medidas em cada um dos aspectos incluídos na cadeia (ex. rendibilidade, lealdade, etc.), preocupando-se com a adequada segmentação (ex. 20% de clientes que geram 80% lucros) e audição dos consumidores (ex. grupo foco para redesenhar serviço), assim como com a medição apropriada dos factores relativos aos profissionais. Segundo os mesmos autores a rendibilidade da empresa é função essencialmente dos clientes designados como “apóstolos” (muito satisfeitos e leais) que seriam o grande alvo da empresa. Sobre estes aspectos ver diagramas nº 4.18 e 4.19 no anexo 1.

Por outro lado a eficácia organizacional depende cada vez mais do desempenho de trabalhadores de conhecimento, sendo que estes, pela sua qualificação e autonomia, requerem as condições referidas no quadro seguinte.

**Quadro Nº 4.17: Condições que propiciam eficácia organizacional – resumido de Miller (2004)**

Condições requeridas	Recomendações e conclusões
– Cultura de confiança e de abertura, onde se conceda autonomia aos “trabalhadores do conhecimento”.	– Facilitar o acesso a informação e aos recursos, apoiar e dar oportunidade para aprendizagem e desenvolvimento; – Equilibrar a medição/controlo com abertura e autonomia; – Estudo provou relação positiva entre o “ <i>empowerment</i> ” de enfermeiros e a eficácia organizacional (Laschinger <i>et al.</i> , 2000).
– Locais de trabalho com vida.	– Áreas de trabalho espaçosas, sem muitas barreiras, bem equipadas (informática e comunicação); – Autonomia para ajustar as condições no seu local de trabalho (iluminação, arrumação, armários, etc.).
– Apoios de saúde para as pessoas.	– Ergonomia, segurança no trabalho, informação e promoção da saúde, apoio na doença.

**4.4. Conclusões**

Na análise dos mecanismos de controlo externo não nos ocuparemos da disciplina imposta às empresas pelos mercados nem da dívida de médio e longo prazo e da participação da gestão no capital, porque estes mecanismos não são aplicáveis aos hospitais públicos. Importa, porém, realçar a sua importância essencial nas empresas: na promoção de maior eficiência e melhor qualidade do produto, na criação para o gestor de risco de substituição por má *performance* da sua unidade, de perda de credibilidade e de desvalorização no mercado e na motivação à melhoria contínua como solução para afastar esse risco.

Vimos que nas empresas há alguma capacidade de substituição entre mecanismos de controlo em função da especificidade e do contexto externo, sendo o fundamental que o conjunto produza

solução equilibrada. Isto é, a importância de cada mecanismo será também função da que outros assumirem.

Concluimos que nas empresas é importante começar por clarificar as responsabilidades, quanto ao seu âmbito, conteúdo e destinatários, e assegurar uma adequada prestação de contas. Esta será pública – nomeadamente perante o Estado e os reguladores, os analistas financeiros, representantes dos trabalhadores e dos consumidores, (transparência, informação com certificação externa e relatórios públicos) – ou visará os comportamentos e os resultados, exercendo-se perante a empresa e os investidores através da governação (BOD) e da gestão.

Nos hospitais públicos (que não beneficiam da disciplina dos mercados nem, por vezes, de existência de um BOD) justificar-se-á reforçar os restantes mecanismos de controlo, seja através da regulação, de sistema de financiamento e de contrato-programa, ou de contrato de gestão, avaliação da *performance* e auditorias externas. No que respeita à regulação existem na saúde diversos mecanismos como sejam a regulamentação e a regulação por organismos do Estado e ainda a co-regulação, por Ordens profissionais, e a auto-regulação promovida nomeadamente por profissionais em áreas e especialidades clínicas.

Na avaliação da *performance* nas empresas vimos ser importante uma actuação da gestão, no sentido do desenvolvimento das pessoas, da melhoria contínua e da criação de um ambiente e de condições de funcionamento (estratégia, estrutura, sistemas, valores) que propicie resultados financeiros sustentáveis e de bom nível. A *performance* de uma organização não deve ser medida unicamente através de resultados financeiros (ex. Tobin Q) e de mercado (ex. *market share*), porque:

- a) Os pressupostos dessa valorização de mercado nem sempre se verificam:
  - O conjunto de mercados (capitais, recursos, produtos) muitas vezes não funciona (adequadamente) – por ex., quando há monopólio ou na presença de bens não privados;
  - O mercado de capitais apresenta oscilações substanciais do valor das empresas, assim como na percepção do seu risco;
  - A informação transmitida ao mercado pela empresa por vezes não representa bem a realidade actual (ex. omissões de factos negativos e manipulação de lucros) e futura.
- b) Os indicadores financeiros apresentam problemas: reflectem o passado e encorajam orientação para curto prazo; têm severas deficiências como indicadores únicos de avaliação da *performance* da organização e são susceptíveis de manipulação (Mercer, 2003); são irrelevantes para várias áreas chave e para alguns *stakeholders*.

Na medição da *performance* terão que ser garantidos dois pressupostos: os objectivos devem ser claros e sem ambiguidade; os resultados devem ser possíveis de medir, em especial os produtos.

No sistema de medição de *performance* da empresa devemos considerar:

- Resultados nas áreas essenciais e a relação com os factores que os geram;
- Alinhamento com a estratégia e integração horizontal em cada nível de gestão;
- Equilíbrio de medidas, quanto à natureza e dimensões envolvidas (quantitativas e qualitativas, financeiras e não financeiras), escopo (externas e internas), prazo (curto e longo, indicadores avançados e atrasados) e *stakeholders* incluídos (consumidores, profissionais, accionistas);
- Integrar a melhoria contínua bem como o aperfeiçoamento da gestão/liderança.

Os novos sistemas de medição da *performance* das organizações caracterizam-se por assentarem em: valor criado (não em custos); orientação para o consumidor e para o longo prazo; prevalência de medidas transversais e de grupo (muito importante para hospitais); monitorização de melhorias; finalidade de avaliar e envolver (Neely *et al.*, 1995).

Os sistemas de medição evoluíram para a medição da *performance* dos negócios e da empresa de modo integrado. Passou-se depois para a gestão da *performance*, onde esta é planeada, organizada e avaliada, no nível dos indivíduos, das unidades, dos negócios e da empresa – convergindo com a perspectiva de abordagem *top-down* da eficácia organizacional.

O conjunto de medidas comunica às unidades quais as áreas em que se devem concentrar, sinalizando as prioridades da gestão e orientando nas opções entre acções. Definir metas, com responsabilidades e valores claramente enunciados, fornece a motivação intrínseca necessária para a melhoria da *performance*. Os objectivos e metas actuam como veículo de coordenação horizontal (entre unidades e processos) e vertical (da unidade à organização), fornecendo a informação necessária para a detecção de problemas e sua correcção.

As organizações de serviços possuem várias especificidades que geram os seguintes efeitos na medição da sua *performance*: maior complexidade; maior influência dos consumidores nas operações; maior dependência dos profissionais, sobretudo “trabalhadores do conhecimento”.

A avaliação da *performance* organizacional abrange, normalmente, as seguintes perspectivas: económica/racional (ex. eficiência); política/sistémica (ex. satisfação dos *stakeholders*); estratégica (ex. competitividade). O BSC permite integrar adequadamente essas perspectivas. É um modelo especialmente interessante pela flexibilidade, pela facilidade de aplicação e porque conjuga mecanismos que são essenciais para planeamento estratégico e controlo operacional, para *reporting* e para facilitar as melhorias e a aprendizagem organizacional.



## Capítulo V - Avaliação da Governação e da Gestão e Controlo Interno nas Empresas

Explicitaremos de seguida os aspectos essenciais da avaliação dos órgãos de topo nas empresas.

Porque são diferentes os papéis e o impacto na *performance* da organização da governação e da gestão de topo, a sua avaliação terá que ser diversa. Relativamente à avaliação da *performance* da organização haverá que considerar duas dificuldades adicionais<sup>72</sup>: diferimento entre a acção (decisão) e a *performance* da organização, algumas acções demoram anos para produzir resultados, outras são atribuíveis a anos (órgãos) anteriores; dependência aguda de factores humanos e psicológicos, por exemplo, o modo como a equipa (BOD, gestão) funciona e os resultados que obtém, dependem de comportamentos, de práticas e hábitos pessoais enraizados, do grau de complementaridade, etc. Dificuldade adicional poderá ainda ver-se no facto de as decisões do BOD serem, muitas delas, intermediadas, na sua implementação, pela gestão de topo, eventualmente com menor grau de envolvimento ou motivação.

Em estudos empíricos concluiu-se que as três avaliações da governação e da gestão – do BOD, dos seus membros individualmente, do CEO – tinham impactos positivos e independentes sobre a eficácia do BOD e que esses processos tinham forte influência em determinados papéis do BOD, como seja na atenção à formulação e implementação da estratégia, (Conger *et al.*, 1998). A referência à avaliação do CEO, e não à de toda a gestão de topo, justifica-se porque a relação existente é BOD/CEO e deste para a sua equipa, por isso aquele normalmente avalia a sua equipa de gestores e o BOD avalia o CEO.

Começaremos pela avaliação da governação (BOD) concluindo depois com a do CEO.

### 5.1. Avaliação da *performance* da governação (BOD)

A avaliação do BOD é requerida pela legislação e normas de regulação<sup>73</sup>, para além de ser uma exigência de “*accountability*” perante os accionistas e restantes *stakeholders*. Outra justificação para a avaliação é colher os seus benefícios:

- Protecção contra a fraca *performance* da empresa, do CEO e do próprio BOD;
- Melhor funcionamento do BOD e das suas comissões (agenda, tempo, interacção), com reforço da colegialidade, da independência e da sua eficácia (promoção da diversidade, dissensão, debate aberto e construtivo);
- Melhor relacionamento entre o BOD e a gestão;
- Maior focalização na *performance*, promovendo uma cultura de responsabilidade e prestação de contas em toda a empresa (AICD, 2007).

Avaliar para melhorar a *performance* – do CEO, do BOD e de cada membro – é um meio para “liderar pelo exemplo” e demonstrar comprometimento com a melhoria contínua da organização (Orlikoff e Totten, 2005).

<sup>72</sup> Não apenas a influência do contexto, das decisões e atitudes passadas na *performance* (dependência de percurso).

<sup>73</sup> NYSE, Comunidade Europeia, UK Combined Code, ASX.

### 5.1.1. Relação com a *performance* da organização

É importante compreender como a *performance* do BOD influencia a da empresa, tanto para a *accountability*, como para decisão sobre as consequências da avaliação no próprio BOD (incentivos, mudanças na estrutura, nos processos, nas actividades e comportamentos, na forma como se fará a avaliação), na actividade da gestão e na própria organização.

As teorias – nomeadamente agência, provedoria, dependência de recursos – têm perspectivas diversas sobre o BOD e o seu papel, pelo que não surpreendem as contradições quanto à relação entre os recursos e a *performance* do BOD nos papéis principais (quadro seguinte).

**Quadro N° 5.1: Performance do BOD nos papéis principais – resumido de Ong e Wan (2008)**

	Relação positiva	Relação negativa
<b>Dimensão</b>	Papel de serviço (provedoria) Papel de estratégia (agência) Papel de fornecer recursos (dependência)	Papel de serviço (agência) Papel de estratégia (dependência) Papel de controlo (agência)
<b>% outsiders</b>	Papel de serviço (agência) Papel de estratégia (dependência) Papel de fornecer recursos (dependência)	Papel de serviço (provedoria) Papel de controlo (agência)

Ao longo dos últimos vinte anos inúmeros estudos procuraram uma relação directa entre a chamada “demografia” do BOD – independência, composição (idade, sexo, qualificação, experiência), estrutura (dualidade, comissões) – e a *performance* da organização. Pressupunha-se que essas características determinavam os processos e actividades do BOD os quais, por sua vez, provocariam aquela *performance*. Na verdade encontraram-se resultados contraditórios em que a relação é inexistente ou sem significância, conforme quadro seguinte.

**Quadro N° 5.2: Relação entre os recursos do BOD e a *performance* da organização**

	Relação positiva	Sem relação/não significativa
<b>Independência</b>	(Kaplan e Reishus, 1990; Rosenstein e Wyatt, 1990; Pearce e Zahra, 1992; Barnhart e Rosenstein, 1998).	(Lawrence e Stapledon, 1999; Westphal, 1999).
<b>Composição</b>	(Rhoades <i>et al.</i> , 2000; McIntyre <i>et al.</i> , 2007), quanto à experiência. (McIntyre <i>et al.</i> , 2007) para diversidade moderada (idade, posse de acções).	(Hermalin e Weisbach, 1991; Bhagat e Black, 1998; Dalton <i>et al.</i> , 1998).

Estes resultados ilustram bem o carácter relativo do impacto da estrutura do BOD na *performance*:

- i) Homogeneidade vs diversidade. Grande diversidade dificulta a coesão do BOD, mas aumenta a inovação, a *expertise* e a capacidade do grupo aprender e melhorar. A homogeneidade facilita o entendimento, a troca de informação e a decisão, mas também o *groupthink* e a conformidade, pelo que se deverá valorizar a diferença não a semelhança<sup>74</sup>. BOD deve ter a diversidade necessária e suficiente, reunindo pessoas que se complementam – na ligação e

<sup>74</sup> Que corresponde a “hire the likes, fire the dislikes”.

informação externas, na competência e na experiência –, mas que evitam a conformidade e que funcionam bem como grupo;

- ii) Independência vs dependência da gestão. A independência facilita os papéis de fornecer recursos<sup>75</sup> e de controlar a gestão, bem como a dissensão cognitiva, essencial para desafiar as conclusões daquela – mas, se em demasia, poderá criar dois grupos não cooperantes. Os administradores “dependentes” beneficiam de informação e do conhecimento da empresa, essencial para o apoio/aconselhamento da gestão assim como para a formulação da estratégia. Como a importância dos diversos papéis (controlo, recursos, apoio, estratégia) variará ao longo do mandato e com o contexto, requer-se um *mix* sempre diferente.

Para alguns autores os estudos referidos inserem-se num conjunto de confusões e mitos:

- i) Independência resulta da percentagem de membros externos (“*outsiders*”) e gera maior *performance* da empresa. Mas nem todos o serão, como nem todos os “*insiders*” são dependentes, e a *performance* não aumenta com maior % daqueles (como já referimos);
- ii) Dualidade<sup>76</sup> diminuiu a *performance* financeira da empresa. Porém os estudos empíricos não demonstraram qualquer relação;
- iii) BOD com menor dimensão são mais eficazes. Embora possa aceitar-se genericamente como verdade quando comparamos um BOD de 10 elementos com um de 24 ou mais, não é verdade que um de cinco seja mais eficaz que um de 10, isto é, há dimensão mínima para garantir competências específicas, diversidade e representação de *stakeholders*;
- iv) BOD que são accionistas da empresa são mais eficazes e controlam mais. Mas os estudos não demonstraram existir qualquer relação e os membros do BOD da Enron tinham “volume impressionante de acções da empresa”;
- v) Pertença a vários BOD gera participação fraca. Os estudos não comprovaram existir qualquer relação;
- vi) Também não está demonstrado existir uma relação com a idade, sexo, competências, experiência (Daily e Dalton 2004; Sonnenfeld, 2002, 2004)

A presença de um factor no BOD por si só não garante boa execução, por exemplo:

- Em 2001 um questionário a cinco mil empresas mostrou que 99% tinham comissão de auditoria e 91% de compensação, mas houve múltiplos problemas com manipulação de informação financeira e com a remuneração ligada ao valor de mercado da acção;
- Na Enron havia apenas 2 “*insiders*” no BOD, o qual tinha especialistas de renome nas áreas contabilística e financeira, factores de que parece não ter beneficiado (Sonnenfeld, 2002).

Mas, em concreto, o que explica que não se tenha encontrado uma relação forte, consistente e explicável pelas diferentes teorias, da acção do BOD à *performance* da empresa?

Hermalin e Weisbach (2003) reviram os estudos e conclusões sobre a relação entre o BOD e a *performance* das empresas tendo concluído:

- i) As variáveis usadas são endógenas. Exemplificam: «a *performance* da empresa é o resultado de acções dos membros de prévios BOD mas também é um factor que potencialmente influencia a escolha subsequente do BOD»;
- ii) Os resultados da análise empírica podem traduzir uma situação de desequilíbrio ou de equilíbrio – nesta situação haveria uma segunda variável que explicaria a relação causal sendo espúria a relação inicialmente encontrada;

<sup>75</sup> Obter recursos no exterior – informação, *expertise* e capital (ex. para parceria em novo produto).

<sup>76</sup> Quando o CEO acumula a presidência do BOD.

- iii) Outros problemas: mudanças no BOD ao longo do tempo alteram a composição, acções e preferências; o agente influencia a escolha dos *principais* que vai ter no BOD.

Para além dos erros no estabelecimento da relação podem também verificar-se erros de medição nos *inputs* (ex. medir a independência pela % de *outsiders*) e na *performance* da organização, seja apenas financeira e de curto prazo quando algumas acções do BOD se sentirão em prazo maior. A *performance* da organização pode dever-se, em maior ou menor grau, a factores externos independentes da acção da empresa (gestão, BOD) – específicos de uma indústria ou que beneficiem apenas algumas empresas (ex. de regulação).

A missão do BOD integra, de modo resumido e com elevado consenso, os quatro papéis já referidos – controlo, recursos, apoio, estratégia. Porém a especificação concreta das funções do BOD, isto é, o que neles se inclui e qual o grau ou detalhe em que devem ser exercidos, varia de empresa para empresa e com o contexto concreto – daí não ser passível de definição genérica.

Aferir a *performance* gerada pelos recursos e actividades de BOD de diferentes empresas pode ser enganador porque:

- As empresas partem de situações diversas, o que muda o valor de determinada *performance*, ou, quando em indústrias diversas, lidaram com contexto externo<sup>77</sup> mais ou menos facilitador;
- As funções são diversas e têm impacto diferente na *performance* medida, com resultados imediatos (ex. cortar despesas) ou não (ex. formular a estratégia, substituir a gestão);
- Algumas das funções são especialmente importantes para determinados BOD, pela natureza da actividade ou pelo contexto concreto da empresa. O controlo, por ex., é mais importante quando a discricionariedade é grande, por complexidade das operações, autonomia e flexibilidade de actuação da gestão<sup>78</sup>.

Por outro lado o BOD é apenas um dos mecanismos de controlo, lembramos outros: sócios maioritários, credores por capital, analistas financeiros<sup>79</sup>, mercados, risco de aquisição hostil. Assim quando relacionamos os BOD com a *performance* de diferentes empresas (indústrias) convém lembrar que os méritos podem ser da responsabilidade daqueles mecanismos.

Porém a grande explicação para *performance* diversa da organização, com acções semelhantes dos BOD, estará na **mediação da sua execução**: i) a relação especial com a gestão, com um papel susceptível de moderar ou ampliar o impacto das acções do BOD e que tem, sem dúvida, uma influência autónoma decisiva através da liderança e capacidade de motivar, dos sistemas de gestão, entre outros; ii) a influência exercida pelas restantes pessoas naquela *performance*.

Pela missão e características do BOD – entre um controlador vigilante por conta doutrem, um parceiro estratégico e um “influenciador” – não se justifica avaliar fazendo apenas ligação directa à *performance* da organização (ex. por *tableau de bord*). Os poucos autores que propuseram um BSC para o avaliar incluíram medidas de actividades e recursos do BOD (ex. qualificação) (Kaplan, 2006). Assim é de concluir que a ligação do BOD à *performance* da empresa se revela complexa, difícil de medir e de avaliar.

Mais que os recursos, necessários, o que será decisivo para um “bom” BOD são os processos e o modo de actuação como grupo, os quais podem gerar boa *performance* na organização, cuja

---

<sup>77</sup> O estado da economia (ex. recessão) tem influência diversa nas empresas, que podem ter produtos em diferentes ciclos.

<sup>78</sup> Flexibilidade função da legislação específica, poder dos profissionais/representantes, conhecimento das operações, etc.

<sup>79</sup> Escrutinar, comparar a performance com semelhantes, fazer e publicar previsões, etc.

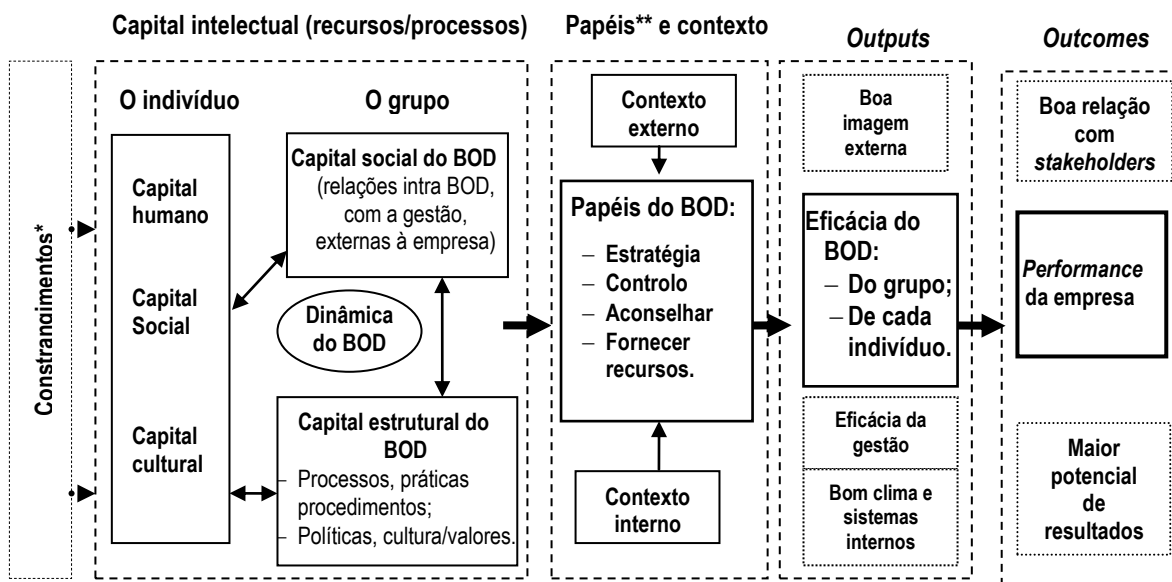
evidência depende de como a empresa (gestão, pessoas) executou as suas determinações e de como aquela *performance* foi medida. Um BOD eficaz resultará de: aspectos culturais, pela criação de um clima de confiança e franqueza no BOD e de uma cultura de abertura que respeite as diferenças de opinião; flexibilidade do BOD, usando os seus papéis de modo fluído e adaptado ao contexto; comprometimento e *accountability* individual, acompanhados por avaliação do BOD (Sonnenfeld, 2002).

Roy (2008) defende que os membros do BOD tenham não apenas as necessárias características psicológicas mas, sobretudo e através da integração e formação contínua, se garanta que sejam verdadeiros *experts* em estratégia e nas áreas funcionais mais relevantes para aconselhamento, solução de problemas, comunicação e trabalho de grupo.

O diagrama nº 5.1 contém uma adaptação de um modelo de capital intelectual do BOD que descreve:

- Os recursos e processos do BOD em termos de: capital individual (humano – conhecimento, experiência, capacidades –, social e cultural), capital social do BOD (relações no BOD, com o exterior, internas à empresa); capital estrutural (políticas, procedimentos, manuais, normas e código de conduta); dinâmica do BOD que resulta da interacção desses componentes.
- Como esses recursos e processos geram determinados papéis do BOD, condicionados pelo contexto, externo e interno;
- Como os papéis levam a eficácia do BOD, o que influenciará a *performance* da empresa.

**Diagrama Nº 5.1: Capital intelectual do BOD – modificado de Nicholson e Kiel (2004)**



(\*) Entre outros: tipo de organização, enquadramento legal, história, estratégia anterior. (\*\*) São processos “externos” ao BOD (completam os incluídos no capital intelectual), variáveis com o contexto concreto.

Os aspectos essenciais deste modelo deverão ser contemplados na avaliação do BOD.

### 5.1.2. Avaliação do BOD e dos seus membros

Apesar de considerarmos adquirida a importância de avaliar a governação importa começar por analisar até que ponto as organizações o reconhecem, isto é, efectuam (de facto) a avaliação ao BOD e a cada um dos seus elementos.

Num estudo efectuado pela Korn/Ferry International em 1996 (EUA) perguntou-se aos BOD qual era o impacto das avaliações (CEO, BOD, cada elemento) na eficácia do órgão (resultados no quadro seguinte).

Importância de avaliar cada um dos seguintes:			Eficácia do BOD em:
CEO	BOD	Membros do BOD	
Extremamente significativa	Significativa	Significativa	Governação global
Extremamente significativa	Muito significativa	-	Formular/definir a estratégia
Extremamente significativa	Significativa	-	Controlar a implementação da estratégia
Extremamente significativa	Extremamente significativa	-	Planear a sucessão do CEO
Extremamente significativa	-	-	Antecipar possíveis ameaças para a empresa
Muito significativa	-	-	Gestão durante uma crise
Extremamente significativa	-	-	Equilibrar os interesses dos <i>stakeholders</i>
-	-	-	Criando redes com parceiros estratégicos. Melhorando as relações com o Estado. Melhorando a imagem da empresa.

Os resultados são consistentes com a frequência relativa de avaliação encontrada no estudo e permitem concluir que os membros do BOD percepcionavam: a avaliação do CEO como a que maior impacto produz; a avaliação do conjunto do BOD como valiosa; a de cada membro como a menos importante.

No estudo de 1996 a maioria das empresas (75%) reconhecia que devia fazer a avaliação dos BOD, porém apenas uma pequena minoria o concretizava – a evolução entretanto verificada alterou substancialmente essa situação. O quadro seguinte permite concluir que houve: aumento significativo da % de BOD avaliados globalmente; aumento da avaliação individual, mantendo-se porém em valores baixos.

**Quadro Nº 5.3: Avaliação do BOD: resultados de estudos (Korn e Ferry, 2004, 2005)<sup>80</sup>**

	EUA	Austrália e NZ		América	
	1996	2003	2004	2003	2004
<b>Global</b>	25%	64%	79%	65%	81%
<b>Cada membro</b>	16%	48%	69%	Desc.	37%

Mais tarde, em inquérito realizado a empresas do FTSE 350, concluiu-se que 95%, das 71 empresas que constituíam a amostra, fizeram avaliação do BOD (25% publicaram informação sobre

<sup>80</sup> Korn/Ferry International (2004) e (2005), *Annual board of directors study in Australia e New Zealand*.

a avaliação) (PriceWaterhouse, 2007). Parece confirmar-se a importância que as empresas atribuem à avaliação do BOD e ao cumprimento das normas que a requerem.

Note-se que há motivos que justificam a relutância das empresas em avaliar o BOD: consumo de tempo e de recursos; receio de que resultem conclusões que conduzam a responsabilidade civil e criminal; previsível insatisfação dos *stakeholders* se o BOD não conseguir solucionar os problemas encontrados (Stybel e Peabody, 2005; Long, 2008; Roy, 2008).

Analisaremos agora a avaliação do BOD propriamente dita, separando a avaliação global da dirigida a cada um dos membros, começando pela explicitação do conteúdo seguindo-se depois o processo.

A definição, pré-existente, dos objectivos a atingir deverá constituir o ponto de partida da avaliação do BOD, tanto mais que irá facilitar a clarificação do seu âmbito e tempo, sendo recomendável que a avaliação seja por regra contínua, programada e integrada em ciclo anual. Outros elementos comuns são: previamente deve conhecer-se todo o processo, incluindo os destinatários da avaliação; relatório com recomendações e acções a concretizar, decisão do órgão competente e consequências, adequadamente comunicadas e registadas.

A avaliação do BOD só fica definida quando se conhece o agente (quem), o conteúdo (o quê), o destinatário (para quem) e o processo (como) (Minichilli *et al.*, 2007). Estes autores identificaram quatro “avaliações”, conforme quem as faz e para quem se destinam, a que chamaram: BOD-BOD; BOD-mercado; mercado-BOD; mercado-mercado. Neste documento referir-nos-emos ao primeiro tipo de avaliação, desenhada pelo BOD para sua utilização.

A avaliação do BOD pode variar, conforme os métodos e o objecto (ver diagrama seguinte).

**Diagrama Nº 5.2: Perspectivas e métodos de avaliação do BOD (Carreta *et al.*, 2008)**

<b>Avaliação</b> CA global Cada elemento	Observar requisitos individuais específicos.	Entrevistas individuais Questionários (avaliação, pelos pares autoavaliação).
	Observar características organizacionais e institucionais específicas.	Autoavaliação do grupo.
	Quantitativa	Qualitativa
	<b>Método usado</b>	

Os objectivos do BOD poderão ser melhorar a sua *performance* e tirar consequências no caso de avaliação programada (anual/fim de mandato) ou resolver um problema concreto, do BOD ou da organização (avaliação *ad-hoc*).

A avaliação do BOD pode fazer-se comparando a sua situação actual com o que alguns modelos recomendam (Carver 1997a; UK's Combined Code on Corporate Governance, 2003; OCED, 2004; ASX, 2003; Kiel e Nicholson, 2005).

Com base em diversos autores apresentamos no quadro nº 5.4, no anexo 1, os aspectos essenciais a incluir na avaliação global do BOD.

No que respeita à especificação do processo de avaliação sugerem-se os passos seguintes:

- 1º- Indigitação do líder da avaliação, definição e clarificação do processo – objectivos, tempo, conteúdo, destinatários, apoios, responsabilidades, consequências;
- 2º- Entrevista inicial com cada membro – reflexão e *input* individual sobre a *performance* do BOD;
- 3º- Questionário de avaliação do BOD preenchido por cada membro, resumido depois para análise conjunta, garantindo-se confidencialidade;
- 4º- Resultados do questionário são agregados/resumidos (ex. por consultor externo) e integrados em relatório para o BOD, baseado nas entrevistas individuais e no resumo dos questionários. Revisão do feedback por quem liderar a avaliação, para preparar a discussão no BOD (clarificar, completar);
- 5º- BOD reúne-se e discute os resultados e o relatório de avaliação, estimulando-se a apresentação de questões e sugestões.
- 6º- Prepara-se um plano com os objectivos e as acções visando os pontos a melhorar;
- 7º- BOD discute e aprova o plano, deliberando sobre como implementá-lo (Orlikoff e Totten, 2005; Kiel e Nicholson, 2005; AIDC, 2007).

Normalmente a autoavaliação tem como finalidade encorajar a reflexão sobre as acções e comportamentos com vista à identificação dos pontos fracos e fortes. Quando complementada por avaliação de pares, corrige-se parcialmente a subjectividade e enviesamento inerentes, diagnóstico mais apurado e objectivo, e pode enriquecer-se com novas ideias, resultado da discussão subsequente.

Na avaliação individual dos elementos do BOD é de reconhecer que:

- i) Os seus objectivos devem centrar-se na melhoria contínua de cada pessoa;
- ii) Se reveste de particular delicadeza, impondo por isso confidencialidade (absoluta);
- iii) Pela sua natureza é ainda mais susceptível ao enviesamento e à subjectividade;
- iv) Apresenta diversas dificuldades:
  - A crítica associada à avaliação pode reduzir a capacidade do grupo trabalhar em conjunto, não sendo também fácil ser simultaneamente par e juiz;
  - Cada elemento traz competências e características específicas – assim alguns pronunciam-se pouco nas reuniões mas são preciosos, porque activos nos bastidores –, pelo que a avaliação genérica/comum pode ser perigosa;
  - Não é fácil definir medidas que sejam simples, integrem todas as dimensões relevantes e sejam orientadas para a melhoria;
  - Estudos sobre grupos comprovam que a avaliação e as recompensas devem focar o conjunto e não o indivíduo (Conger *et al.*, 1997; Totten e Orlikoff, 2002).

Com base em diversos autores apresentamos um resumo do conteúdo e o processo de avaliação individual do BOD (ver quadro nº 5.5 no anexo 1).

## 5.2. Avaliação da *performance* da gestão

A avaliação do CEO associou-se durante muito tempo à atribuição de incentivos, sendo por isso enquadrada pela comissão de retribuição. Essa ligação gera algumas consequências negativas: dominância do objectivo de retribuir sobre outros que deveriam preceder em relevância, como a melhoria da empresa e o controlo do CEO; o desenho da avaliação em função apenas do cálculo de incentivos, afunila e limita o que avaliar, gera orientação para o curto prazo e pode reconduzir a



avaliação a mero cerimonial sem impacto na melhoria da organização; utilizando-se os mesmos critérios (financeiros) na avaliação do BOD, produz-se alinhamento de interesses do avaliador e do avaliado, prejudicando o controlo e a própria eficácia do BOD.

A avaliação do CEO também se associou à formulação da estratégia da organização. Ora esta deve ser um requisito da avaliação, sendo depois necessário destringir os objectivos (estratégicos, anuais) da organização dos que serão definidos para o CEO. Em nossa opinião a avaliação do CEO deve ser planeada e efectuada autonomamente, embora as suas conclusões possam ser usadas também para finalidades diferentes da principal, seja a melhoria da *performance* da organização.

Nos anos 90 operou-se uma mudança na governação, com maior activismo dos accionistas e com BOD mais independentes. Essa mudança conduziu à diminuição do tempo de mandato dos CEO, a maior rotação e a saídas prematuras (Kiel *et al.*, 2005). Num estudo abrangendo 2500 empresas em todo o mundo concluiu-se que houve aumento de 53% na rotação dos CEO (2001 vs 1995) (Lucier *et al.*, 2002).

Estudos recentes<sup>81</sup> mostraram a importância do recrutamento se adequar à situação concreta da empresa: quando com posição competitiva e boa saúde financeira um quadro interno produziu melhores resultados, caso contrário o recrutamento externo apresentou vantagens.

A avaliação do CEO impõe-se ao BOD: inclui-se nas suas responsabilidades; é meio para melhorar a *performance* da organização; fundamenta a retribuição do CEO. Considerando a importância da adequação da retribuição do CEO, tanto para a empresa como para os accionistas, para os restantes *stakeholders* e opinião pública<sup>82</sup>, seria de esperar que há muito estivesse generalizada a avaliação formal<sup>83</sup> do CEO. Os estudos realizados infirmam-no: três estudos publicados em 1994/95 concluíram que pelo menos um terço das empresas não tinha processo formal de avaliação do CEO; um estudo envolvendo as mil maiores empresas do *Fortune*, concluiu que apenas 70% tinham processo formal de avaliação, valor escasso mesmo sem questionarmos o conteúdo e a forma como era realizado (Conger *et al.*, 1998; Young *et al.*, 2000).

Que questões dificultam a avaliação do CEO e justificam a situação descrita?

- a) Poder do CEO e dependência de alguns membros do BOD (*insiders* indicados pelo CEO ou que receiam retaliações), pelo que a aprovação da avaliação deverá ser anónima;
- b) BOD depende do CEO quanto à informação necessária para o avaliar, seja da sua proposta inicial de objectivos (possibilidade de manipulação com objectivos errados ou metas fáceis) e da sua autoavaliação, seja do fornecimento de informação da empresa;
- c) Conhecimento, interesse e tempo disponível dos membros *outsiders* para concretizarem a avaliação, que exige, entre outras tarefas, acompanhar a vida da empresa, auscultar gestores e profissionais;
- d) Receio de afectar a relação BOD/CEO, misto de parceria estratégica de liderança (função de obter recursos, aconselhar e apoiar o CEO como líder) e de controlo do CEO como empregado.

[O processo de avaliação do CEO aumenta a independência do BOD, mas esta começa por ser um seu requisito. Só o anonimato permite contornar o receio de retaliações e encoraja o rigor na apreciação final (Silva e Tosi, 2004)]

<sup>81</sup> Citados por Citrin e Ogden (2010) e que analisaram 300 mudanças de COEs nas 500 empresas do S&P.

<sup>82</sup> Cada vez mais atenta e crítica quanto aos montantes envolvidos na retribuição dos CEO e à sua justificação – nos EUA na década de 90 a remuneração dos CEO aumentou mais de 10% ao ano (Conger *et al.*, 1998).

<sup>83</sup> Procedimento escrito com critérios de avaliação definidos (Young *et al.*, 2000).

Assume-se na literatura que a *performance* da organização depende directamente das acções do CEO e da sua eficácia como líder – Mercer (2003) sublinha a complexidade dessa relação, assumindo-a no entanto ao especificar os critérios de avaliação. Alguns estudos empíricos encontraram forte relação entre a gestão de topo e a *performance* da empresa. Auden *et al.* (2006) determinaram os factores, presentes no grupo de gestores, que antecipavam boa *performance* da organização: homogeneidade do grupo quanto à idade; heterogeneidade de conhecimento, experiência funcional e tempo de exercício no grupo.

Se o CEO é crítico para a *performance* da organização então é essencial que seja avaliado e que se tirem daí todas as consequências, como seja a sua manutenção (cessação) e retribuição. Em especial a avaliação do CEO justifica-se porque é: requerida pela legislação e normas de regulação actuais; meio para promover a melhoria da organização e do próprio CEO; responsabilidade do BOD, essencial para prestação de contas e controlo da gestão; veículo para concretizar os benefícios que resultam da avaliação da gestão, seja a melhoria de resultados da empresa e o aperfeiçoamento da sua gestão.

Podemos ainda considerar dois argumentos adicionais respeitantes à avaliação na empresa: se o sistema de avaliação abrange todos os profissionais e gestores não havia como justificar que o mais alto executivo ficasse isento; investigação concluiu que a avaliação do CEO influencia positivamente a eficácia do sistema de avaliação de pessoas (Conger *et al.*, 1998).

Nos objectivos visados com a avaliação do CEO, a explicitar e priorizar, incluir-se-ão por regra:

- Promover a implementação da estratégia e a focalização nos objectivos definidos<sup>84</sup>;
- Melhorar a comunicação CEO/BOD e a compreensão dos papéis de cada órgão;
- Identificar oportunidades para a melhoria do CEO (acções, comportamentos);
- Fundamentar decisões (ex. retribuir, renovar/cessar o mandato, desenvolver o CEO);
- Facilitar a identificação de objectivos futuros para a organização.

Conger *et al.* (1998) ao analisarem as empresas bem sucedidas na avaliação do CEO encontraram impactos positivos dessa avaliação: melhor *accountability* e ligação entre a *performance* e as recompensas; direcção estratégica clarificada; melhor relação BOD/CEO; desenvolvimento do CEO.

A avaliação do CEO, mais do que actuação pontual, deve ver-se como gestão de *performance*, com monitorização e avaliação contínua<sup>85</sup> num ciclo planeado e organizado ou, como referem Orlikoff e Totten (1996), deve ser “planeada, deliberada, objectiva e justa”. Na verdade qualquer avaliação de gestão deverá respeitar esses princípios. Tendo em contas as questões já referidas anteriormente e a dificuldade (metodológica) de medir a *performance* do líder da empresa, diríamos que haverá que garantir que a avaliação do CEO seja:

- Integrada, com a prestação de contas (papel de controlo do BOD), o sistema de avaliação de pessoas e a retribuição da empresa;
- Orientada, em primeiro lugar, por objectivos de melhoria da gestão em toda a empresa;
- Objectiva quanto possível, sabendo-se que restará sempre alguma subjectividade e discricionariedade do BOD;
- Contínua, para permitir a revisão de metas e facilitar o diálogo e a aprendizagem mútua ao longo do ano (sumativa/conclusiva no fim do ano).

---

<sup>84</sup> O objectivo último da avaliação é a melhoria da *performance* da organização e do seu potencial futuro.

<sup>85</sup> Incluindo os objectivos (de resultados) e os aspectos de liderança e atitude.

Por outro lado a avaliação não é automática, calculada directamente a partir dos valores previstos e obtidos, antes processo de aprendizagem mútua (avaliador/avaliado) na fase inicial de definição das metas e clarificação do processo como na avaliação propriamente dita. Aqui o diálogo sobre os motivos por que as metas não foram atingidas é fundamental para:

- a) Compreensão das causas: externas, por exemplo, devido à evolução da concorrência ou dos consumidores; internas, metas pouco ambiciosas, objectivos pouco claros, recursos necessários não estavam disponíveis, falta de capacidades/conhecimentos do CEO.
- b) Rever as metas, preparar as decisões e acções;
- c) Melhorar a forma como o ciclo de avaliação decorrerá no próximo ano.

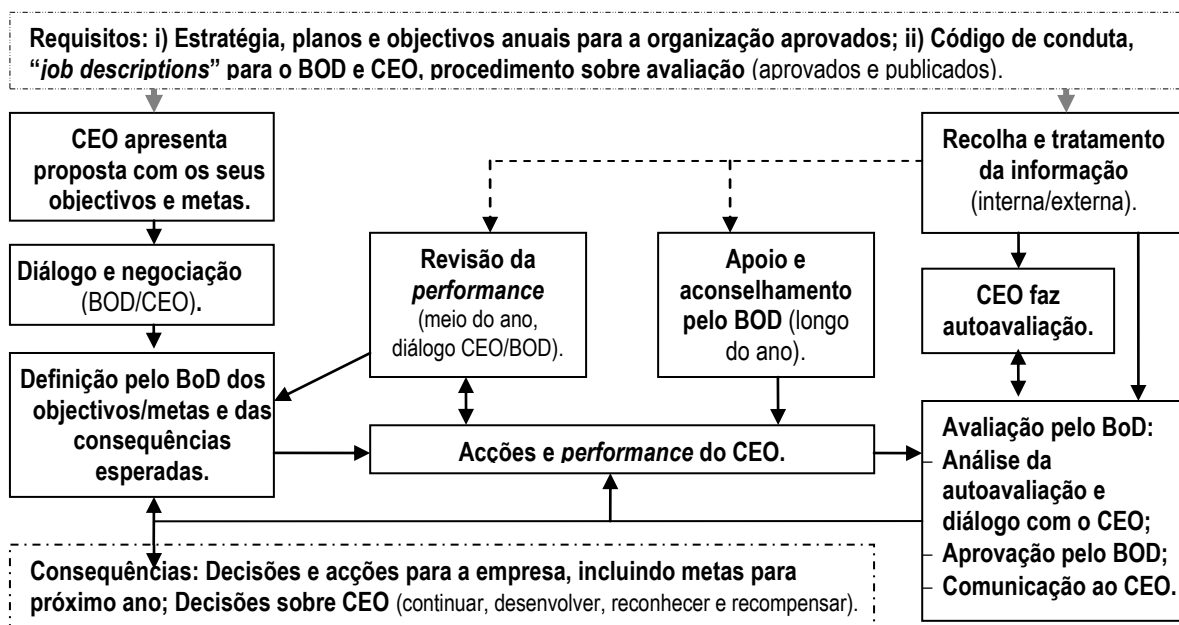
Convém ter presente que a *performance* da organização não se confunde com a do CEO, como também não lhe podem ser assacados todos os resultados. Ainda que eliminemos a influência dos factores externos será de lembrar que alguns resultados dependem de decisões de anos anteriores (outra gestão) e que algumas das suas acções e atitudes ainda não produziram resultados, ou só o fizeram parcialmente. Assim concluímos ser necessário: especificar claramente os objectivos e metas do CEO; acompanhar, analisar e rever periodicamente e em diálogo essas metas; usar também objectivos e metas fixadas relativamente a empresas semelhantes; considerar o tempo de produção de resultados das medidas mais importantes.

Ainda no que respeita ao tempo de produção de resultados parece justificar-se uma análise do mandato para apreciação final da bondade de todo o exercício do CEO, eventualmente com consequências adicionais ao nível da retribuição.

Partindo da posição de diversos autores resumimos, no quadro nº 5.6 do anexo 1, os aspectos essenciais sobre a avaliação do CEO nas empresas (requisitos, processo, produtos).

No diagrama seguinte descrevemos, de forma simplificada, o processo de avaliação do CEO.

**Diagrama Nº 5.3: Resumo do processo de avaliação do CEO**



Orlikoff e Totten (1996) indicam os critérios de avaliação dos CEO de hospitais: resultados organizacionais; resultados na comunidade; cultura e relações na organização; capacidades individuais e profissionais. No quadro nº 5.7 no anexo 1 apresentam-se as medidas que integram esses critérios.

Epstein e Roy (2005) identificaram doze áreas de avaliação do CEO:

- Planeamento estratégico;
- *Performance* financeira;
- Gestão dos consumidores;
- Controlos e gestão de risco;
- Gestão de operações;
- Gestão de recursos humanos;
- Planeamento de sucessão do CEO;
- Gestão de relações externas;
- Estilo de gestão;
- Ética e valores;
- Inovação;
- Meio ambiente, saúde e segurança.

O BOD deve ser capaz de distinguir a *performance* da empresa da do CEO e a avaliação deve ser completa, rigorosa e de âmbito adequado (do tipo de *balanced scorecard*):

- Conjunto alargado de medidas que parta da missão, da visão e dos valores da empresa;
- Recusando o uso apenas de respostas a questões abertas, de *ratings* e de autoavaliação (esta será apenas o início do processo);
- *Performance* deve ser medida em múltiplas dimensões, incluindo medidas ligadas à estratégia, com indicadores avançados e atrasados, com geradores e medidas de resultados, considerando fontes internas (ex. avaliação 360°, cumprimento do código de conduta) e externas, incluindo a opinião dos principais *stakeholders* (Epstein e Roy, (2005).
- Os autores divergem nas dimensões a incluir: liderança, estratégia, gestão de pessoas, medidas operacionais, relação com *stakeholders* externos (Kaufman, 2008); resultados base - resultado líquido, CF operacional, despesas de capital, margem operacional líquida, dividendo por acção, impacto operacional - satisfação de pessoas e dos consumidores, flexibilidade e agilidade da empresa, imagem corporativa, investigação e desenvolvimento, eficácia de liderança - liderança de equipas, comunicação, integridade, desenvolvimento e “*coaching*”, competências interpessoais (Mercer, 2003, 2005).

### 5.3. Avaliar e melhorar a avaliação

Neste ponto procuramos perceber como se poderá avaliar a avaliação, prevenindo os seus erros e efeitos perversos mas garantindo os seus benefícios. Primeiro focaremos a melhoria do processo de avaliação em si, continuando depois com o sistema de medição.

São cumpridos os princípios<sup>86</sup> definidos pela *American Evaluation Association* como essenciais para qualquer avaliação?

- A) Questionamento sistemático: avaliadores conduzem inquirições, sistemáticas e baseadas em dados, sobre o objecto de avaliação;
- B) Competência: avaliadores actuam com diligência e competência relativamente aos *stakeholders*;

<sup>86</sup> AEA (2004), princípios acedidos em Abril de 2009: [www.eval.org/Publications/GuidingPrinciples.asp](http://www.eval.org/Publications/GuidingPrinciples.asp).

- C) Integridade: avaliadores garantem a honestidade e integridade de todo o processo de avaliação;
- D) Respeito pelas pessoas: avaliadores respeitam a segurança, dignidade e auto estima dos inquiridos, participantes no programa, clientes e outros *stakeholders* com os quais interagem;
- E) Responsabilidade pública: avaliadores consideram a diversidade de interesses e valores que podem estar relacionados com o bem-estar geral e público.

A competência dos avaliadores exige, como mínimo que sejam capazes de:

- Descrever com exactidão o objecto e o contexto da avaliação;
- Conceptualizar a finalidade e a estrutura da avaliação;
- Preparar questões úteis para a avaliação, bem como requisitos e fontes de dados;
- Seleccionar os meios para a colheita e análise dos dados;
- Manter padrões éticos em todo o processo;
- Gerir o projecto de avaliação e ajustar aos factores externos que influenciem a avaliação;
- Determinar o valor do objecto avaliado;
- Comunicar eficazmente os resultados e recomendações;
- Avaliar a avaliação (Sanders, 1979) citado em (Guerra-López, 2008).

O processo de avaliação do BOD pode ser apreciado, *a posteriori*, verificando o modo como se cumpriram os seguintes passos:

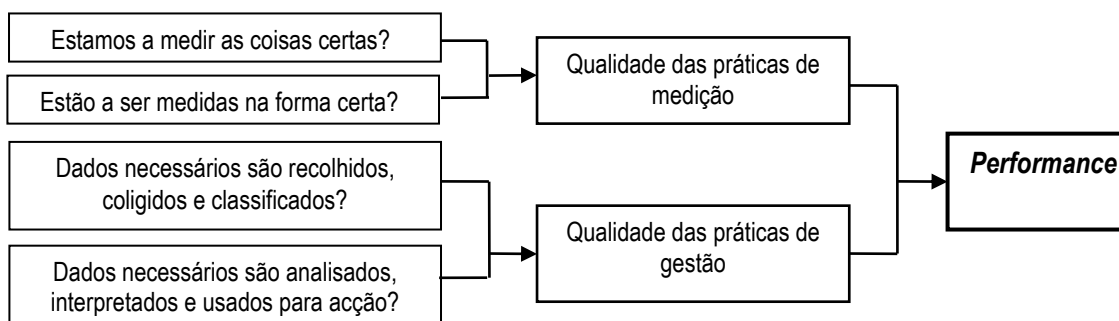
- 1) BOD fez autoavaliação pelo menos de dois em dois anos;
- 2) A autoavaliação começa por questionário que cada um preenche (confidencial);
- 3) O questionário evolui de um ciclo para o seguinte;
- 4) Os resultados agregados são usados para discussão no BOD sobre a sua *performance*, em sessão aberta e honesta;
- 5) O processo de autoavaliação gera um plano de acção para melhoria do BOD;
- 6) O plano é implementado e monitorizado pelo BOD, ao longo do tempo;
- 7) O BOD avalia, revê e modifica o plano conforme seja necessário;
- 8) O processo contínuo de avaliação gera melhor governação (Orlikoff e Totten, 2005).

A revisão do processo de avaliação do CEO inclui habitualmente a resposta às seguintes questões:

- BOD tem informação suficiente para avaliar eficazmente a *performance* do CEO?
- No processo global até que ponto a comunicação foi eficaz?
- Existe equilíbrio entre os papéis de controlar (BOD) e executar (CEO)?
- Estão a ser usadas as medidas correctas?
- Como melhorar o processo? (Conger *et al.*, 1998).

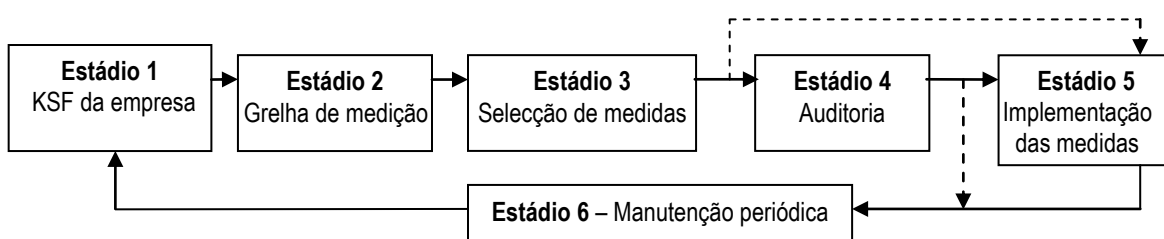
Por outro lado a avaliação não pode ser adequada quando o sistema de medição não o é, por problemas no seu desenho ou implementação. Explicitamos no diagrama nº 5.4 as questões a responder numa auditoria de medição com vista à melhoria global de *performance* (Neely *et al.*, 2002).

Diagrama Nº 5.4: Auditoria diagnóstica (Neely et al, 2002).



O sistema de medição deve ser planeado, organizado e controlado, conforme o diagrama nº 5.5.

Diagrama Nº 5.5: Sistema de medição (Medori e Steeple, 2000).



Como se pode ver no diagrama as medidas serão geradas pela estratégia (*Key Success Factors*), integrar-se-ão em conjunto<sup>87</sup> complementar e terão os requisitos necessários antes de se passar à implementação. Neste processo procede-se à adaptação do sistema de medição com novas medidas, derivadas da nova estratégia e dos problemas actuais de *performance* e modificando as metas, os padrões, a forma de análise e de distribuição da informação.

A manutenção do sistema de medição visa adaptá-lo às mudanças que se impõem (agora):

- Derivadas da nova estratégia (novos objectivos e requisitos dos stakeholders);
- Devidas a novas exigências de *performance* operacional (tendo em conta a já atingida);
- Porque algumas medidas e metas não funcionaram ou já não são úteis no novo contexto (ex. cessou o *gap* de *performance*, as exigências relevantes são agora outras);
- Pela modificação dos meios existentes (infra-estrutura tecnológica e organizacional).

Esta adaptação deve fazer-se em várias fases e níveis: correntemente, quanto à medição operacional e de curtíssimo prazo; periodicamente, relativamente a objectivos operacionais e estratégicos – trimestral e anual, por ex., reflectindo o período mais alargado, a necessidade de rever a *performance* de toda a organização (Najmi et al., 2005).

A análise das medidas cinge-se normalmente à verificação dos seus requisitos (ex. relevância, definição), da sua determinação/cálculo (idêntico em toda a empresa), da sua qualidade (validade e exactidão da medida) e da sua adequação às necessidades dos destinatários (compreensível e ajustada aos objectivos e prioridades).

<sup>87</sup> Com objectivos estratégicos, táticos e operacionais, medidas financeiras e não financeiras, visando o curto e longo prazo.

As revisões do sistema de medição de *performance* devem ser planeadas e organizadas, comprometendo no processo de melhoria os responsáveis pelo sistema<sup>88</sup> e os clientes da informação, auscultando e discutindo os pontos fortes e fracos do sistema e de cada medida, bem como as oportunidades de melhoria – medidas, infra-estrutura, valores de referência. Para além destas revisões internas poderá haver avaliação externa, especificamente para apreciar a adequação do sistema de medição ou integrada em auditoria global de *performance*.

Adair *et al.* (2006b) citam vários autores e concluem que são dez os efeitos adversos da medição de *performance* (no quadro nº 5.8, anexo 1, os efeitos perversos segundo Smith e Goddard, 2002):

- 1- A atenção pode ser dirigida estreitamente para a medida em si mesma, mais que para o processo subjacente (visado);
- 2- Medidas podem ser seleccionadas para afastar a atenção e o esforço dos problemas mais importantes, ou as medidas podem focar-se no curto prazo em detrimento do longo prazo;
- 3- Medir pode encorajar atitude de procura de soluções simplistas para problemas complexos;
- 4- Gestores podem usar a medição para as suas próprias agendas, mais do que para as necessidades e prioridades da organização;
- 5- Medidas podem ser objecto de “jogo” (batota) ou distorcidas;
- 6- *Performance* média pode ser considerada como bastante, encorajando a complacência e desencorajando o risco;
- 7- Medidas podem ser usadas para criticar e não para procurar soluções;
- 8- Bons resultados são evidenciados enquanto resultados pobres são omitidos;
- 9- Expectativas e padrões de âmbito mais alargado (ex. sistema de saúde vs hospital) podem dominar as prioridades locais;
- 10- Metas irrealistas podem baixar o moral e gerar derrotismo.

A avaliação da governação e da gestão apresentam frequentemente erros de medição susceptíveis de serem ultrapassados (ver quadro nº 5.9 no anexo 1).

#### 5.4. Controlo interno, incentivos e cultura

Vimos anteriormente que incidiam sobre a gestão das empresas dois tipos de controlo externo: mercado – de produtos, de capital (“*take-overs*”) e de factores (incluindo o de gestores); sistema político, regulamentação e regulação.

Referimos anteriormente que o BOD exerce sobre a gestão controlo directo nas acções e nos resultados (ex. avaliar o CEO) e indirecto, através de incentivos (sanções) e motivando para actuação dentro das regras e valores da empresa.

Acabámos de analisar a avaliação da *performance* do CEO pelo BOD, a qual tem como preocupação a melhoria de toda a organização mas que integra o sistema de controlo, como um dos processos que irá facilitar a implementação da estratégia. Abordaremos agora os restantes mecanismos internos de controlo.

---

<sup>88</sup> Da gestão global à das unidades, dos gestores das tecnologias de informação, das áreas funcionais (ex. qualidade, finanças).

#### 5.4.1. Necessidade, finalidade e relatividade do controlo

Admitamos que a totalidade das pessoas de uma empresa corresponde ao estereótipo seguinte: respeita o enquadramento legal, as regras e os valores da organização; deseja a responsabilidade, em trabalhos exigentes e com significado; está motivada para se aperfeiçoar e cumprir os objectivos e o contrato com a empresa; procura contribuir para a melhoria e para a inovação na empresa (produtos, processos).

Justificar-se-ia mais ainda, nesse contexto, investir nas pessoas (formação, difusão de informação), atribuir-lhes os recursos e autonomia necessários, em postos de trabalho interessantes, promover a sua participação em projectos de melhoria, etc. Mesmo assim haveria motivo para exercer controlo para, primeiro prevenir ou solucionar problemas inerentes às pessoas e às actividades, segundo estar atento e interventivo em relação a: limitações de racionalidade (conhecimento, capacidades de compreender e avaliar) e oportunismo; incerteza, devida ao ambiente externo e à complexidade interna, à especificidade de activos, à dimensão das perdas possíveis pelo uso alternativo e oportunista dos recursos, e à assimetria de informação *ex-post* – capacidade de avaliar a “verdadeira” *performance* obtida (Speklé, 2003).

As estruturas de controlo existem para ultrapassar as questões suscitadas por aqueles problemas – necessidade de coordenar, de adaptar, de incentivar e constranger ao cumprimento (Speklé, 2003).

O controlo é uma das funções do ciclo de gestão, subsequente ao planeamento e à organização, e exerce-se em toda a organização – negócios, níveis de gestão, áreas e locais de trabalho. Em primeiro lugar a responsabilidade pelo controlo é da governação e da gestão de topo, estendendo-se no seu funcionamento corrente a todos os profissionais e gestores.

O controlo influencia o comportamento das pessoas para que os resultados se ajustem aos objectivos previstos pela organização. O sistema de controlo tem como objectivos:

- Padronização da *performance*, da qualidade e custos dos seus produtos<sup>89</sup>;
- Salvaguarda dos activos e da informação;
- Adequação da autoridade e do poder de decisão;
- Avaliação e gestão do desempenho das pessoas;
- Actuação preventiva para a concretização dos objectivos (Chiavenato, 2004).

Vimos anteriormente que, no BOD e na sua relação com a gestão, se impunha a colaboração (complementaridade, aprendizagem, sinergias da relação) e o estabelecimento de laços sociais que conduzam à confiança. Impunha-se também o controlo, para evitar o *groupthinking* e a complacência com a *performance* fraca e o não cumprimento de regras e padrões de conduta.

Compreende-se que, para a adaptação da organização e aumento da sua *performance*, se pugne pela cooperação e focalização em objectivos comuns de melhoria, aumentando o poder das pessoas que liberte a criatividade e motive àquela melhoria. Porém, maior autonomia dos profissionais e gestores permite mau uso do poder e recursos, que os mecanismos de controlo deverão prevenir e combater de modo a que os objectivos da empresa sejam atingidos.

A avaliação do desempenho individual dos profissionais e dos gestores impõe-se como instrumento de melhoria individual mas também como mecanismo de controlo, para evitar o oportunismo e para

---

<sup>89</sup> Também outros aspectos: tempo de resposta, rendibilidade, *market share*, desenvolvimento de pessoal, responsabilidade social.



garantir o cumprimento dos valores e dos objectivos da organização. Aliás o controlo e a prestação de contas surgem, em todos os domínios das sociedades ocidentais, como o reverso do poder atribuído, correspondendo à definição de “freios e contrapesos” que garantem o seu bom uso e o equilíbrio de interesses a preservar.

Ênfase excessiva no controlo interno gera estabilidade, que será positiva para a eficiência mas pode ser disfuncional, por excesso de burocracia e de programação, criar rigidez organizacional e de comportamento e dificultar a adaptação e a inovação.

Quando a empresa está sujeita à mudança “*acelerada*” (ex. derivada ao mercado), à complexidade do processo de produção (ex. hospital) ou à variabilidade da procura e produção (ex. serviços) menos se justifica enfatizar a estabilidade e mais a flexibilidade. Nesses contextos um estilo de gestão “*comando e controlo*” será ineficaz<sup>90</sup>, sendo de privilegiar a descentralização de decisão, num ambiente que favoreça a experimentação e a aprendizagem, que valorize a *performance* e a responsabilidade – controlo mais pelos resultados e pela influência da cultura, combinando adequadamente o comprometimento, a confiança e a modelação pelo grupo e pela liderança.

Assim o controlo num contexto de mudança pode transformar-se numa limitação e num mero encargo<sup>91</sup>, dificultando o que visa apoiar, a concretização da estratégia e dos objectivos da organização. Leifer e Mills (1996) classificaram como um paradoxo a necessidade de o controlo garantir a eficácia da organização (atingir objectivos) quando, com a maior incerteza, terá que aumentar a autonomia e o carácter equívoco dos postos de trabalho, o que conduz a problemas de controlo de activos e de *performance*.

Por outro lado sabe-se que existe substituição e interacção entre os mecanismos de controlo (Otley, 1980). Assim conclui-se que o importante é a eficiência global do sistema, não a de cada elemento, e a eficácia global do controlo, função da complementaridade dos mecanismos e da sua adaptação ao contexto concreto da empresa, à filosofia e estilo da sua gestão.

Assim, a gestão terá que desenhar e construir um sistema de controlo adaptado à empresa, seleccionando o conjunto de elementos que melhor se lhe adapte e que tenha maior eficiência.

#### 5.4.2. Conteúdo e objecto do sistema de controlo

Durante muito tempo o controlo foi assunto mais de financeiros e de adeptos de visões mecânicas da organização, tomado como sinónimo de supervisão, de conformidade com o planeado, de fiscalização e auditoria financeira. Sobreavaliaram-se os mecanismos objectivos<sup>92</sup> e esqueceram-se o controlo da estratégia, a *performance* multidimensional, o autocontrolo, o controlo pelos pares e os aspectos culturais.

O controlo interno é definido como «*um processo efectuado pelo BOD de uma entidade, pela gestão e outras pessoas, designados para fornecer garantia suficiente relativamente à concretização de objectivos nas seguintes categorias: eficácia e eficiência das operações; confiabilidade do reporting financeiro; cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis*» (COSO, 1992), página 9.

---

<sup>90</sup> Esse estilo é eficaz apenas em contextos de baixa complexidade, estáveis ou em ambiente específico (ex. guerra).

<sup>91</sup> Custo do controlo superior aos benefícios que efectivamente propiciou.

<sup>92</sup> Estrutura, hierarquia e *reporting*, plano e orçamento, controlo de metas sectoriais, procedimentos escritos, entre outros.

Em nossa opinião a salvaguarda de activos, informação e intangíveis incluídos, é naturalmente uma das finalidades do controlo interno e o controlo da informação deve incluir toda a que for relevante e tenha sido produzida e distribuída, não apenas a reportada da área financeira.

No quadro nº 5.10 do anexo 1 resumimos as obrigações sobre controlo interno impostas ao BOD pelo citado relatório.

O Relatório Turnbull consagra uma mudança de concepção do controlo interno na relação com os riscos – «*Eventos reais ou potenciais que reduzem a probabilidade de a empresa atingir os seus objectivos*» (KPMG, 1999). Passam a ser motivo de identificação e gestão (não só de atenção preventiva) todos os riscos, não apenas os que são susceptíveis de perda financeira, e a auditoria passa de vigilante da conformidade (leis, regras e boas práticas) a gestor de riscos em colaboração com a gestão – função de relatar problemas e sugerir melhorias, indicar alternativas à aceitação do risco, como: partilhar, transferir para terceiros, sair da actividade em causa.

**Quadro Nº 5.11: Áreas e âmbito do controlo interno (KPMG 1999; Turnbull, 1999, 2005)**

Áreas	Âmbito e actividades
Controlo do meio interno	– Filosofia e estilo de gestão, valores e visão da organização; – Estrutura organizacional, distribuição de poderes e responsabilidades, papel do BOD e da gestão.
Avaliação e gestão de riscos	– Definir objectivos relativamente ao risco, identificar, avaliar e gerir os riscos principais (ex. ambientais, mercado, fraude).
Informação e comunicação	– Garantir a qualidade da informação distribuída periodicamente, interna e externamente; – Comunicação interna (escrita, verbal, <i>e-mail</i> , etc.).
Monitorização	– Gestão e supervisão, contabilidades, procedimentos operacionais, auditoria interna, códigos de conduta; – Monitorizar e avaliar o próprio sistema de controlo interno.
Controlo de actividades	– Políticas que garantam o cumprimento das orientações internas, revisão da <i>performance</i> operacional; – Controlo de actividades: pessoal competente, clareza nas responsabilidades, segregação de funções, autorização prévia, verificações independentes de <i>performance</i> , salvaguarda de activos.

O risco financeiro numa empresa mede-se pela variação do seu resultado líquido (ou valor de mercado) relativamente ao valor esperado, e tem duas componentes: ficar abaixo desse valor (*downsize risk*) ou acima (*upside potential*). A noção de risco considerada habitualmente pela literatura do controlo, potencial de perda atribuída a fraude e a incompetência da gestão e dos profissionais, trata apenas da variação não desejada, a qual exige protecção, que se consegue pela actuação do BOD, por *reporting* adequado, pelo controlo interno e pela gestão de riscos. Importa, porém, não esquecer que, mesmo confinando-nos ao risco financeiro, devem ser considerados os resultados líquidos previsíveis no médio/longo prazo, e não só os de um exercício, e ainda que nessa previsão deve ter-se em conta o impacto de todos os factores, alguns deles não financeiros (por ex., ambientais ou demográficos) susceptíveis de por em risco também a sustentabilidade financeira.

O controlo nas organizações pode ser de dois tipos: estratégico, focalizado na adaptação externa e no longo prazo; de gestão, mais voltado para o interior e para influenciar o comportamento das

peças (Merchant e Stede, 2003). O controlo de gestão corresponde aos mecanismos e processos desenhados para influenciar o comportamento das pessoas com vista à concretização dos objectivos da organização.

Como influenciar os trabalhadores e os gestores para actuação (comportamento) e motivação em favor do interesse e objectivos da organização?

Quanto ao **momento** do controlo, o modelo ABC (*Antecedents, behaviour, consequences*) afirma que o comportamento das pessoas pode ser modificado através de actuação prévia (*ex-ante*) e posterior (*ex-post*), (Ayers 1995; Daniels, 1989). De modo idêntico o controlo de gestão é proactivo (prevenir) ou reactivo (detectar e corrigir), (Merchant e Stede, 2003). Na realidade o controlo pode exercer-se antes, durante e após o comportamento (ver quadro seguinte).

**Quadro Nº 5.12: Tipos de controlo e seu tempo**

1. Pré-controlo: 1.1. Formais 1.2. Informais	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estratégia, planos, objectivos, padrões, orçamentos;</li> <li>– Políticas e procedimentos, descrição de funções, regras e normas de conduta; formação, reuniões, dotar com recursos e condições necessárias; incentivos.</li> <li>– Modelação e socialização de grupo e pela organização.</li> </ul>
2. Simultâneo/ concomitante	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Supervisão, monitorização e inspecção; fiscalização da execução, reuniões sobre os problemas surgidos/alternativas; formação “JIT” e em serviço; influência de pares e do grupo (ex. pressão para comportamento ou <i>performance certos</i>).</li> </ul>
3. Retroacção (consequências)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Auditoria (interna, externa), relatórios e informação (periódicas); avaliação da <i>performance</i>; revisão de métodos, processos, padrões e metas.</li> <li>– Políticas e práticas de avaliação das pessoas (ex. ligar a <i>performance</i> a incentivos) que reforçam o comportamento (obter o desejado, escapar ao não desejado).</li> </ul>

Quanto ao grau de **formalização** o controlo pode ser formal (objectivo, técnico) ou informal/social (normas de grupo, socialização e cultura) (Collier, 2005). Quanto ao **objecto** o controlo foca-se em acções, resultados, pessoas e cultura (quadro nº 5.13).

**Quadro Nº 5.13: Controlo segundo o seu objecto – Resumido de Merchant e Stede (2003)**

Objecto	Caracterização
Acções	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constrangimentos de actuação, físicos (ex. cartão magnético) e administrativos (ex. segregação de funções, obrigatoriedade de registos completos e de <i>reporting</i>);</li> <li>– Aprovação prévia (ex. para contrair empréstimo);</li> <li>– Prestação de contas, baseada em regras administrativas ou sociais (ex. código de conduta);</li> <li>– Redundância (ex. hardware duplicado, central eléctrica de emergência).</li> </ul>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definição de áreas, objectivos, indicadores, padrões e metas – depois medir, avaliar e actuar. Lógica é atribuir poder, descentralizar e apoiar – sancionar e recompensar (incentivos, promoção, reconhecimento).</li> </ul>
Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selecção e colocação (“<i>pessoa certa no local certo</i>”);</li> <li>– Integração, formação e difusão de informação;</li> <li>– Desenho de posto de trabalho (poderes e tarefas, relação com outras funções), disponibilizar recursos e condições, rotação de funções.</li> </ul>
Cultura	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Normas escritas (ex. missão, valores) e regras não escritas para guiar as decisões e moldar o comportamento e atitudes. [«Quanto mais forte for a cultura... menos necessidade de manuais, organograma, procedimentos e regras detalhadas» (Peters e Waterman, 1982) ]</li> </ul>

O sistema de controlo das empresas evoluiu com as mudanças de contexto da empresa e da sua organização interna sendo de sublinhar os seguintes aspectos:

- Maior achatamento da estrutura e empresa mais estendida<sup>93</sup> conduzem a controlo menos hierárquico, mais mecanismos de mercado e coordenação por resultados;
- Substituição de empresários por accionistas/investidores e maior poder de *stakeholders*, donde maior papel do BOD, de mecanismo externos e da *performance* multidimensional;
- Maior incerteza externa e complexidade interna requerem gestão mais adaptativa, controlo mais interactivo e por imposição de limites, menos por orçamento e plano detalhado;
- Controlo mais sofisticado, facilitado pelo desenvolvimento dos sistemas de informação e de metodologias para influenciar os comportamentos (ex. incentivos) Otley (2003).

Por seu lado, a evolução da investigação sobre o controlo nas organizações conduziu a:

- Orientação mais global e mais estratégica;
- Integração de todos os processos e mecanismos de controlo (formais/informais, externos/internos, directos/indirectos) num *mix* específico adaptado às características da empresa, da sua liderança e do seu contexto concreto;
- Relativização do controlo objectivo (hierárquico, instrumental, constrangedor) face à cultura e valores, ao autocontrolo e ao controlo pelo grupo;
- Identificação<sup>94</sup> com a gestão da *performance*, na perspectiva de instalação dos mecanismos que irão facilitar a melhoria da *performance* futura;
- Aceitação dos riscos (identificar, avaliar, gerir) ao invés de os evitar e combater.

O essencial nos sistemas de controlo de gestão é gerir a tensão entre a inovação (criatividade) e a concretização de objectivos (previsibilidade), balanceando a conformidade e estabilidade (característica do controlo clássico) com a flexibilidade imposta pela incerteza e rapidez de mudança que o contexto da empresa impõe (Simons, 1995). Os novos sistemas de controlo visam dois aspectos aparentemente contraditórios: estabilidade/evitar surpresas vs flexibilidade, inovação e mudança.

### 5.4.3. Novos modelos de abordagem

Otley (1999) propôs um modelo de controlo de gestão com cinco áreas inter-relacionadas, constituídas pelos processos e métodos usados para:

- 1ª Formulação e implementação da estratégia e dos planos, bem como a avaliação da *performance* associada a essa implementação;
- 2ª Definição dos objectivos chave da organização e de como avaliar a sua concretização;
- 3ª Estabelecimento de metas para as unidades e para a organização;
- 4ª Definição de sistema de incentivos e da sua relação com as metas e planos;
- 5ª Identificação dos tipos de informação necessários para monitorizar a *performance*, aprender com a experiência e difundir esse conhecimento na organização.

---

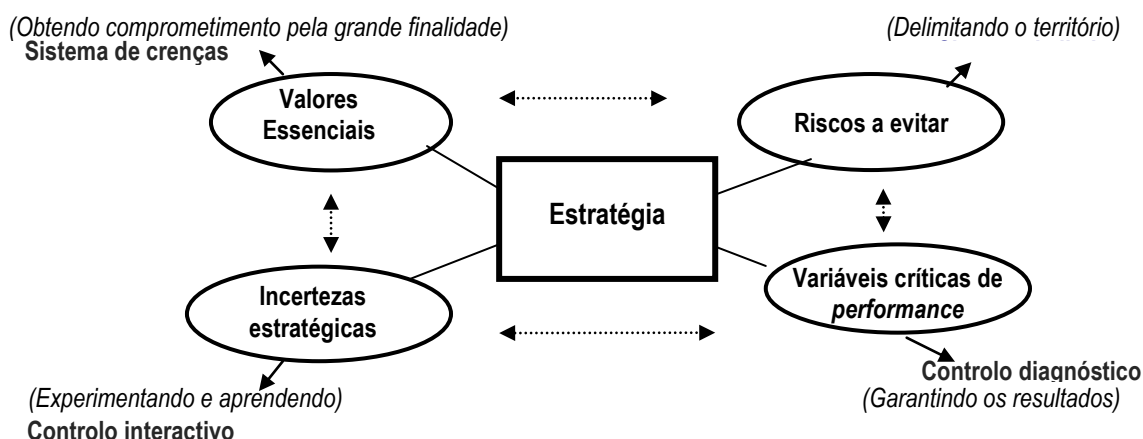
<sup>93</sup> Cadeia de valor e subcontratação, *joint ventures* e parcerias.

<sup>94</sup> «Evolução do controlo de gestão culminou na sua transição para a gestão de *performance*» (Otley, 2003).

O modelo proposto por Simons (1995) preocupa-se essencialmente com a implementação da estratégia da empresa – haverá ainda que incluir o controlo de acções. Compõe-se de quatro respostas tipo as quais deverão ser combinadas de acordo com as características e contexto da empresa. A escolha entre o tipo de controlo está dependente de quatro aspectos: praticabilidade técnica de medir e monitorizar; custo de cada solução (gerar e analisar informação, custo de não o fazer); compreender a relação causa-efeito e poder actuar; grau de inovação desejado (Simons, 2000).

Apresentamos de seguida um diagrama e um quadro que sintetizam esse modelo.

**Diagrama Nº 5.6: Modelo de controlo (Simons, 1995)**

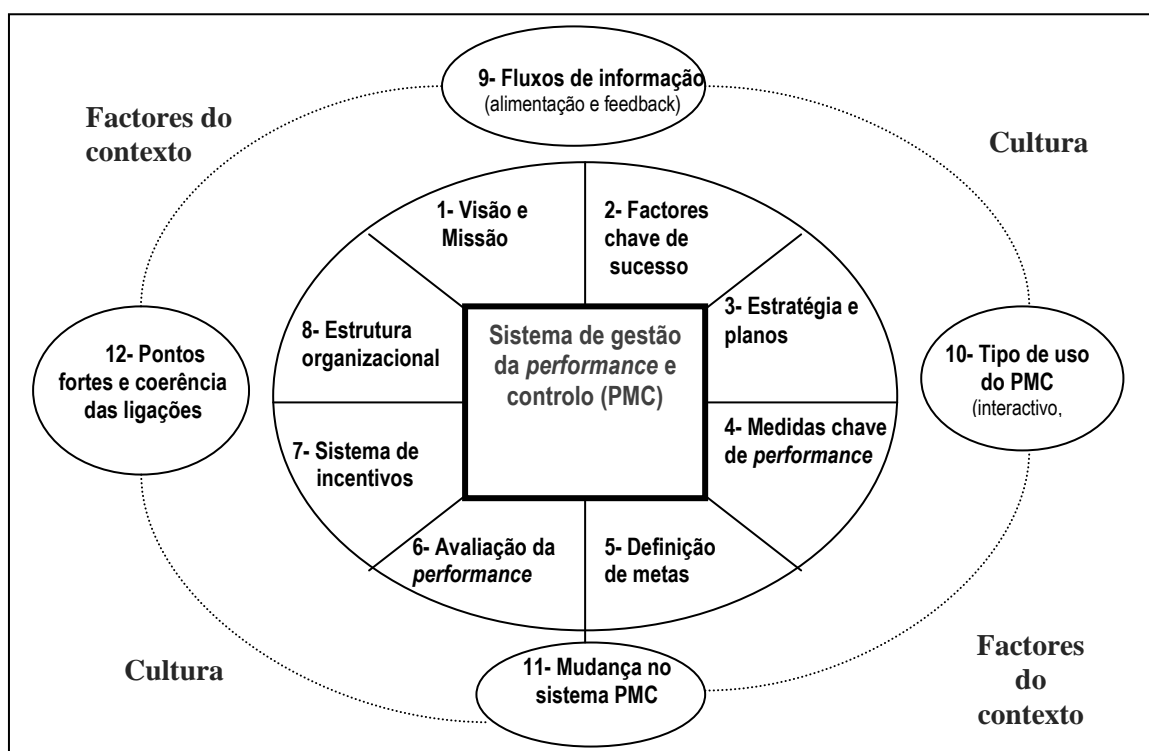


**Quadro Nº 5.14: Tipo de controlo e seu conteúdo – construído a partir de Simons (1995)**

Tipo	Foco	Mecanismos e processos
<b>Diagnóstico</b>	Variáveis críticas para a <i>performance</i> .	Revisão da estratégia e dos planos, objectivos e orçamentos anuais (relatórios, reuniões, monitorização e avaliação, acções correctivas). <i>Benchmarking</i> e comparação de <i>performance</i> , revisão de padrões. BSC, <i>tableau de bord</i> , outros instrumentos de gestão da <i>performance</i> .
<b>Interactivo</b>	Incerteza e adaptação estratégica.	Uso interactivo da estratégia, dos objectivos, dos planos e do sistema de medição (rever pressupostos da estratégia e redefini-la depois).
<b>Crenças</b>	Valores da empresa.	Plano estratégico, valores e visão - formular, difundir, conquistar, comprometer.
<b>Limites</b>	Prevenir actuação não desejada (respeitar a Missão).	Estratégias e planos sectoriais, estrutura organizacional – divisão de funções, poderes e responsabilidades. Código de conduta.

Ferreira e Otley (2005) apresentaram um novo modelo integrado de gestão da *performance* e controlo composto por doze questões (numeradas no diagrama nº 5.7 de 1 a 12).

Diagrama Nº 5.7: Modelo de gestão da *performance* e controlo – adaptado de Ferreira e Otley (2005)



#### 5.4.4. Incentivos

Começamos por clarificar o sentido em que usamos os termos principais.

**Incentivo = recompensa** (*reward*). Valor com significado económico associado ao cumprimento, por indivíduo ou grupo, de objectivos predeterminados (ex. soma em dinheiro).

**Reconhecimento** (*award*). Distingue-se do incentivo porque não apresenta valor económico nem tem ligação a *performance* predeterminada, antes a comportamentos e atitudes individuais que se querem reforçar, ex. “empregado do mês”, ver quadro nº 5.15 do anexo 1.

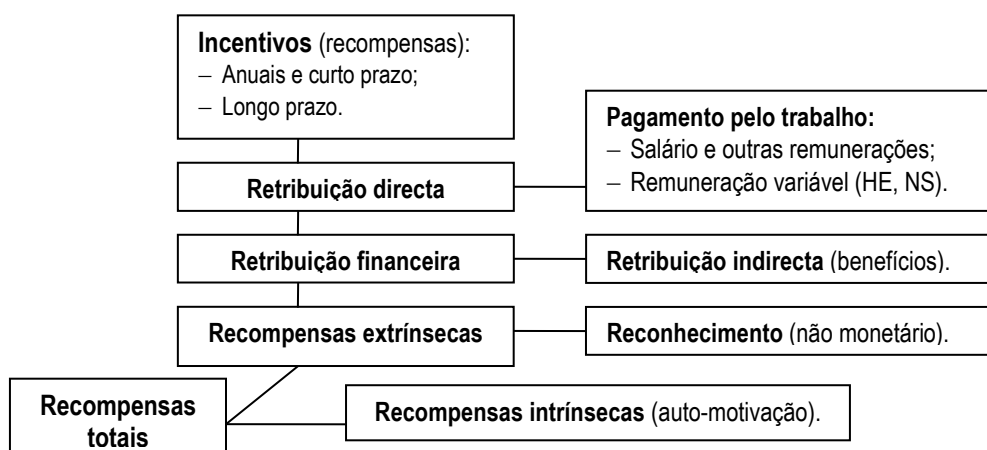
O incentivo caracteriza-se por ter valor significativo, ser positivo e contingente com a *performance* pressupondo avaliação prévia. Difere da remuneração variável que é compensação devida por tempo de trabalho acrescido ou horas incómodas (ver diagrama nº 5.8).

A punição, como reverso dos incentivos, pode assumir contornos próprios mas na maioria das vezes será apenas o não recebimento de incentivos. Estes são uma solução para duas finalidades principais: contribuir para aumento de *performance* da organização; melhorar o seu controlo.

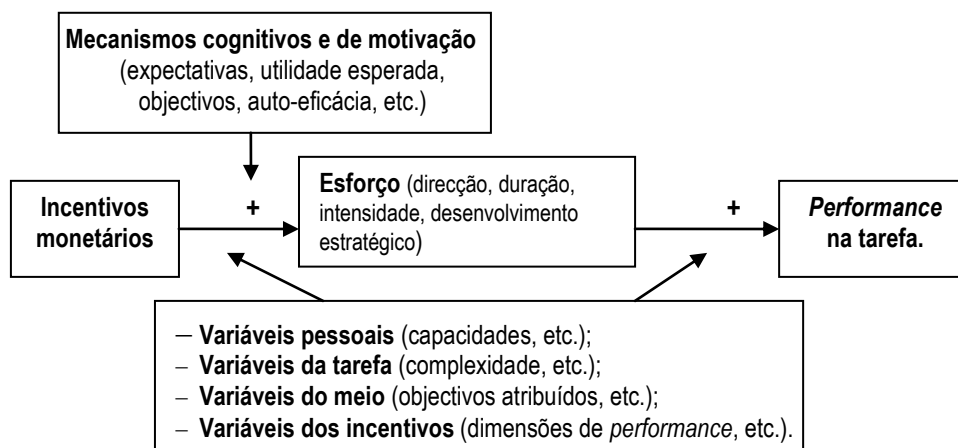
Para a gestão a principal justificação dos incentivos é que funcionam como indutores de *performance* para a organização gerando, no nível individual e do grupo, aumento da motivação (extrínseca) para cumprimento dos objectivos e prioridades definidos, no respeito pelas regras e valores vigentes.

Como os incentivos, apesar de contingentes com o resultado, são certos na sua verificação – havendo o resultado e o comportamento haverá o incentivo –, motivam a pessoa para direccionar a atenção e o esforço para o que é prioritário (direcção), exercer esforço imediato maior (intensidade) e persistir no esforço (duração), umentar o conhecimento e capacidades para melhor *performance* futura (investimento).

**Diagrama Nº 5.8: Decomposição das recompensas – Modificado de Franco-Santos *et al.* (2004)**



**Diagrama Nº 5.9: Relação entre incentivos e *performance* – Adaptado de Bonner e Sprinkle (2002)**



Na perspectiva de melhoria da *performance* encontramos outros motivos para os incentivos: obter a cooperação das pessoas para projectos de melhoria e mudanças difíceis; obter informação face à complexidade do processo de produção; promover o investimento pessoal, face à necessidade de actualização técnico-científica; evitar o custo de conflitos e da rotação elevada sem aumento da rigidez salarial.

A associação de incentivos a objectivos leva as pessoas a fixarem metas ambiciosas e conduz a maior comprometimento e esforço (Locke *et al.*, 1981). Sabe-se também que a fixação de objectivos, o feedback e os incentivos são complementares e aditivos sobre a *performance* (Bonner e Sprinkle, 2002).

Assim os incentivos actuarão pelo esforço (motivado), sobre os resultados directos da pessoa e da unidade, através de efeitos sinérgicos noutras unidades, e, pelo desenvolvimento pessoal e melhorias induzidas, nos resultados futuros da organização. A conjugação com outros mecanismos (objectivos, feedback, formação, prestação de contas, poder de decisão) aumenta o seu poder de motivação e o potencial de resultados alcançável.

Relativamente ao seu papel no controlo sublinha-se o condicionamento de comportamentos e atitudes – orientar e motivar ao cumprimento de objectivos vs oportunismo e mau uso de recursos – e a redução que propicia no custo de controlo das pessoas e dos resultados.

Vem a propósito lembrar as razões económicas que justificam os incentivos:

- A acção do agente não é directamente observável pelo principal e afecta o resultado de que este pode beneficiar – alguns resultados são observáveis, mas porque dependem também de variáveis aleatórias, as acções não podem ser perfeitamente inferidas dos resultados (risco moral, incentivos para esforço);
- Quando o agente tem informação privilegiada no momento do contrato o incentivo destina-se a induzir o agente a partilhar a informação de modo verdadeiro com o principal (selecção adversa, incentivos para informação).
- O agente pode observar alguns resultados melhor que o principal, pelo que este incorrerá em dispêndio substancial para verificar<sup>95</sup> (incentivos por custos de verificação) (Dixit, 2002).

Assim os incentivos permitem melhorar a *performance* actual e potencial da organização, aumentando o poder e a autonomia das pessoas sem os custos correspondentes do controlo.

Os benefícios dos incentivos vêem-se nos resultados, da organização e das pessoas, e no melhor controlo na empresa. Os objectivos visados com os incentivos são:

- i) Dar direcção. Focalizar nas prioridades estratégias e nos objectivos da organização;
- ii) Informar e partilhar o conhecimento. Ligar as acções e objectivos das pessoas às prioridades da organização, compreender e partilhar os riscos e alternativas;
- iii) Motivação extrínseca. Maior esforço e comprometimento para concretizar os objectivos da organização, maior cooperação e disponibilidade para inovar e assumir riscos;
- iv) Menor rigidez da despesa. Obter flexibilidade e alisar<sup>96</sup> a despesa com pessoal e, simultaneamente, melhorar a capacidade de atrair e reter os melhores profissionais (Kaplan e Norton, 1992, 1996, 2001; Merchant e Stede, 2003; Franco-Santos *et al.*, 2004).

A motivação extrínseca é a menos importante (Franco-Santos *et al.*, 2004).

Estudos empíricos comprovaram a eficácia dos incentivos, individuais e de grupo, na *performance*, não sendo necessária grande intensidade de incentivos<sup>97</sup>, demonstrando que é importante a racionalidade traduzida na contingência com a *performance*, não a intensidade ou o valor absoluto do incentivo (Bucklin e Dickinson, 2001; Dickinson, 2005). A menor intensidade terá a vantagem de «obter a maioria dos efeitos desejados sem os indesejados» (Franco-Santos *et al.*, 2004).

---

<sup>95</sup> Verificar como provar o resultado por uma 3ª parte, observar quando o resultado pode ser inferido mas não provado por terceiros.

<sup>96</sup> O acréscimo de despesa é pago com os maiores resultados, quando estes diminuem a despesa acompanha-os.

<sup>97</sup> Maior performance com incentivos de 3% sobre o salário, com incentivos maiores não houve melhorias adicionais.



A eficácia global dos incentivos pode também ser apreciada pela % de empresas que os usam: 90% das maiores empresas do *Fortune 1000* (Ledford *et al.*, 1995); 74% dos empregados de 391 firmas nos EUA e Canadá e 69% dos gestores com bónus anuais, segundo Watson Wyatt Worldwide, *Strategic Rewards: Managing Through Uncertain Times* (2002/2003 survey report, page 9); 75% das empresas estudadas por Franco-Santos *et al.* (2004) ligavam a medição de *performance* a recompensas a gestores.

Os incentivos a grupos são susceptíveis ao “*free riding*” e poderão ser menos atractivos para as pessoas com alta *performance*. Os resultados obtidos em estudos empíricos são concludentes quanto à sua eficácia (face à ausência de incentivos) mas não na comparação com incentivos individuais. Em sete estudos que compararam a *performance* com incentivos individuais e de grupo, quatro tiveram resultados semelhantes, em dois os incentivos individuais apresentaram vantagem, noutro a vantagem foi dos incentivos de grupo (McGee *et al.*, 2006).

Incentivos do grupo pressupõem equidade de distribuição, em que alguns elementos poderão ser excluídos ou ter maiores ou menores incentivos, em função da sua contribuição para a *performance*; é vulgar os incentivos serem atribuídos proporcionalmente ao salário base.

A utilização de incentivos de grupo tem aumentado recentemente dado que:

- Organizações estão mais achatadas e dependentes de trabalho em grupo;
- Trabalho com múltiplas tarefas interdependentes e a cargo de diversos intervenientes;
- Grupo exerce autocontrolo, promove a partilha de informação, o desenvolvimento das pessoas (em serviço) e facilita as mudanças em processos operacionais;
- É mais fácil medir o trabalho de um conjunto que o de um indivíduo.

Dado que o montante global a afectar a incentivos dependerá sempre do que na empresa for considerado comportável, a opção por incentivos de grupo motivará para o autocontrolo, como referido, e, especificamente, para a promoção da produtividade de cada um dos seus membros, já que, para a mesma produção total, o aumento de efectivos provocaria diminuição do montante correspondente a cada um.

Também a opção por incentivar o grupo elimina a dificuldade de medição individual da *performance*, sobretudo nos casos em que o trabalho não é facilmente observável, por ex. atenção e serviço prestado por enfermeiro no internamento, os resultados da unidade não são discrimináveis por pessoa – ex. equipa de programação ou de projectistas – e quando os efeitos noutras unidades são substanciais. Nestas situações incentivar grupos parece ser melhor que a solução genérica defendida por Baker *et al.* (1994) – complementar as medidas objectivas com avaliação subjectiva (cooperação, inovação, confiabilidade e outros aspectos subjectivos).

Dado que estes incentivos assentam no grupo e nas suas normas alguns autores integram-nos nos mecanismos de controlo através da cultura.

Naturalmente os incentivos não são uma solução milagrosa ou panaceia, antes mecanismo integrado em sistema de retribuição global, que deverá ser adequadamente articulado com os restantes sistemas de gestão e que funcionará com os seguintes requisitos:

- i) Alinhado com a estratégia e com a *performance* (objectivos e metas) definida para o ano;

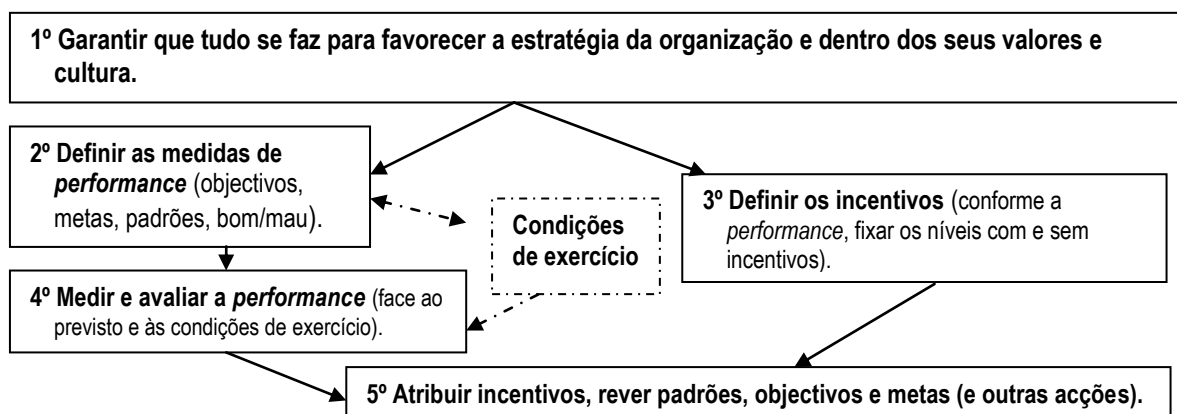
- ii) Servido por adequados sistemas de informação e de avaliação da *performance*, dentro de clara atribuição de responsabilidades;
- iii) Equilibrado com a motivação intrínseca e com o investimento nas pessoas;
- iv) Congruente com a cultura e valores da organização;
- v) Viável financeiramente, isto é, gera resultados acrescidos que reforcem a sustentabilidade.

O equilíbrio com a motivação intrínseca significa privilegiar esta motivação, através de design apropriado do sistema em que a pessoa trabalha – incluindo postos de trabalho exigentes e com responsabilidade, participação na decisão e restantes condições necessárias para bons resultados – e com peso da retribuição obtido com incentivos não muito relevante. No diagrama nº 5.10 enumeram-se os passos essenciais para a aplicação de incentivos.

Fora deste enquadramento, requisitos e processo, os incentivos provocarão efeitos perversos na *performance*, na satisfação e nos comportamentos, motivando as pessoas a obter as recompensas não a melhorar a *performance* individual e da organização. É neste quadro que entendemos as posições de Kohn (1993) contra os incentivos e as posições favoráveis da teoria da agência relativamente ao seu uso no controlo dos gestores.

Os incentivos para gestores, defendidos pela teoria da agência, encontram suporte em vários estudos empíricos e na esmagadora maioria dos autores, que defendem a posse de acções pela gestão e incentivos com opções sobre acções (incentivo de longo prazo). Estes mecanismos apresentavam um custo muito baixo, por exemplo o CEO recebia apenas 3,25 por cada aumento de 1000 US dólares na *performance* da empresa (Jensen e Murphy, 1990; Mehran 1995). Na década seguinte a situação veio a alterar-se radicalmente, com o aumento exponencial do valor das acções no mercado e com incentivos muito mais elevados para CEO e membros do BOD.

**Diagrama Nº 5.10: Processo simplificado de atribuição de incentivos**



A ocorrência de inúmeros escândalos empresariais e os estudos entretanto desenvolvidos vieram comprovar que o sistema de retribuição foi capturado pelos CEO, em detrimento dos accionistas e demais interessados. Incentivar através do valor das acções não só reforçou a orientação para o curto prazo como promoveu a manipulação pela gestão de informação da empresa (e do mercado).

Apresentamos de seguida as conclusões de alguns estudos:

- Retribuição dos CEO passou de 44 vezes a do empregado médio em 1965 para 301 vezes em 2003 (Petra e Dorata, 2008).
- Nos EUA os CEO recebiam, em 2003, 67% da retribuição em opções sobre acções (5% em 1990) (Benz e Frey, 2007). Gestores motivados através de opções e acções «*têm incentivos para manipular resultados, omitir notícias negativas e escolher projectos e estratégias que são menos transparentes para o mercado*» (Bebchuk, 2005), pg 11. Bergstresser e Philippon (2006) comprovaram que os CEO manipulam os resultados mais agressivamente quando têm % alta da retribuição ligada ao valor da acção.
- Limitações de controlo do BOD – devido ao poder do CEO, por lealdade e amizade, etc – demonstram que CEO e BOD estão alinhados em matéria de retribuição (Bebchuk, 2005). Há relação positiva significativa entre as retribuições de ambos e evidência de excessiva compensação que afecta a *performance* das empresas (Brick *et al.*, 2006).
- Quando a *performance* é multidimensional e as metas para incentivos abrangem apenas uma dimensão<sup>98</sup>, os beneficiários ignoram as restantes e há maior possibilidade de manipulação de informação e fraude (Dixit, 2002; Jensen, 2004).
- Dualidade do CEO (preside também ao BOD) reduz a probabilidade de ter baixa retribuição; no mesmo sentido influem elevada dimensão do BOD (mais de 9) e comissão de remunerações com pouca experiência – serviram em menos de três outros BOD (Petra e Dorata, 2008).

O contrato de incentivos para os gestores liga-se em muitas organizações a vários objectivos, e não apenas ao resultado financeiro, porque:

- Não há um objectivo claro (único), por ex., empresas não lucrativas ou estatais;
- Valor de mercado da empresa tem flutuações acentuadas que dependem de factores externos ou não controláveis pela empresa – Petra e Dorata (2008) citam estudo do mercado de acções nos EUA que concluiu que o preço da acção reflecte em 30% a *performance* da empresa, restantes 70% as condições de mercado;
- Ligação da *performance* de uma pessoa (grupo) à da organização é difícil de estabelecer e a contribuição para os resultados da organização inclui externalidades entre negócios (unidades) e efeitos de longo prazo (Baker, 1992; Baker *et al.*, 1994).

Incluir medidas não financeiras para avaliar a *performance* e para incentivar a gestão é congruente com a teoria de agência e modera os problemas criados pela avaliação financeira: menor ruído na avaliação da *performance* (falta de relação das medidas financeiras com os esforços da gestão); menor manipulação e miopia da gestão, que visa apenas o curto prazo e o valor de mercado; antecipam a *performance* futura devida à actuação da gestão (Banker *et al.*, 1998).

No futuro os incentivos a gestores deveriam constituir um exemplo duplo para a organização:

### **1º Retribuir equitativamente a *performance*, não a posição, o poder e a política.**

Os incentivos para gestores deviam, como nas restantes pessoas, ligar-se directamente à (verdadeira<sup>99</sup>) *performance* da organização e ao cumprimento dos objectivos individuais. Já vimos que os efeitos positivos na *performance* se conseguem com uma intensidade de incentivos relativamente baixa, pelo que os montantes milionários devem cessar (Bucklin e Dickinson, 2001). Os incentivos anuais devem ter valor moderado, mas deverá prever-se um montante de fim de mandato a atribuir caso a estratégia seja integralmente cumprida.

<sup>98</sup> Normalmente a que é fácil e barato medir e não, como se impunha, a que melhor represente a *performance* da organização.

<sup>99</sup> Multidimensional, com indicadores atrasados e avançados, contemplando os *stakeholders* principais.

## 2º **Mostrar integridade e respeito pelos demais interessados.**

Pela posição ocupada e pelo seu papel na definição dos valores e da cultura o CEO deve libertar-se da imoralidade e oportunismo que inúmeros estudos evidenciaram, para voltar a converter-se num modelo de comportamento, de responsabilidade e de compromisso com o futuro da organização.

Terminamos com duas citações que consideramos relevantes:

- Heineman (2008) defende que o CEO deve ser “pago com integridade”; em todos os aspectos (e níveis de gestão) a organização deve evidenciar adesão robusta às regras instituídas, adopção de padrões éticos e comprometimento dos empregados com a honestidade, sinceridade, justiça, confiança e segurança.
- Carlos Tavares, Presidente da CNVM, propõe: «fixação das remunerações dos gestores baseada unicamente nos lucros e nos resultados financeiros, tendo em conta a gestão do risco, os efeitos do médio prazo e, em, meu entender, a conformidade do comportamento dos gestores com elevados padrões de ética e rigor» (Expresso, 25-10-2008).

### 5.4.5. Cultura

Começaremos por explicitar o sentido em que os conceitos fundamentais são usados:

**Cultura organizacional**<sup>100</sup>: «*Conjunto de normas e valores partilhados que controlam as interações entre os seus membros e com as pessoas fora da organização*».

**Valores**: «*Critérios gerais, padrões ou princípios que as pessoas usam para determinar que tipo de comportamento, evento, situação e resultado são desejáveis ou indesejáveis*» (Jones, 2001).

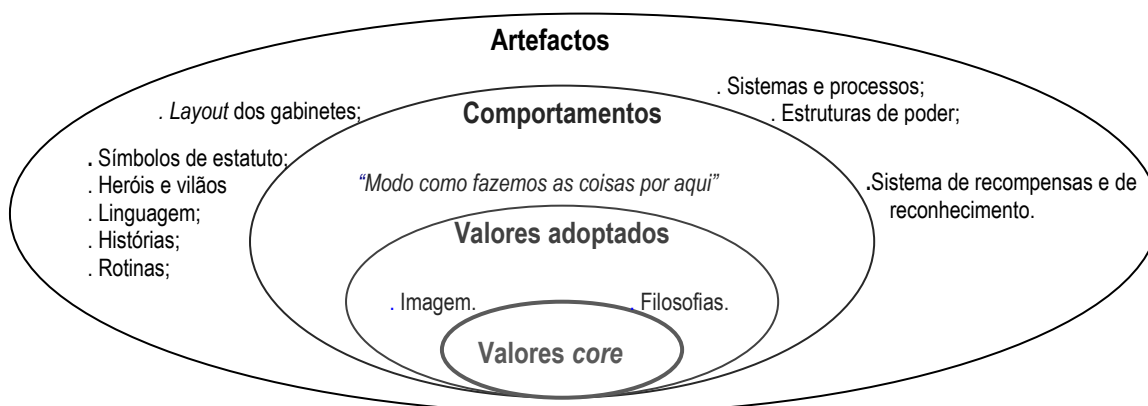
Distinguimos o comportamento, modo como se actua (observável, pode ser objecto de acção directa), da atitude (disposição/estado de espírito interno perante algo) que o justifica e se manifesta através daquele.

A cultura da organização é única e resulta da interacção de quatro factores específicos: características das pessoas da organização, sobretudo fundadores e gestores de topo; poderes de decisão e como são distribuídos a profissionais e gestores; estrutura organizacional, divisão de funções, tarefas e responsabilidades; ética organizacional, valores morais, credos e regras que definem a forma apropriada das pessoas lidarem umas com as outras e com os *stakeholders* (Jones, 2001).

A cultura de uma organização inclui aspectos visíveis e exteriores (artefactos e comportamentos), outros frequentemente explicitados (valores adoptados) e os valores *core*, por vezes inconscientes ainda que sejam partilhados. O diagrama seguinte evidencia a relação entre essas componentes.

<sup>100</sup> Alguns autores incluem o que é partilhado (valores, atitudes, normas) e estabelecido na organização (rotinas, tradições, cerimónias, estrutura de incentivos).

Diagrama Nº 5.11: Modelo para compreender a cultura (Thornbury, 2003)



A transmissão dos valores na organização faz-se por socialização, de modo directo – formação inicial, ritos de admissão, promoção e reconhecimento – ou indirecto, por assimilação durante o trabalho, por observação, actuação e ajustamento progressivo.

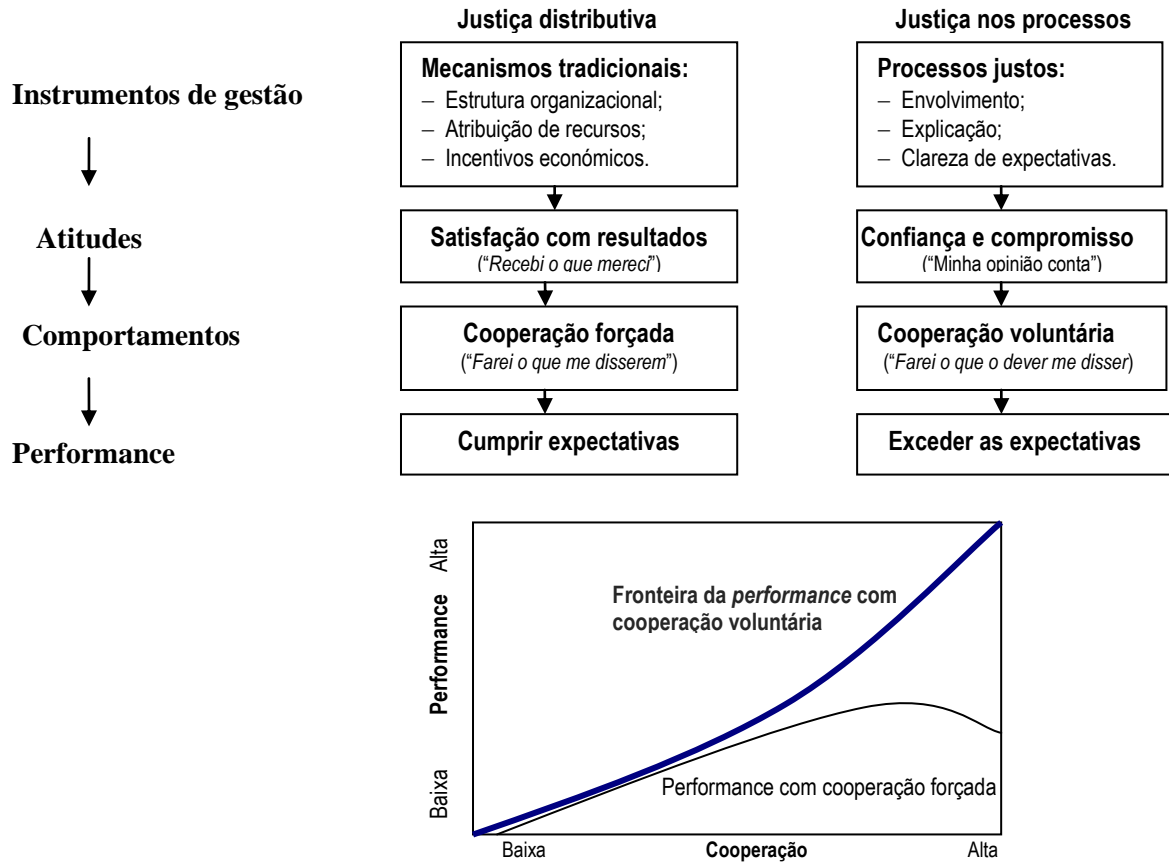
Para actuação eficaz os valores, em que a cultura assenta, deverão ser: conhecidos e compreendidos em toda a organização; assumidos na actuação e decisões diárias; integrados na estratégia, nos sistemas e nos processos; reforçados continuamente pela gestão através de reconhecimento e recompensas.

A importância da cultura na *performance* foi comprovada nos estudos efectuados, tendo-se concluído que as empresas com cultura forte tinham maior *performance* que a média do mercado (mais 12 vezes num período de 70 anos), maior capacidade de adaptação às mudanças, de superar reveses e se tornarem líderes na indústria (Collins e Porras, 1994, 1996). Essa relação é mediada pela concretização da estratégia e pela eficácia do controlo social, pelo comprometimento das pessoas e seu efeito “libertador” de ideias (inovação). Kim e Mauborgne (1997) referem dois percursos complementares para a *performance* (justiça distributiva, justiça nos processos) que caracterizam do modo que o diagrama nº 5.12 resume.

Para além da melhor *performance* em termos económico-financeiros os valores éticos promovem melhores resultados em responsabilidade social (CSR). A CSR dá legitimidade à empresa, o que reforça os aspectos éticos na empresa e o compromisso das pessoas com a organização e com o «contrato social» implícito que ela cumpre.

A visão congrega as forças e impulsos para a mudança e para adaptação permanente da organização. Em contrapartida a missão e os valores conferem-lhe estabilidade e identidade, guiam e orientam em todas as acções (de profissionais e gestão, estratégicas e táticas). Os valores actuam «*como a cola que mantém a organização quando ela cresce, descentraliza-se, diversifica-se...*» (Collins e Porras, 1996).

Diagrama Nº 5.12: Percursos para a *performance* - Adaptado de Kim e Mauborgne (1997)



A cultura actua como facilitador da estratégia (concretização inspirada e guiada pelos valores), da estrutura da organização (cumprir os papéis, poderes e responsabilidades) e como mecanismo de controlo social (ajustamento mútuo na organização).

Os valores ligam-se à estratégia do seguinte modo:

- 1º. Fornecem foco, direcção e motivação para definir e cumprir a estratégia (Thornbury, 2003);
- 2º. Sucesso depende da vantagem competitiva, derivada do modo equitativo e responsável como se gerem os *stakeholders* (Francis e Armstrong, 2003);
- 3º. Os valores de responsabilidade social propiciam: melhoria de qualidade de vida, envolvimento dos empregados e actuação ética, os quais garantem o comprometimento das pessoas na execução da estratégia; actuação ética perante o exterior melhora a imagem e reputação da organização, o que evita custos (ex. boicotes) e facilita investimentos e parcerias estratégicas.

Como sistema de controlo a cultura e valores desempenham os seguintes papéis:

- a) Dão coesão, inspiração no trabalho<sup>101</sup> e alinhamento no comportamento – ajustamento importante quando a complexidade das empresas aumenta (Thornbury, 2003);
- b) Actuam de modo completo (todas as pessoas, todo o tempo e locais), não apenas intermitente como acontece com os outros mecanismo de controlo, e onde estes não funcionam (ex. actividades que requerem iniciativa e flexibilidade) (O'Reilly, 1989);

<sup>101</sup> Daí a importância dos “processos justos” (Kim e Mauborgne, 1997).

- c) Reduzem o oportunismo e o mau uso de recursos na organização, evitando gastos desnecessários (ex. fraude, acidentes, rotação de pessoas);
- d) Facilitam o autocontrolo e o controlo pelo grupo, o que evita a burocracia e a rigidez que caracterizam o controlo formal.

O controlo pela cultura é melhor aceite e não é percebido, como os restantes, como constrangedor, limitador e gerador de insatisfação. Ora o compromisso das pessoas é importante e pode variar, da conformidade à identificação (aceita a influência, que o satisfaz e de que se orgulha) e à internalização, em que os valores da organização são intrinsecamente compensadores e congruentes com os do indivíduo (O'Reilly, 1989).

Assim o controlo social (por normas e valores) tem um papel essencial, sobretudo em organizações de profissionais, onde se justifica maior discricionariedade nas tarefas e onde é maior a exigência de autonomia no trabalho e a dificuldade de medir os resultados.

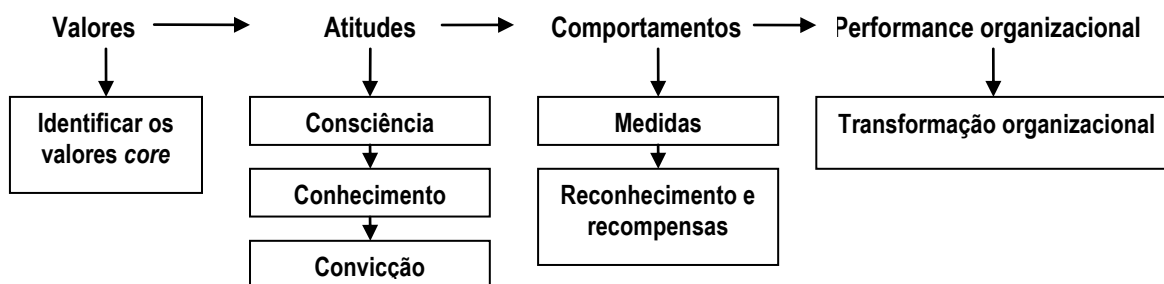
Alguns empregados e gestores da organização actuam contra a ética e valores instituídos por desonestidade, por falta de bases morais sólidas, por racionalização (justificar comportamento não ético, ex. *todos agem assim*) e falta de coragem para evitar, contrariar e denunciar comportamentos não éticos (Merchant e Stede, 2003).

A gestão de topo tem um papel essencial em assegurar a ética na organização, quer pelo seu poder e responsabilidade na definição de sistemas que concretizem as políticas definidas pelo BOD nesta área, quer pela visibilidade e influência nos comportamentos (motivação e modelação).

Assim, e na sequência dos escândalos empresariais da década de 90 nos EUA (ex. Enron), as organizações começaram a instituir «programas éticos», integrando: código de ética; comissões de ética; sistemas de comunicação específicos; directores de ética ou provedores; programas de formação na área; processos disciplinares por problemas derivados de falta de ética (Weaver *et al.*, 1999; Cochran *et al.*, 1999).

No diagrama nº 5.13 apresenta-se um modelo de “*inculcação*” de valores para orientar a mudança de cultura organizacional (Speculand e Chaudhary, 2008). Nesse modelo os valores são identificados, comunicados a todos (com a missão e a visão) para que sejam compreendidos, aceites e vividos autenticamente.

**Diagrama Nº 5.13: Modelo de “*inculcação*” de valores (Speculand e Chaudhary, 2008)**



Se a cultura é tão importante o que pode a gestão fazer para a melhorar e transformar?

Para desenvolver a cultura preocupar-se-á com:

1. Participação. Encorajar as pessoas a envolver-se, sinalizar a sua importância e motivar para responsabilidade e comprometimento;
2. Acções da gestão. Actuação consistente e visibilidade na promoção dos valores e normas (interpretar, mostrar apoio, ser exemplar);
3. Informação de outros: O que é importante, aquilo a que se deve prestar atenção;
4. Sistema de recompensas. Incluindo reconhecimento e promoção (O'Reilly, 1989).

Efectuar transformação substancial na cultura é mais difícil e muito mais demorado. O processo começa pela compreensão da cultura actual e especificação da desejada, depois segue-se actuação (instrumentada com recompensas), indirecta e contínua para mudança de: comportamentos e artefactos; estrutura, poderes de decisão e sistemas de gestão (incluindo programas de ética); pessoas, promover a saída dos que se afastam dos valores e recrutar quem os favorece.

Quanto às atitudes começar por promover a consciência delas (manifestam-se em comportamentos) e depois mostrar por que os valores são importantes e os comportamentos têm que mudar (afectam a *performance* da organização) para criar convicção e obter encorajamento pelos pares.

Os comportamentos podem ser ensinados e encorajados, “bons” comportamentos podem ser sublinhados e dados como exemplo, reconhecidos publicamente, recompensados (ex. promover apenas quem os exhiba) e sancionados (ex. ameaça de demissão). A *performance* da organização melhorará com o alinhamento de comportamentos e com o reforço dos valores, efectuado pela gestão e pelos pares, e pela selecção e promoção de pessoas que actuem em conformidade.

## 5.5. Conclusões

A acção dos BOD é susceptível de promover a melhoria da *performance* da organização, através da gestão e das pessoas directamente envolvidas nas operações, nomeadamente na prevenção e resolução de crises, na concretização da estratégia e no apoio à gestão. Avaliar a *performance* do BOD e CEO é essencial para aquela melhoria, pelo grau de exigência, pelo condicionamento de actuação e pelo carácter motivador da sua ligação à retribuição e à renovação de mandatos.

A primeira responsabilidade do BOD, órgão de governação da empresa, é responder perante os accionistas e restantes *stakeholders*. O CEO lidera e é o responsável directo de toda a execução. Papéis diferentes, mas que só podem ser desempenhados em íntima relação e interdependência. Daqui deriva a exigência de adequada prestação de contas da gestão, pelo que se impõe como essencial que o BOD faça a avaliação da *performance* da gestão de topo (CEO). Mas também a exigência de avaliação da *performance* do BOD porque, como órgão máximo da empresa, nas suas responsabilidades se incluem as de balizar e, de algum modo, condicionar a gestão através de controlo, supervisão e apoio. Esta avaliação será efectuada pelo próprio BOD (autoavaliação) na medida em que não existe outro órgão em condições de o poder fazer eficazmente. O que não prejudica o eventual apoio externo ao BOD na sua autoavaliação, nem elimina a necessidade de ratificação pela assembleia de accionistas.

O impacto do BOD na *performance* da empresa é complexo e difícil de medir, porque tem actuação: indirecta, exercendo-se através dos agentes encarregados da execução (gestão, profissionais) sobre os quais exerce um controlo fraco, por regra; mediada, por vários factores como sejam o contexto externo e interno; sentida em tempos diversos, conforme a natureza das acções e a sua



execução efectiva. Por isso não se avalia o BOD directamente, através dos resultados da empresa, mas pelos factores que os potenciam: estrutura/recursos, processos e actividades do BOD.

Embora não haja consenso nos autores analisados quanto aos critérios e dimensões a incluir na avaliação do CEO, verifica-se unanimidade na ligação da *performance* do CEO à da organização (ao contrário da avaliação do BOD), na importância da formulação da estratégia e, sobretudo, da sua implementação, assim como no carácter multi-dimensional da *performance* do CEO e na inclusão da liderança. A avaliação do CEO exige uma perspectiva ampla de análise que evidencie o sucesso da estratégia, o que exige medidas financeiras mas também outras dimensões, que antecipem o sucesso futuro, que liguem acções e resultados como motivadores e outros relativos aos *stakeholders*. A posição contrária, avaliação apenas por critérios financeiros e de mercado, já mostrou suficientemente os seus efeitos deletérios: orientação para curto prazo, ainda reforçada por incentivos com a mesma natureza; desencorajar investimentos e acções cujos resultados só ocorrem no longo prazo; manipulação de valores financeiros (e do mercado) e práticas não éticas.

A maior parte do valor das empresas situa-se para além do horizonte de cinco anos<sup>102</sup> e deve-se a maior eficiência ligada a investimentos de longo prazo (Rappaport, 1981, 1986, 1992). Apesar disso os CEO ignoraram essa realidade e focalizaram-se nos lucros trimestrais, porque acreditavam que o mercado valorizava adequadamente e era eficiente, conforme a Escola de Chicago, mas sobretudo porque o seu bónus em acções e opções estava ligado ao valor de mercado da acção, assim como os incentivos do BOD. A ganância e o alinhamento de interesses CEO/BOD, na ausência de método de avaliação adequado da *performance* do CEO, explicam o falhanço do controlo e deram azo a perdas substanciais para os accionistas e para a sociedade.

A avaliação deve ser adequadamente planeada, organizada e controlada de modo a: assegurar a qualidade do processo de avaliação em si, incluindo dos avaliadores, orientado para a melhoria e aprendizagem, encorajando a discussão e o debate aberto; garantir a qualidade de design do sistema de medição, seja no que respeita à sua infra-estrutura (organizativa, tecnológica), à especificação de cada medida e do seu processo de cálculo e distribuição ou quanto à identificação de padrões e metas; planear e organizar a revisão periódica do sistema de medição, para que se mantenha adequado às necessidades, que entretanto vão evoluindo de acordo com as mudanças verificadas na estratégia, nos padrões e nas metas; avaliação programada, de base anual mas com análise semestral que identifique problemas e permita a sua correcção oportuna. Deverá ainda equacionar-se a execução de auditorias externas ao sistema de avaliação.

O controlo deve ser visto como o contraponto ao maior poder e discricionariedade de profissionais e gestores, visando a salvaguarda de activos, a avaliação da *performance* e o cumprimento dos objectivos da organização.

Dado o carácter substitutivo dos mecanismos de controlo importa implementar sistema que preserve a iniciativa e a flexibilidade da organização – os incentivos e a cultura são por isso elementos a considerar. A auditoria interna, agora com formato e objectivo centrado na gestão de riscos da organização, deve ser complementada com avaliação e auditoria externas.

Nas abordagens mais recentes o controlo é visto numa perspectiva ampla (ex. formal/informal, diagnóstico/cultura) e integrada, começando na formulação da visão e da estratégia, passando pela estrutura organizacional, avaliação da *performance*, adequação da informação, etc.

---

<sup>102</sup>«O Alcar Group analisou 30 grandes firmas do Dow Jones e concluiu que tipicamente entre 80 e 90% do preço da acção era atribuído a CF... para além de 5 anos» Rappaport (1992), pg 86 (nota: Disney 97,2%, Goodyear 96,7%).

Os incentivos funcionam como instrumento de melhoria da *performance* e do controlo:

- Dirigem o esforço e o foco das pessoas para o que é importante;
- Motivam a maior *performance*, dentro dos valores e prioridades da organização, a inovação e o assumir riscos e projectos de mudança;
- Promovem o desenvolvimento das pessoas e a aprendizagem contínua;
- Aumentam o comprometimento e a autonomia das pessoas, e, quando dirigidos a grupos, promovem a partilha de informação, a colaboração e o espírito de grupo;
- Contribuem para reforçar a direcção e a informação, para motivar e para flexibilizar a despesa;
- Condicionam comportamentos e atitudes (evitam oportunismo) e reduzem o custo global de transacções (redução do controlo formal, maior confiança e cooperação).

O sistema de incentivos deve ser integrado, isto é: alinhado com a estratégia e com a *performance* definida para o ano; servido por adequados sistemas de informação e de avaliação da *performance*; equilibrado com a motivação intrínseca e com o investimento nas pessoas; congruente com a cultura e valores da organização; viável financeiramente.

Uma cultura forte é susceptível de aumentar a *performance*, melhorar o controlo e a flexibilidade das organizações. Em conjunto com a missão os valores dão identidade e estabilidade à organização, daí manterem-se ao longo dos anos a guiar e inspirar as pessoas, na implementação da estratégia e actuação ética na organização. A cultura, como mecanismo de controlo, actua todo o tempo, em todas as pessoas e locais, para o que deverá ser conhecida, aceite e vivida. A selecção e promoção de pessoas deve fazer-se em função da adesão aos valores essenciais da organização, o que não significa promover pessoas idênticas mas as que, sendo diferentes, respeitam aqueles valores.

O controlo social é ainda mais importante em organizações de profissionais porque: controlo formal funciona pior, com maior rigidez e constrangimento, e é menos aceite; profissionais têm maior qualificação e autonomia nas tarefas; é difícil medir os efeitos da produção e, por vezes, até a própria produção.

## Capítulo VI - A Produção e a Avaliação na Administração Pública

A análise da administração pública é importante para esta dissertação porque: os hospitais EPE inserem-se nesse contexto, o qual baliza as características da organização (ex. estatuto, regras e limitações) e dos seus agentes; os valores e objectivos dos hospitais reflectem a sua natureza pública e social, não apenas a de “negócio”; importa perceber como a evolução dos hospitais e da sua organização reflecte a evolução da AP e as tendências noutros países (ou é única).

Focar-nos-emos exclusivamente na gestão pública centrando a nossa atenção na produção para clientes (ex. educação, saúde) e no nível organizacional, com ênfase especial na melhoria da *performance* e na avaliação da gestão.

Começaremos por abordar as teorias aplicáveis à AP para depois analisar a evolução verificada, as diferenças em relação às empresas privadas e a avaliação da *performance*. Por fim extrairemos as conclusões relevantes para a dissertação.

### 6.1. Teorias aplicáveis à AP

As teorias citadas neste capítulo representam uma aplicação do já referido no capítulo II.

Max Weber analisou a burocracia como modelo ideal de administração pública, caracterizado por cooperação entre o poder legislativo e executivo, com as políticas deste a serem executadas por agentes independentes, competentes, com incentivos intrínsecos (remuneração fixa, carreira e contrato para a vida), dentro de hierarquia e conjunto de regras formalmente estabelecidas.

Os defensores da teoria da escolha pública, que analisam a administração pública como ela é e não como um ideal, vêem os seus actores (políticos, executivos e funcionários públicos, grupos de interesses) movidos pelo interesse próprio<sup>103</sup>, como seja obter poder e influência, reputação, salário e regalias, capturar rendas e privilégios (“*self-serving*”, “*rent-seeking*”, “*empire building*”, “*budget maximizers*”). A assimetria de informação favorece os burocratas desequilibrando a relação de agência, porque falta ao *principal* informação e mecanismos efectivos de controlo. Analisam os falhanços do Estado que reduzem a eficiência global da economia e consomem recursos que poderiam ser melhor aplicados pelo mercado.

Os problemas de agência nas empresas públicas serão mais agudos que nas privadas, seja pela falta de clareza e carácter vago dos objectivos, (Stone e Brush, 1996), seja por outros dois factores específicos da gestão pública: pagamento a gestores – como os salários são inferiores ao privado e não existe remuneração em função dos resultados é difícil atrair os melhores gestores; risco do contrato – o orçamento pode ser ultrapassado, as consequências do prejuízo não são drásticas para a gestão e o risco de falência não existe (Heath e Norman, 2004).

A teoria dos *stakeholders* apela à satisfação dos objectivos dos interessados, que aqui são múltiplos – Estado (ex. regulador), empregados, gestores, fornecedores, clientes, consumidores, população, contribuintes – e com interesses contraditórios, o que, embora possa agravar o problema de agência, se impõe pela natureza pública e democrática – criação de valor e satisfação dos utilizadores, participação e transparência como cidadania.

---

<sup>103</sup> Também serão motivados pela satisfação de dever cumprido, pelo orgulho profissional e desejo de servir o público.

O modelo convencional de AP parece oscilar entre a posição defendida pela teoria da agência, na desconfiança dos gestores e agentes que têm que ser controlados e disciplinados, e a da provedoria, em que os servidores são movidos por fazer o bem e materialmente desinteressados e as instituições geram comportamentos éticos e motivação intrínseca nos indivíduos.

## 6.2. A administração pública e a sua evolução

### 6.2.1. Papéis do Estado e seu contexto

No século XVIII o Estado tinha um papel limitado; emitindo e aplicando leis gerais unificadoras e visando os valores liberais e a centralidade do mercado, garantiam-se a segurança e os direitos de propriedade dos cidadãos, a protecção do indivíduo e as instituições essenciais ao capitalismo. No século seguinte verificou-se a institucionalização dos princípios democráticos e de garantias individuais, incluindo o sufrágio universal. No século XX verificou-se a inclusão do estado social e de bem-estar (Rohen, 2008).

Após a segunda guerra mundial a AP experimentou um crescimento assinalável no seu papel, despesa e produção, correspondendo à necessidade de garantir um mínimo de coesão e bem-estar social e de eliminar os problemas decorrentes do funcionamento da economia – ciclos económicos e falhas de mercado (estabilidade e equidade). Verificou-se essencialmente a substituição de entidades privadas (nacionalizações) e o alargamento da produção de serviços (estado social) – aqui o Estado passou a fornecer, com maior equidade, um conjunto de serviços e garantias, nas áreas da educação, saúde e segurança social. Esta evolução apoiou-se no *keynesianismo* de entre as duas guerras que defendia um papel estabilizador do Estado na economia. O crescimento da despesa pública após a segunda grande guerra favoreceu a expansão económica.

Até ao fim da década de setenta assistiu-se a um crescimento contínuo da AP, acompanhado de disfunções e falhas do Estado. A AP, na ausência de incentivos, da disciplina do mercado – ex. risco de perder clientes e de falência, caso não haja eficiência, qualidade e inovação – e de um controlo efectivo, voltou-se para si própria, suas regras e procedimentos, com problemas de corrupção e clientelismo externo (de grupos de interesses, políticos e outros) e interno (profissionais e seus privilégios). As disfunções tornaram-se óbvias porque a burocracia não é adequada para actividades complexas e inovadoras ou para ambientes com pouca estabilidade. Ora a actividade da AP tornou-se cada vez mais complexa e dispersa, abrangendo a produção para consumidores (ex. monopólios naturais) e o estado social, onde se verificou grande inovação e exigência crescente da população.

Nos anos oitenta houve uma reacção ao crescimento do papel do Estado, com políticas neoliberais que destacaram do Estado a actividade comercial, separaram os papéis (políticas vs administração) e reformularam a forma de gestão pública, com maior apelo a mecanismos de mercado e da gestão privada.

Verificou-se depois a emergência de uma perspectiva “*pós-burocrática*”, baseada no uso intensivo de tecnologias de informação e numa visão integrada do Estado, a qual procura otimizar o valor público e o bem-estar de toda a sociedade no longo prazo.

Como se mostra no diagrama seguinte a governação pública efectiva-se por duas componentes interligadas: de normas jurídicas, que limitam e enformam as relações em sociedade; de gestão

do desenvolvimento, que se focaliza na definição de políticas e processos que vão gerar bem-estar para a sociedade (UN, 2008).

**Diagrama Nº 6.1: Componentes da governação pública – Adaptado de UN (2008)**



Aceita-se pacificamente que sem um bom quadro de direitos e uma burocracia eficiente e eficaz, que garanta o cumprimento da lei e doutras regras, não haverá bons resultados na economia. Aceita-se também o papel do Estado na coesão social e na estabilidade e desenvolvimento económico, por exemplo, acção anti-cíclica, apoio à investigação e investimento. O grau de intervenção suscita, naturalmente, discussão.

Ninguém põe em causa a legitimidade das políticas, quando ratificadas pelos eleitores, sendo esse aliás o cerne da democracia. Mas o grau de intervenção medido pela despesa pública, investimento ou exploração, tem como limite imposto pela própria democracia o não conduzir a sobrecarga das gerações futuras e/ou não prejudicar seriamente a acção de próximos governos. Na macroeconomia é consensual a irracionalidade da inflação elevada e dos défices excessivos – excluindo os que visam combater recessões (Besley e Ghatak, 2008). A despesa pública deve conter-se em montante que não provoque consequências negativas na governabilidade e no valor público, nomeadamente no emprego, preços e taxa de juro. A União Europeia veio a consagrar estes princípios através da proibição de défices superiores a 3% do PIB e de endividamento do Estado superior a 60% do PIB.

Actualmente o Estado é chamado a desempenhar os seguintes papéis:

- 1- Políticas e garante dos direitos;
- 2- Regulação;
- 3- Serviços de conformidade e bens públicos;
- 4- Fornecimento de bens e serviços de uso individual: bens de mérito e de consumo privado.

Os três primeiros pertencem inquestionavelmente à missão e finalidade de qualquer Estado enquanto os bens de consumo privado só excepcionalmente são incluídos.

Para além de garantir os direitos consagrados, o Estado define as políticas traduzindo-as em resultados a atingir. Os gestores dos serviços, como os responsáveis das funções de conformidade/soberania, identificam como cumprir as políticas.

Os serviços públicos essenciais<sup>104</sup>, integram as funções de soberania e as que caracterizam o poder do Estado, por exemplo defesa, segurança pública, diplomacia, justiça, entre outras – os bens públicos são produzidos por estes serviços.

O estado de bem-estar inclui os bens de mérito, integrando, entre outros, a educação e saúde, bem como algumas intervenções “*garantistas*” na habitação, cultura e recreação. A produção desses bens, cujo consumo individual gera benefício social maior que o privado (externalidade positiva), visa superar:

- a) Falhas de mercado. Como o mercado só considera os benefícios privados a quantidade de equilíbrio é menor que o óptimo social e a distribuição é errada, por exemplo, os ricos consumirão mais cuidados de saúde que os pobres, quando estes deviam consumir mais que aqueles, considerando o risco envolvido;
- b) Orientação dos indivíduos para o curto prazo. Assim, quando os bens de mérito são pagos e deixados à escolha dos indivíduos, estes poderão consumir menos ou mais que o óptimo.

O Estado suporta ainda outros encargos em que se incluem os juros da dívida pública.

A produção com eficiência de bens de mérito requer a utilização da maioria dos mecanismos da gestão privada e uma flexibilidade aproximada, como adiante veremos, daí que as regras, organização interna, estatutos da organização e das pessoas, devam ser semelhantes às do sector privado, afastando-se da AP tradicional. Apenas semelhante porque a adequação à “*coisa*” pública e a consideração dos seus objectivos específicos o exigem.

Em contrapartida nas funções públicas essenciais alguns dos mecanismos de gestão privada não são utilizáveis de todo (como na defesa) e outros podem ter efeitos perversos, por exemplo, fixar objectivos associados a incentivos individuais a funcionários dos impostos (receita a cobrar) e a polícias (valor ou número de multas) geraria actuações abusivas e selectivas. Assim, nestas funções os estatutos devem ser diversos dos da produção de bens de mérito, porventura mais próximos dos da AP tradicional, onde predomina a hierarquia, a segurança e a carreira.

De modo semelhante a cultura e valores a promover não são obrigatoriamente coincidentes. Nos bens de mérito os valores aproximar-se-ão mais dos profissionais, por exemplo, eficiência, qualidade, resposta oportuna e serviço a prestar, sem prejudicar os valores públicos essenciais (ex. imparcialidade).

Considerando o tema da dissertação será sobre a produção e distribuição de bens de mérito que nos iremos debruçar nos pontos seguintes.

### **6.2.2. Reforma e evolução da AP: a Nova Gestão Pública**

Tradicionalmente a organização do Estado processa-se de acordo com o modelo burocrático:

---

<sup>104</sup> Assimiláveis aos “*compliance roles*” que incluem a justiça, polícia, defesa, impostos, etc.

- Organização formal, autoridade hierárquica baseada em regras, normalização, especialização funcional e demarcação de área de actuação.
- Autoridade baseada na hierarquia, em regras e no conhecimento especializado.
- Profissionais com estabilidade e carreira para a vida; remuneração fixa; promoção baseada em formação académica, mérito e número de anos; protecção legal contra despedimento; independência dos políticos, clientelas e grupos de interesse; motivação pela carreira, socialização, missão e serviço público (Olsen, 2007).

Este modelo adapta-se bem às funções essenciais do Estado, porque são susceptíveis de regulamentação, normalização, centralização da decisão e de prestação de contas política.

Sucedeu que após a segunda guerra mundial o Estado alargou progressivamente o âmbito e o peso da despesa pública, o que gerou inflação, dificultou o desenvolvimento e a inovação<sup>105</sup>, devido à burocracia excessiva e peso dos impostos (Minogue 1998; OCDE, 2005). O modelo burocrático adapta-se mal aos papéis do Estado social, que requerem maior inovação e flexibilidade, descentralização e autonomia de decisão.

Antes da reforma dos anos oitenta e noventa, os problemas da AP eram evidentes:

- a) Confusão de papéis – definir políticas e regular *versus* gerir – impedia a prestação de contas e favorecia a corrupção e a captura por clientelas políticas;
- b) Modelo seguido (burocracia) conduz à centralização da decisão, a objectivos e metas vagas e à multiplicação de regras que paralisam a iniciativa, à desresponsabilização e à orientação para os procedimentos e para o cumprimento de regras, mais que para produtos e resultados;
- c) A produção integrada<sup>106</sup> e em regime de monopólio conduziram a AP à ineficiência, falta de qualidade e de atenção aos consumidores, fundada na ausência completa de risco e de incentivos para inovar e para melhorar o serviço prestado;
- d) Baixa *performance* associada à captura por profissionais e grupos de interesse:
  - Dirigentes da AP avessos ao risco, porque protegidos por regulamentos, pela indefinição de objectivos e pela ausência de incentivos (sanções) para a *performance*;
  - Trabalhadores com muito poder apoiados em legislação que lhes confere segurança absoluta e dificulta a implementação de mudanças e o aumento da eficiência;
  - Consumidores sem alternativa ao serviço (monopólio) que não pagam, por isso com menor capacidade para reclamar e reivindicar melhor qualidade e tempo de resposta;
- e) Desequilíbrio das contas públicas, pressão para mais recursos e despesa, inexistência de informação para avaliação de *performance* e para aplicação alternativa de recursos;
- f) Distância entre as expectativas de melhores serviços públicos, a fraca *performance* da AP e o aumento contínuo de impostos a que obriga (Minogue, 1998; Shaw, 2004; OCDE, 2005; Olsen, 2007; Aucoin, 2008).

Estes problemas eram especialmente sentidos na produção de bens de consumo privado e nos bens de mérito onde havia alternativa à produção pública. A fraca *performance* percebida pelos consumidores, agora mais afluentes e exigentes, levou à consciência de que era possível e desejável maior escolha, melhor tempo de resposta e qualidade de serviço – não apenas a tradicional uniformidade. Por outro lado os métodos genéricos de organização e controlo – regulamentação, uniformidade, centralização de decisão, orçamento financeiro – não são adequados a serviços com produção complexa e difícil de medir, procura variável que nalguns casos não é programável (ex. hospitais) e em que a inovação é uma constante.

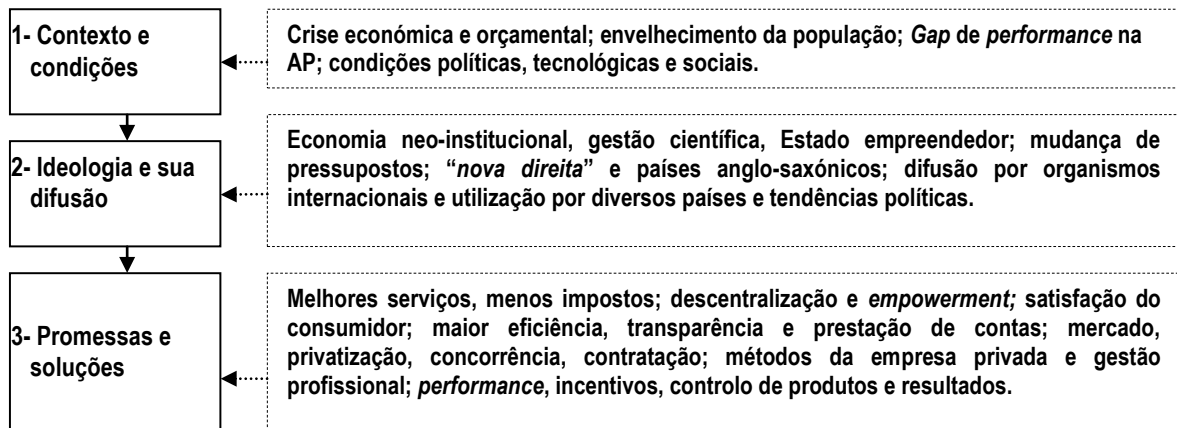
<sup>105</sup> Pelo tempo de decisão e porque a procura de fundos para despesa pública, quando excessiva, dificulta o investimento privado.

<sup>106</sup> Da definição de política, regulamentação e regulação, passando pelo financiamento, exploração, avaliação e fiscalização.

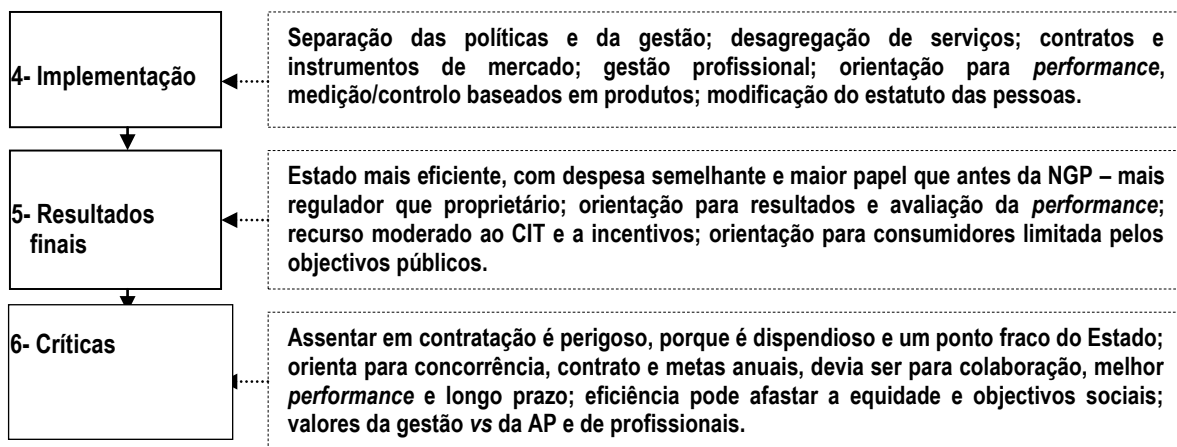
Surge, assim, o movimento de reforma da AP conhecido como *New Public Management*/Nova Gestão Pública (NGP), que analisaremos de seguida com base em: Hood (1991, 1995), Rhodes (1996), Dixon *et al.* (1998), Minogue (1998), Shaw (2004), OCDE (2005), Sarker (2006), Olsen (2007), Addicot (2008) e Aucoin (2008). O diagrama que se segue resume essa análise através de dois grandes blocos: contexto, ideias e promessas; implementação, resultados e críticas.

Diagrama Nº 6.2: Reforma da Administração Pública (resumo)

**Contexto, ideias e promessas**



**Implementação, resultados e críticas**



A reforma da AP tornou-se uma inevitabilidade num contexto caracterizado pela conjugação de crise económica e orçamental, fracos resultados da AP tradicional, ideias contrárias ao aumento de impostos, preferência pela gestão privada, mercado, medição da *performance* e crescente informação e consciência dos direitos pelos cidadãos.

Após um longo período de prosperidade, construído sobre o pressuposto da inesgotabilidade dos recursos naturais, seguiu-se uma época caracterizada por baixas taxas de crescimento, pela globalização e pelo crescimento acentuado das despesas sociais, devido ao envelhecimento e ao alargamento de cobertura, de que resultaram menores receitas<sup>107</sup> e maior endividamento do Estado (Hood, 1991; Sarker, 2006; Pereira, 2008). A inovação tecnológica, em especial nos sistemas de informação, permitiu o desenvolvimento de alternativas à forma tradicional da

<sup>107</sup> Mais beneficiários e prestações aumentam a despesa pública, sem aumento significativo de produção a receita estagna.



prestação dos serviços públicos e aumentou as escolhas disponíveis para a população, mais informada e exigente.

A fraca *performance* verificada na AP – a sua rigidez e uniformidade, a insensibilidade dos burocratas, os tempos de resposta inadequados (ex. listas de espera), e a baixa qualidade dos actos (ex. amenidades) –, foi aumentando a insatisfação com os serviços públicos.

As teorias de agência, da escolha pública e dos custos de transacção (economia neoinstitucional) forneceram a base ideológica contra os burocratas, o crescimento contínuo dos serviços públicos e a desumanização do serviço prestado, que serviram de suporte ideológico à NGP: contestabilidade e quase-mercado, escolha e orientação para o consumidor, valor para o dinheiro e incentivos. Da teoria da gestão científica veio o *managerialismo*, com as técnicas e profissionais de gestão, assim como os valores e cultura apropriados ao seu poder visionário, os sistemas de medição e de avaliação da *performance* (Hood, 1991). O Estado empreendedor, com a separação das políticas e da administração de serviços, a cargo da gestão, veio completar o quadro de ideias em que se fundou a NGP (Rhodes, 1996).

A análise da actuação dos burocratas, que antes se fazia sob um manto respeitoso de servidores desinteressados e independentes, guiados pela justiça e pelo desejo de atingir os objectivos públicos (provedores), passou a fazer-se mais à luz da relação de agência e da tendência da captura da AP por políticos, corporações e outros grupos de interesse.

Quatro pressupostos sobre a AP explicam a configuração que a NGP veio a tomar:

- Agentes racionais e motivados pelo interesse próprio;
- Assimetria de informação favorece os agentes e o seu oportunismo;
- Eficiência e eficácia são os critérios principais, sobrepondo-se à equidade e justiça;
- Natureza da actividade pública e privada é semelhante, pelo que os métodos podem ser transpostos da gestão privada (Pereira, 2008).

O *gap* de expectativas quanto aos serviços públicos e o aumento constante de impostos criaram tensão para a mudança que foi capitalizada pelos conservadores nos EUA e Reino Unido (RU). Margaret Thatcher foi eleita no fim da década de setenta com a promessa de reduzir a dimensão do Estado (grande, ineficiente e gastador), de aumentar a *performance* de funcionários e serviços públicos, de privatizar e introduzir os benefícios da gestão privada e de reduzir os impostos. A sua cruzada visava desmantelar o poder das corporações e seus representantes (sindicatos), seja através da privatização dos monopólios naturais (bens comercializáveis) seja pela introdução de mecanismos de mercado e de gestão privada na produção de bens de mérito.

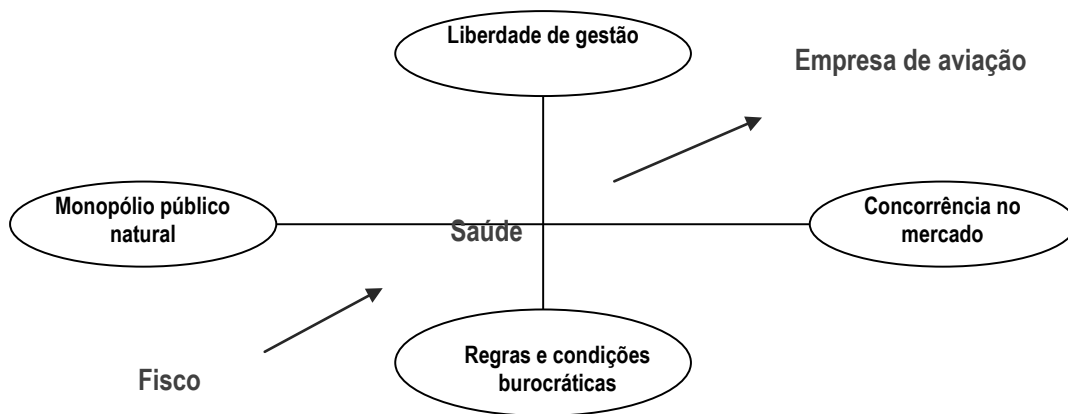
Começando por ser uma posição isolada, conservadora e no RU e EUA, a NGP converteu-se numa posição ideologicamente mais transversal e consensual tendo sido adoptada, por exemplo, pelos Trabalhistas na Austrália e Nova Zelândia, espalhou-se aos restantes países anglo-saxónicos e à maioria dos países ocidentais (Hood, 1991). Para esta evolução muito contribuíram a OCDE, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, que a recomendaram e difundiram nos seus relatórios e estudos.

A NGP prometia melhores serviços públicos (qualidade, inovação e resposta ao consumidor) num Estado mais leve e liberto da administração, a qual seria descentralizada, sujeita à concorrência e ao risco (contestabilidade) e entregue a gestores profissionais, com contratos de gestão, avaliação da *performance* e incentivos. Desse modo aumentava-se e melhorava-se o serviço prestado com menor gasto, o que dispensaria maiores impostos. A escolha do consumidor, nas suas diversas formas – *vouchers*, pagando parte do custo do serviço, optando

entre serviços públicos ou privados contratados –, promoveria a concorrência e induziria o risco o que não só provocaria melhor *performance* (eficiência e qualidade) como melhorava a prestação de contas, agora mais direccionada para o consumidor.

A privatização era a primeira opção para a distribuição de bens em que predominasse a concorrência no mercado e em que a liberdade de gestão fosse a regra face a regras e condições burocráticas, conforme diagrama seguinte.

**Diagrama Nº 6.3: Definir que serviços públicos privatizar – modificado de Shaw (2004)**



Onde a privatização não fosse possível, ou desejável por suscitar a reacção da população como na saúde e educação, adoptar-se-iam mecanismos de quase mercado (contratos da produção), recrutando gestores profissionais e promovendo a utilização de técnicas e instrumentos semelhantes aos das empresas privadas.

A definição de objectivos e de metas explícitas de *performance*, seguidas da sua avaliação e das respectivas consequências (incentivos/sanções), devia generalizar-se para promover a eficiência e eficácia das organizações. O controlo anterior, mais de recursos, de processos e através do orçamento financeiro, seria substituído por auditorias, avaliação e controlo de produtos e resultados.

A construção da NGP processa-se através de actuação conjunta assente em três áreas interligadas e iniciadas em simultâneo: clarificar as responsabilidades; predefinir os objectivos, metas e consequências da *performance* para a gestão; orientar a prestação de contas mais para os clientes que para as hierarquias (Shaw, 2004). O diagrama seguinte resume esta posição.

**Diagrama Nº 6.4: Três blocos de construção da NGP -Adaptado de Shaw (2004)**



A concretização para o nível global da organização<sup>108</sup> teria a seguinte distribuição de papéis:

- Lei e estatuto do serviço balizam os poderes ministeriais, a missão e os papéis da gestão;
- O contrato de gestão<sup>109</sup> conterá a estratégia (missão, visão, valores, objectivos estratégicos) e o plano anual que cumprem a política e as orientações gerais para a área, os objectivos e metas anuais da gestão, a forma de avaliação e as consequências;
- A prestação de contas perante os clientes exerce-se através da função contratação bem como pela valorização da satisfação de clientes;
- O controlo externo exerce-se pelo cumprimento dos contratos e avaliação da *performance* dos gestores, bem como por auditorias externas de conformidade e de *performance*.

Na implementação procedeu-se à separação formal entre os papéis de definição de políticas (Ministro) e de regulação, dos que cabem à gestão – cumprir as metas e o contrato (implementar as políticas). Os serviços, tradicionalmente integrados e com base nacional, foram desagregados e reduzidos a âmbito local ou regional – criaram-se novos organismos responsáveis pela contratação de serviços, pelo acompanhamento e pelo controlo da gestão.

No domínio político procura-se maior transparência, através da participação da população na discussão das políticas e na partilha da informação publicada, incluindo divulgação de estudos técnicos que fundamentam as escolhas públicas. Essa orientação encontra paralelo ao nível dos serviços onde também se faz o envolvimento dos consumidores, através de auscultação prévia ao *design* de novos produtos (ou à melhoria em processos) e procurando a sua satisfação, via adaptação às suas necessidades e preferências.

As políticas são traduzidas em orientações e objectivos políticos a partir das quais cada organização prepara os mecanismos que os irão concretizar: estratégia, objectivos, plano e orçamento. Naturalmente procede-se à definição de padrões explícitos e de indicadores de *performance*, bem como da forma de os medir e avaliar (Dixon *et al.*, 1998). Os contratos com a gestão previam incentivos financeiros nos casos de cumprimento da *performance*, que permitiram retribuições até 20% do salário base, (OCDE, 2005), e sanções efectivas no caso contrário (cessação de mandato). Adoptaram-se mecanismos de controlo privados, por ex. auditorias externas e BOD com gestores e representantes de empresas, e promoveu-se a prestação de contas relativamente ao serviço prestado aos consumidores – ou clientes directos, por exemplo no NHS para os Clínicos Gerais.

Foram desenvolvidos e implementados sistemas de medição da produção e da *performance* organizacional e de serviços, com indicadores, padrões, metas e mecanismos de acompanhamento. Esta informação permitiu fundamentar as decisões de contratualização e de investimento, a definição de programas e projectos (alguns de âmbito nacional), a avaliação e o controlo da gestão bem como a difusão pública de resultados, para transparência e para facilitar a escolha dos consumidores. Nalguns casos instituíram-se metas nacionais como meio de estimular a melhoria de resultados, evitar danos na equidade e prevenir a manipulação da informação.

Para além da modificação do estatuto dos serviços, para empresas públicas e fundações, alterou-se o estatuto e as condições de emprego dos profissionais, para contratos individuais e

---

<sup>108</sup> A concretização dos “blocos” nos níveis intermédios de gestão e nos profissionais está fora do âmbito da nossa análise.

<sup>109</sup> Conceito usado neste documento de acordo com o definido na legislação sobre empresas públicas, como significando um contrato com os gestores, vide, por exemplo, o artigo 18º do Dec-Lei nº 71/2007 de 27 de Março.

retribuição ligada ao desempenho – porém a utilização de incentivos não foi generalizada (46% usaram-nos) e teve “*níveis modestos face ao salário base*” (OCDE, 2005), p. 175.

O quadro seguinte resume as componentes da NGP, comparando-as com as da AP tradicional.

**Quadro Nº 6.1: Componentes doutriniais da NGP – Adaptado de Hood (1995)**

NGP: doutrina e justificação		AP tradicional
Doutrina	Justificação	
1. <u>Desagregação de serviços</u> com empresarialização de serviços criando unidades internas por produto.	1. Tornar as unidades geríveis e responsabilizar; separar a provisão da produção para criar <i>lobby</i> contra o desperdício.	1. Serviço público uniforme e inclusivo para evitar evasão ou sobreposição na prestação de contas.
2. Provisão mais baseada em <u>contratos formados através de competição</u> , com mercado interno e contratos com termo.	2. Concorrência essencial para reduzir preços e melhorar padrões; contratos como chave para explicar/definir padrões de <i>performance</i> .	2. Contratos de emprego não especificados, provisão sem limite temporal e ligação da aquisição, provisão, produção para cortar custos de transacção.
3. Pressão para uso de práticas da gestão privada, <u>contrato individual de trabalho e incentivos</u> .	3. Necessidade do sector público aplicar instrumentos com eficácia provada na gestão privada.	3. Pressão na ética pública, na remuneração fixa, empregador modelar, carreira para a vida.
4. Maior pressão para <u>disciplina e frugalidade</u> no uso de recursos.	4. Necessidade de cortar custos, aumentar a disciplina de trabalho, fazer mais com menos.	4. Orçamentos estáveis e definição de normas, padrões mínimos, vetos sindicais.
5. Maior <u>ênfase na acção de gestores</u> de topo visíveis.	5. Prestação de contas requer clara atribuição de responsabilidade, não difusão do poder.	5. Pressão superior na capacidade de definir políticas e regras, não na gestão activa.
6. Padrões formais explícitos e <u>medidas de performance</u> e sucesso.	6. Prestação de contas significa fixar objectivos claros; eficiência requer foco nos objectivos.	6. Normas implícitas e padrões qualitativos.
7. Maior <u>ênfase no controlo de produtos</u> .	7. Maior pressão para obter resultados.	7. Controlo por procedimentos, por ordens <i>ad-hoc</i> e pelo equilíbrio de objectivos.

O tempo, configuração e escalonamento das reformas (NGP) variaram conforme as condições e orientações políticas de cada país. Por exemplo a Nova Zelândia foi um dos precursores da NGP com uma reforma especialmente ambiciosa (ver caixa nº 6.1), a Alemanha e o Japão apenas no fim da década de noventa iniciaram a reforma.

### Caixa Nº 6.1: Reforma da AP na Nova Zelândia, resumido de OCDE (2005)

#### 1. Aspectos principais da reforma

Começou com programa de liberalização da economia e evoluiu depois para:

- i) Reestruturação das actividades da AP (privatização e empresarialização);
- ii) Reforma do mercado de trabalho;
- iii) Reforma da gestão pública:
  - Maior poder à gestão;
  - Divisão de responsabilidades (Ministro / resultados, CEO/ produtos) e papéis (prestador/ comprador);
  - Contratos com objectivos/metapas, áreas estratégicas de resultados, incentivos, auditorias externas, etc.

#### 2. Pontos positivos

- Maior eficiência operacional, por delegação de responsabilidade em CEOs e facilitar a gestão;
- Gestão fiscal/ financeira com maior foco no médio e longo prazo;
- Maior disciplina financeira.

#### 3. Críticas

- Foco no cumprimento dos contratos anuais, ao invés de nos resultados de longo prazo;
- Clarificou-se e encorajou-se o cumprimento do especificado nos contratos, mas dificuldade de lidar com relações informais e complexidade das funções do Estado;
- Inibe o debate sobre distribuição de recursos, dada a contratação e as parcerias;
- Focaliza no cumprimento dos contratos, mais que em colaboração entre sectores da AP.
- Exige uma infra-estrutura dispendiosa para negociar, reportar, monitorizar e auditar os contratos.

A NGP pode considerar-se um sucesso, embora com excessos e consequências indesejadas. Melhorou a eficiência da AP dos países envolvidos nas reformas, bem como a transparência e a prestação de contas. Por exemplo, a Austrália reivindica ganhos na AP de 60 milhões/ano, na GB o programa “New Steps” é considerado o de maior sucesso de sempre e 80% dos funcionários trabalham agora em agências (Shaw, 2004).

Também a OCDE, em “*Modernizing Government*”, faz um balanço favorável das reformas:

- Na maioria dos países da OCDE a AP tornou-se mais eficiente, transparente e orientada para os clientes, flexível e focalizada na *performance*;
- AP tem agora um papel maior (não menor) sendo mais reguladora de mercados, menos proprietária e produtora. A despesa do Estado manteve-se, quando ajustada pelos ciclos económicos, havendo pressão para crescimento nas pensões, educação e saúde;
- A orientação para performance da AP veio para ficar, sendo fundamental para maior flexibilidade à gestão e para gerar eficiência;
- Contrato individual e pagamento baseado em desempenho<sup>110</sup> tornou-se comum;
- Atenção e resposta às necessidades das pessoas continuam importantes (OCDE, 2005).

Verificou-se alguma dificuldade seja em implementar mudanças na estrutura, cultura e procedimentos da AP devido aos poderes envolvidos (ex. dos profissionais), (Dixon *et al.*, 1998), seja em obter aceitação<sup>111</sup> da população e dos profissionais para alguns mecanismos de mercado – PPP, *vouchers*, pagamento pelos consumidores – embora os ganhos associados sejam substanciais (OCDE, 2005).

A NGP foi criticada pelos seus excessos e pelas consequências prejudiciais de alguns aspectos da reforma para a cultura e valores da AP.

<sup>110</sup> Dois terços dos países da OCDE tinham em 2005 este tipo de pagamento.

<sup>111</sup> Alguns têm mesmo sido contestados, mitigados ou mesmo abandonados (ex. PPP).

Entre os primeiros salienta-se a aplicação abusiva da NGP em áreas em que é menos apropriada (funções “core” do Estado), o uso exacerbado do mercado e a sobrevalorização da eficiência. Recomenda-se o design cuidadoso dos mecanismos de mercado, a prevenção de abusos de gestão e da excessiva fragmentação e diferenciação de serviços, (OCDE, 2005). Por outro lado a utilização da concorrência (exacerbada<sup>112</sup>) na produção de bens de mérito pode ser de molde a prejudicar os objectivos sociais e o interesse público, por exemplo, pode gerar duplicação desnecessária de capacidade ou menor equidade<sup>113</sup>, ou prejudicar a cooperação – este aspecto é decisivo na saúde em que a actividade se processa em rede de serviços.

Importa lembrar que a fragmentação dos serviços públicos e a contratação de unidades privadas exige confiança, cooperação e orientação holística, menos competição, orientação para resultados internos e foco intra-organizacional (Rhodes, 1996). Neste ambiente será nefasto o foco exclusivo, ou preferencial, em objectivos económico-financeiros e de curto prazo. A orientação apenas para eficiência pode produzir danos na equidade, conduzir a sobre-capacidade em serviços com elevada eficiência técnica – ex em saúde a oferta gera procura, pelo que esta evolução leva a produção inapropriada e a afectação errada de recursos – ou reduzir capacidade em serviços de pouca eficiência, mas necessários.

As críticas que reduzem a NGP à gestão científica e ao controlo parecem excessivas porque:

- a) A gestão surge como reacção e alternativa à falta de controlo da AP, onde:
  - Dirigentes não sentiam o risco da procura, não eram penalizados por ultrapassar o orçamento nem sofriam o risco da falência ou da perda de emprego;
  - Funcionários tinham segurança absoluta de emprego, eram remunerados e promovidos independentemente da *performance*;
  - Uns e outros provocavam a rigidez, a resistência à mudança e à inovação, a insensibilidade às necessidades dos clientes;
  - As organizações tendiam ao crescimento contínuo de recursos (despesa) e a captura por interesses e a corrupção estavam presentes.
- b) Confundem a gestão com as más práticas quando, por regra:
  - Não encontramos na prática da designada gestão científica, a obsessão com o controlo, a procura cega de resultados e de obtenção de incentivos (salvo quando a sua configuração é perversa e o prémio é excessivo);
  - Os clientes são ouvidos<sup>114</sup> e as suas preferências consideradas, sendo que a audição dos cidadãos se deve fazer noutra nível (político) e a montante da produção de serviços – preparação e formulação de políticas.

Alguns autores criticam a NGP por assentar em contratos, quando na AP essa é uma área tradicionalmente fraca e susceptível à corrupção e à má gestão (Kaufman, 2001). Esta crítica pode moderar o entusiasmo pela contratação privada tradicional de produtos complexos e difíceis de observar (cuidados de saúde ou educação) assim como pelas PPP.

A afirmação que a orientação para *performance* e para o consumidor leva a perdas de equidade e universalidade não parece de atender, dado que estes objectivos podem ser incluídos no sistema de medição e avaliação (Hood, 1991). Também a frugalidade, característica da NGP, não tem que eliminar a rectidão – imparcialidade, equidade, cumprir leis e deveres – e outros

<sup>112</sup> Competição deve ser limitada/regulada.

<sup>113</sup> Multiplicação de equipamentos pesados contra o planeamento técnico, dar prioridade a doentes afluentes ou pouco graves.

<sup>114</sup> Desde a fase do planeamento e design do serviço até à sua avaliação.

valores da AP, cabendo à gestão a sua compatibilização (Hood, 1991). Compatibilização que é essencial em ambientes marcados por profissionais altamente especializados com valores e códigos próprios, como na saúde e ensino superior.

Critica-se também a influência negativa da NGP nos valores e cultura públicas. Critica-se o “*choque cultural*” que se verifica com os valores da AP tradicional e as “*tensões insolúveis*”, porque a autoridade é dispersa, os objectivos dos interessados são conflitantes e os gestores nem sempre têm vontade e capacidade de aprender com o passado (Dixon *et al.*, 1998). Mas estes autores defendem a alteração da cultura da AP, avessa ao risco, como condição para permitir inovação e melhorias substanciais.

Ora, um estudo de 1994 em múltiplos organismos públicos do Canadá concluiu que os valores adoptados incluíam valores tradicionais – integridade, justiça, prestação de contas – e novos, mais ligados aos profissionais e à gestão – serviço, inovação, trabalho de equipa e qualidade –, dentro da seguinte hierarquia, (Kernaghan, 2000):

- |  |                        |                 |
|--|------------------------|-----------------|
| 1. Integridade/ética;                                    | 5. Justiça/equidade    | 9. Honestidade; |
| 2. Prestação de contas <sup>115</sup> /responsabilidade; | 6. Inovação;           | 10. Dedicção;   |
| 3. Respeito;   | 7. Trabalho de equipa; | 11. Qualidade;  |
| 4. Serviço;  | 8. Excelência;         | 12. Abertura.   |

Para esse autor na evolução da AP tradicional para a NGP os valores essenciais mantêm-se e são complementados com novos valores (quadro seguinte).

**Quadro Nº 6.2: AP tradicional e a resultante de NGP – modificado de Kernaghan (2000)**

AP tradicional	Nova AP
<i>Organização burocrática</i>	<i>AP reestruturada</i>
Controlo organizacional	Cidadania
Poder da posição (hierarquia)	Liderança
Centrada em regras e regulamentação	Centrada nas pessoas
Acção independente	Colaboração (interdependência)
Orientada para o <i>status-quo</i>	Orientada para a mudança
Orientada para processos (e procedimentos)	Orientada para resultados
Centralização	Descentralização
Organização em Serviços	Organizada em centros de produto
Dirigida pelo orçamento	Dirigida por receitas
Monopolista.	Concorrencial.
<i>Valores AP (comuns a toda a AP)</i>	<i>Valores de profissionais* (organização)</i>
Interesse público, serviço, honestidade, integridade, justiça e equidade...	... Inovação, criatividade, qualidade, melhoria contínua, serviço a clientes.

(\*) Tendência será a fusão dos dois tipos de valores (AP tradicional e de profissionais) variável por organização.

Na administração pública deve existir um “*regime ético*” o qual incluirá não apenas uma declaração de valores, mas também: código de conduta; regras e procedimentos; formação; “provedor” desta área; avaliação da *performance* ética como base para promoção (“*especialmente para liderança sénior*”) (Kernaghan, 2000). Note-se que esta formulação é idêntica à defendida por diversos especialistas e teóricos para as empresas privadas, como vimos anteriormente.

<sup>115</sup> A prestação de contas é comum, orientando-se para o processo (AP tradicional) ou resultados (NGP).

### 6.2.3. O pós-NGP

Naturalmente os mecanismos de empresa deverão ser adequados à “coisa pública” em que a organização prestadora de serviços se integra, por exemplo:

- A negociação e o controlo do contrato devem ser efectivos mas a missão da organização e os objectivos de serviço público não podem ser esquecidos;
- A gestão da *performance* e os incentivos terão que ser consonantes com os valores da AP e traduzir de modo adequado as finalidades visadas pela organização, incluindo o impacto nas pessoas e o resultado global para o sector;
- A prestação de contas aos clientes deve ser meramente instrumental e tomada com a importância que merece – por exemplo, na saúde o doente ignora os cuidados de que necessita e não consegue avaliar a prestação de que beneficia.

Na cultura haverá que lembrar que «as áreas complexas da AP são geridas dentro da cultura profissional mas com orientação reforçada para performance e resultados... boa gestão procura maximizar a motivação intrínseca dos profissionais de modo a minimizar o controlo formal ...mais caro e que reduz aquela motivação» (OCDE, 2005), p. 76.

A actuação do Estado pautada por legalidade e imparcialidade produz confiança ao nível da sociedade, o que é fundamental para legitimar o Estado como garante do apoio ao desenvolvimento económico, da redução da pobreza, de coesão social e cooperação (Pierre e Rothstein, 2008).

Porém nem sempre a NGP actuou assim. O mau uso e abuso dos mecanismos da NGP – competição, incentivos, desagregação de serviços, *managerialismo* –, provocaram problemas que conduziram à sua adaptação progressiva. As medidas propostas pelo “Labor” para o NHS em 1997 são um exemplo dessa evolução, em que se promoveu maior participação nas políticas, maior colaboração e contratação menos competitiva.

**Quadro Nº 6.3: NHS e medidas propostas em 1997 – adaptado de Collins et al. (2000)**

80's até meados anos 90	Medidas propostas pelo “Labour” (> 1997)
1- Política definida sem envolvimento dos interessados; 2- CSP <i>gatekeepers</i> e também compradores ( <i>GP fundholdings</i> ); 3- Competição gerida (sector privado e público); 4- Separação do comprador e prestador, hospitais como fundações, contratação baseada em negociação; 5- Doentes como consumidores.	1- Algum envolvimento de profissionais e utilizadores; 2- Alarga papel CSP como compradores (75% do total em 2003), <i>gatekeepers</i> , coordenadores locais de cuidados; 3- Colaboração <sup>116</sup> e integração de cuidados, rede com serviços e parcerias; 4- Contratação mais “soft” (menos competitiva), priorização baseada na evidência, metas e padrões nacionais; 5- Menor ênfase no consumidor dado o perigo para equidade.

Alguns autores defendem que com a NGP não houve propriamente ruptura com a burocracia, antes continuidade, (Budd, 2007), outros decretaram a morte da NGP e afirmam que o pós-NGP representa o regresso do *Weberianismo*, (Olsen, 2008), ou uma nova era (Dunleavy et al., 2005). Na verdade inúmeros países introduziram melhorias substanciais em serviços públicos através de soluções informáticas e de comunicações. Por exemplo o Canadá investiu no *e-governo*, em códigos de ética e de conduta, em acções para maior transparência, prestação de contas pública e controlo (Aucoin, 2008). Se é uma nova reforma ou mera adaptação – correcção de problemas da NGP e introdução de tecnologias de informação e comunicação – é ainda motivo para debate.

<sup>116</sup> Dentro dos hospitais, com outros serviços de saúde e sociais.



Para alguns autores a NGP morreu e a desagregação, competição e uso de incentivos que a caracterizam deram lugar à reintegração, holismo baseado nas necessidades e a mudanças de base digital, caracterizando uma nova *Era de Governação Digital* (Dunleavy *et al.*, 2005) – sobre esta *nova era* ver o quadro seguinte.

**Quadro Nº 6.4: Componentes da Era da Governação Digital - Adaptado de Dunleavy *et al.* (2005)**

Área	Componentes
<b>Reintegração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Instituições: recuo na <i>agencificação</i>, governação integrada, re-estatização, simplificação de redes (ex. fusão de reguladores);</li> <li>– Processos: re-centralização, redução de custos, reengenharia de processo de <i>BackOffice</i>, aquisição concentrada.</li> </ul>
<b>Holismo baseado em necessidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reorganização centrada em clientes/necessidades: ponto único de serviço<sup>117</sup>, informação interactiva<sup>118</sup>, organizações especializadas em necessidades e clientes (ex. departamento único para pensionistas).</li> </ul>
<b>Processos de base digital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Serviços electrónicos (ex. declaração, informações, liquidação e pagamento de impostos), catálogo de compras electrónico, controlo de pagamento e portagem electrónica (ex. em Londres), desburocratização e automatização de processos<sup>119</sup>.</li> </ul>

Na verdade ter-se-á verificado que:

- a) Houve exageros e problemas devidos à NGP:
  - Nem todos compreenderam que a AP era diferente da empresa privada, com objectivos, valores e características próprias. Assim alguns mecanismos da empresa são difíceis de aplicar, porque a AP compõe-se de serviços e o trabalho em equipa prevalece, sendo mais difícil definir objectivos, avaliar a *performance* e aplicar incentivos;
  - Em algumas áreas a maioria dos mecanismos da NGP são inapropriados, noutras mais que a competição requer-se cooperação e trabalho em rede;
  - Houve excesso de fragmentação e de *managerialismo*.
- b) Mantêm-se os benefícios que justificam as reformas da NGP:
  - Muitos dos mecanismos da NGP são agora pacíficos: “*outsourcing*”; medição, avaliação da *performance* e pagamento relacionado com resultados; orientação para clientes; uso de mecanismos da gestão privada (ex. estratégia); Estado mais regulador que produtor e empresário. Alguns dos mecanismos devem usar-se apenas nas áreas onde fazem sentido, por ex., contratos de produção na educação e na saúde;
  - NGP trouxe benefícios substanciais para os clientes (ex. tempo de resposta) e para a sociedade (eficiência) e foram as mudanças introduzidas (ex. estatutos, reorganização de processos) que permitiram as novidades da designada “Era da governação digital”;
  - As privatizações justificaram-se sendo raras as reversões, como nos caminhos-de-ferro da GB (por falência) e na segurança de aeroportos nos EUA na sequência do “11/9”.
- c) Algumas das mudanças apregoadas resultam da própria evolução tecnológica, sendo de esperar a sua utilização nas organizações públicas, e outras não são incompatíveis com a NGP (ex. central de negociação).

<sup>117</sup> Exemplo em Portugal é a loja do cidadão.

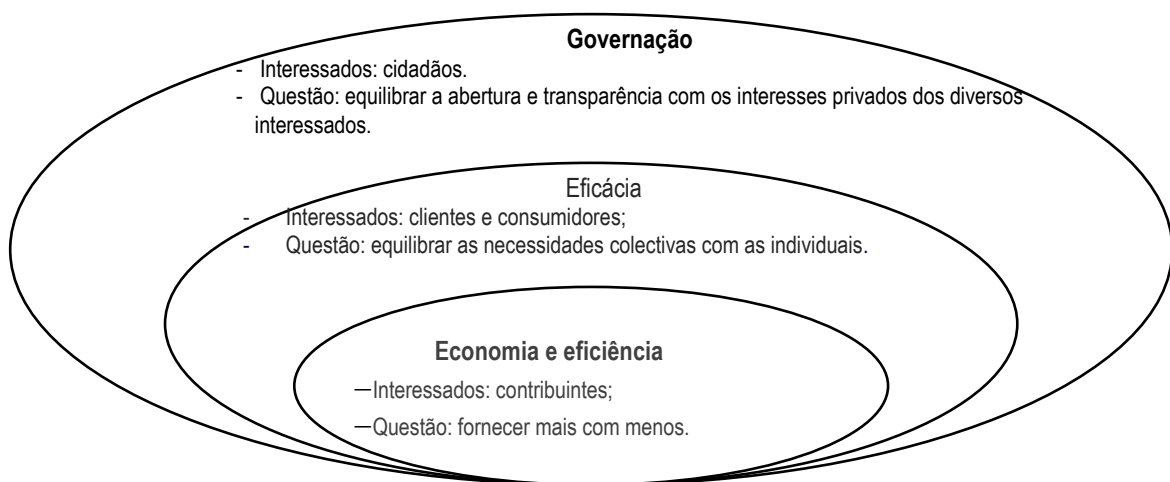
<sup>118</sup> Também contactos para chamar a rasteiros cidadãos inscritos em cuidados de saúde primários. Em Portugal são exemplos os *call-centres* de saúde, de prevenção de suicídio e de apoio à vítima.

<sup>119</sup> Exemplos em Portugal são o programa “*simplex*” e a marcação electrónica de consultas nos centros de saúde.

Verdadeiramente prometedora é, em nosso entender, a orientação defendida por Rohen (2008) quanto à posição, objectivos e características do Estado. Para este autor os cidadãos deverão estar no centro da criação de valor público – o que é partilhado por indivíduos, empresas e organizações –, quer no fornecimento de serviços quer na participação e na prestação de contas.

O autor citado atribui ao Estado objectivos triplos (diagrama nº 6.5): bom uso de recursos obtidos em última instância de contribuintes (economia e eficiência); serviços de qualidade, adaptados às necessidades dos utilizadores (eficácia); otimizar os recursos, maximizando os benefícios para a sociedade e desenvolver os princípios democráticos e de boa governação pública (boa governação).

**Diagrama Nº 6.5: Objectivos do Estado – Adaptado de Rohen (2008)**



Nesses objectivos existe uma perspectiva de curto prazo (gestão) e outra de longo prazo, mais política e visando a criação de valor futuro para a sociedade. Aqui se incluirá o equilíbrio entre a captação actual de recursos para exploração ou investimento público – que poderá prejudicar o bem-estar actual e comprometer futuros investimentos e realizações públicas – e o interesse de longo prazo, em não ter dívida elevada e ter mais e melhores produtos (públicos, privados).

De futuro o Estado será profundamente modificado caracterizando-se por (nosso sublinhado):

- Organizações públicas com maior ligação e funcionamento em rede, para fornecer simultaneamente valor pessoal e bem-estar e valor público;
- Responder às necessidades e preferências com serviços individualizados;
- Oferecer maior abertura, transparência e participação democrática, com políticas baseadas na evidência, mais efectivas e melhor explicadas;
- Maior focalização na gestão, avaliação e melhoria da performance para gerar maior valor público em todas as áreas (Rohen, 2008).

#### 6.2.4. Evolução da AP em Portugal

Analisaremos de seguida as cinco fases principais de evolução no período pós-revolução de 1974.

##### 1974-1985

Quando os restantes países europeus ensaiavam medidas para conter o crescimento da despesa do Estado e reduzir a sua intervenção na economia, Portugal começava a construir o estado social, partindo de situação inicial com lacunas graves de cobertura em saúde<sup>120</sup>, baixos níveis de escolaridade<sup>121</sup> e de frequência do ensino superior, larga maioria da população sem acesso a pensões e outras regalias de bem-estar social. A criação de sistemas públicos universais (SNS, sistema educativo, segurança social) fez-se sem a renovação das estruturas e do modo de gestão da AP (Araújo, 2004). Aumentou o peso do Estado, em alguns casos através da oficialização de importantes serviços, por exemplo dos hospitais das Misericórdias (Simões, 2003).

Como resultado<sup>122</sup> o número de funcionários foi aumentando paulatinamente, de 1979 para 2005 aumentou para mais do dobro. Dos quase 750 mil funcionários então existentes, 77% pertenciam à administração directa e indirecta do Estado, 18% às Autarquias e 5% às Regiões Autónomas, traduzindo uma centralização das maiores da Europa (Pereira, 2008).

**Quadro Nº 6.5: Número de funcionários públicos – Fonte MFAP<sup>123</sup>**

	Nº de Funcionários	Cresc. (Nº)	Cresc. %	% anual
<b>1968</b>	<b>196.755</b>	-	-	-
<b>1979</b>	<b>372.086</b>	<b>175.331</b>	<b>89,1%</b>	<b>6,0%</b>
<b>1983</b>	<b>435.795</b>	<b>63.709</b>	<b>17,1%</b>	<b>4,0%</b>
<b>1986</b>	<b>464.321</b>	<b>28.526</b>	<b>6,5%</b>	<b>2,3%</b>
<b>1988</b>	<b>484.321</b>	<b>20.000</b>	<b>4,3%</b>	<b>2,0%</b>
<b>1991</b>	<b>509.732</b>	<b>25.411</b>	<b>5,2%</b>	<b>1,6%</b>
<b>1996</b>	<b>619.399*</b>	<b>109.667</b>	<b>21,5%</b>	<b>4,1%</b>
<b>1999</b>	<b>716.418</b>	<b>97.019</b>	<b>15,7%</b>	<b>5,1%</b>
<b>2005</b>	<b>747.880</b>	<b>31.462</b>	<b>4,4%</b>	<b>0,7%</b>

(\*) Não inclui funcionários da Região da Madeira.

Apenas na década de oitenta se institucionalizou o poder local, mudando-se o seu estatuto e carreiras – criou-se uma estrutura para a formação do pessoal da AP (INA criado em 1979) e da Administração Local (CEFA) (Araújo, 2004).

### **1986-1995**

Verificou-se uma mudança de orientação da AP, no quadro económico-financeiro favorável, traduzindo preocupações de *modernização* e de *qualidade*: melhorar a relação AP/cidadãos (*Carta de Qualidade*, Infocid); desburocratizar e reduzir o custo de formalidades (*Comissão de qualidade e racionalização*); melhorar a formação dos funcionários (PROFAP) (Corte-Real, 1990), p. 152.

Assistiu-se a melhoria da remuneração dos funcionários (*Novo Sistema Retributivo*) que gerou aumentos substanciais de pagamento e a mudanças no sistema de pensões dos novos funcionários aproximando-o do sistema geral (Corte-Real, 2008).

O paradigma da NGP influenciou as medidas de reforma propostas para a AP, neste período e nos subsequentes, mantendo-se até aos nossos dias (XVIII Governo).

<sup>120</sup> Existiam estruturas corporativas e das Misericórdias com resposta limitada e o Estado com papel residual.

<sup>121</sup> Reduzida % de alfabetização, dos que detinham 9 anos de escolaridade.

<sup>122</sup> Visto que dois terços do aumento de funcionários provém da educação e da saúde (Rocha, 2001).

<sup>123</sup> Ministério das Finanças e da Administração Pública.

### **1995-2002**

A partir de 1995, o governo do partido socialista, desenvolveu parcerias com o sector privado e social para a implementação de políticas públicas (rede social) – são deste período as primeiras experiências de contratualização, nomeadamente na saúde e na segurança social.

A AP operava sob uma rede de regulamentos e de controlos administrativos que constringia a liberdade de actuação da administração e que conduzia a atitudes legalistas e formais na gestão de recursos – que reduzem a eficácia, aumentam a necessidade de recursos e limitam a eficiência. Como resposta assistiu-se à criação de Institutos Públicos, réplica das agências da NGP, nomeadamente na economia, ensino superior, investigação e hospitais (Araújo, 2002). São exemplo de experiências de privatização parcial de serviços públicos as fundações (ex. Fundação das Descobertas) e os organismos públicos empresarializados (ex. Hospital de São Sebastião) (Simões, 2003).

A reforma da AP mais bem conseguida, *Loja do Cidadão*, conjugou a orientação para clientes e a desburocratização com a criação de um ponto único de serviço público (Rocha e Araújo, 2008).

A qualificação dos funcionários apresentou melhorias significativas, entre 1979 e 1999: a % de funcionários com menos de 9 anos de escolaridade baixou de 83% para 37,4% (Campos, 2002); os que detinham formação superior passaram de 13,7% para 26,7% em 1999 (os que possuíam formação intermédia passaram de 22,3% para 41,3%) (Araújo, 2004). Neste período verificou-se uma melhoria substancial do nível de retribuição dos corpos especiais, os quais tinham sido criados e reclassificados no governo anterior (NSR).

### **2002-2005**

Os Governos de coligação de centro direita (XV e XVI), pressionados pelas dificuldades económicas e orçamentais, visavam reformas características da NGP:

- Clarificar as funções do Estado e adoptar estruturas mais simples e flexíveis (*Menos Estado, Melhor Estado*), incluindo a criação de 34 hospitais sociedades anónimas;
- Gerir por objectivos e melhorar a responsabilização pelos resultados, incluindo a alteração do estatuto dos dirigentes;
- Flexibilizar a gestão do pessoal da AP introduzindo o contrato individual de trabalho;
- Promover uma cultura de mérito, qualificação e avaliação na AP – a avaliação dos funcionários (SIADAP) nem no fim do mandato do governo seguinte estava completada.

Iniciaram-se novas modalidades de privatização como as Parcerias Público Privadas (PPP) que viriam a ter aplicação significativa nas obras públicas e na saúde. Pela vastidão, complexidade e pouca relevância para o tema não serão objecto de análise neste documento.

### **2005-2009**

O governo socialista, pressionado pela crise económica e pelas restrições financeiras impostas pela EU, manteve a orientação para a racionalização da AP. Introduziu programas de reestruturação e simplificação da AP (PRACE, SIMPLEX), procedeu a profunda revisão de carreiras, congelou os salários, limitou as admissões (1 entrada por cada 2 saídas) e concretizou os programas de mudança de estatuto (contrato de funções públicas como regra, função pública apenas para órgãos de soberania) e avaliação de funcionários (SIADAP) (Rocha e Araújo, 2008).

Note-se que, até há poucos anos, apesar da avaliação dos funcionários prever vários critérios – criatividade, quantidade e qualidade de trabalho –, na prática a esmagadora maioria obtinha a notação de muito bom, o que se explica pelo poder dos funcionários – visto que a demissão é quase impossível e a renovação muito difícil –, dos seus sindicatos e pela inexistência de

avaliação da *performance* dos serviços. A promoção baseava-se essencialmente na idade e tempo de serviço, tanto mais que os dirigentes, no momento da notação, encontravam-se perante o dilema do prisioneiro (Pereira, 2008), p. 128.

#### 6.2.4.1. Factores que explicam a evolução da AP

A AP Portuguesa tem características napoleónicas, como as suas congéneres do sul da Europa, baseando-se na lei, no formalismo e na uniformidade (Peters, 2008). O carácter napoleónico da AP ajuda a explicar a politização de cargos, a dominância da lei, do centralismo, da carreira burocrática com funcionários públicos resistentes à mudança de estatuto. O quadro seguinte, inspirado no artigo citado, ajuda a identificar aquelas características.

**Quadro Nº 6.6: Concepção Napoleónica da AP – baseado em Peters (2008)**

<b>Concepção Napoleónica da AP</b>	<b>Concepções alternativas</b>
<b>Concepção orgânica:</b> Estado assume-se como ligado desde a sua criação à sociedade, visando integrá-la – centralidade no Estado, sociedade e cidadãos com papel menos autónomo.	<i>Concepção “contratualizadora”:</i> Estado emerge através de um contrato consciente (Constituição e outros elementos) entre os membros da sociedade e as instituições.
<b>Concepção Legalista:</b> Papel da AP é definido pela lei e os seus representantes têm como missão principal administrá-la (cf. Weber, imparcialmente, etc.).	<i>Concepção de gestão:</i> O “public servant” actua segundo a lei mas a sua principal responsabilidade é a implementação e fazer com que a organização actue bem e de modo responsável.
<b>Relação política/AP:</b> Tende a ter menos barreiras, funcionários podem ter carreira política e políticos ser nomeados para a AP (ex. gabinetes ministeriais). Carreira própria e distinta de AP, incursões noutros sectores com regresso à AP quase sempre.	<i>Tendência para maior separação política/AP, funcionários devem administrar a lei de modo imparcial, ser neutros ou mesmo apartidários. Carreira dos funcionários faz-se evoluindo normalmente entre os sectores privado, público ou não lucrativo.</i>
<b>Uniformidade</b> como estratégia <i>top-down</i> ligada à lei comum para criar o Estado, de modo centralizado, eliminando reminiscências feudais e regionalismos. Grupos de interesses como ilegítimos e não incorporados na AP	<i>Lógica do federalismo e construção do Estado com base nas diferenças, respeitando/ encorajando a divergência, a experimentação e administração indirecta. Esforço de integrar os grupos de interesse na AP (influência indirecta e lobbying).</i>
<b>Prestação de contas:</b> Mecanismos formais, baseados na lei e no controlo <i>ex-ante</i> asseguram o cumprimento da lei mas reduzem a eficácia da AP.	<i>Prestação de contas mais baseada em resultados, no respeito e na orientação para os cidadãos.</i>

O centralismo na AP já vem de há muitos séculos, baseando-se num Estado unitário – segundo diversos autores também na ausência de regime feudal em Portugal, na existência de uma só língua e na ausência de tradição regionalista e de poder local. O centralismo é apresentado como uma das características da nossa AP, a par com a supremacia da lei, fruto da tradição napoleónica traduzida na reforma de Mouzinho da Silveira e consolidada na longa ditadura vivida por Portugal (Corte-Real, 2008).

O atraso na criação do Estado de bem-estar social e a chegada de avultados fundos da EU para equipamentos sociais facilitaram o aumento do número de funcionários e da despesa da AP. Verificou-se uma adopção tardia de ideias de reforma (NGP) o que, a par de uma relativa incapacidade de concretização das propostas, ajuda a explicar aquele crescimento. A alternância dos dois partidos social-democratas dificultou as reformas, porque vistas como politicamente indesejadas e porque a governação foi exercida por contraposição – “reformas concebidas por contraposição ou até em oposição das reformas prévias” (Corte-Real, 2008). Também o poder

dos sindicatos e a fraqueza de alguns governos minoritários, explicam o aumento constante do número de funcionários e o elevado peso do Estado na economia e na sociedade.

Má preparação e tardia qualificação dos funcionários e dirigentes, ausência de uma elite forte e prestigiada (como em França), a inexistência de avaliação e o poder de sindicatos e associações profissionais contribuem para explicar o pouco prestígio e credibilidade da AP Portuguesa.

Sotiropoulos (2004), citado por Rocha e Araújo (2008), caracteriza assim a AP do sul da Europa: capitalismo assistido; clientelismo político no topo e na base; desigual distribuição de pessoal (centralismo); legalismo e formalismo; falta de elite administrativa. Rocha e Araújo (2008) sublinham como características da AP em Portugal a manutenção da partidarização, a ausência de avaliação<sup>124</sup> da *performance*, as limitações na elite de dirigentes, a centralização de serviços e funcionários em Lisboa, o carácter excessivamente legalista e formal.

#### 6.2.4.2. Resultados conseguidos

São detectáveis sete tendências na evolução da AP nos últimos quinze anos:

- 1- Aumento progressivo do peso da administração indirecta (Hospitais, Universidades e outros Institutos Públicos) face à directa;
- 2- Importância crescente das entidades reguladoras;
- 3- Descentralização para as Regiões e para os municípios;
- 4- Desorçamentação, pela passagem de entidades para o Sector Empresarial do Estado;
- 5- Externalização de certas funções (contratos, concessões e PPP, hospitais SA);
- 6- Tentativa de alterar as relações contratuais e o modelo de gestão pública;
- 7- Implementação da governação electrónica (Pereira, 2008).

Verificaram-se as seguintes melhorias e problemas:

- a) Aumento de confiança da população na AP no período de 1986-1995, comprovada por estudos que não foram repetidos, e melhoria na orientação para clientes. A gestão de pessoal flexibilizou-se e melhorou a qualificação e a formação.
- b) Persistem os problemas de crescimento constante do número de funcionários, de aumento da despesa da AP face ao PIB e manutenção de défices públicos excessivos, e mantém-se a politização, o clientelismo, a cultura burocrática e o legalismo (Corte-Real, 2008).

De acordo com OECD (2006) Portugal fez “*progressos impressionantes nos últimos três anos (2005-08) no desenvolvimento de políticas e na implementação de melhor regulação...*”, sublinhando os seguintes programas: *legislar melhor, e-governo; simplex* (simplificou burocracias e melhorou cooperação interministerial). Requer *atenção sustentada* nomeadamente os atrasos nos tribunais (OCED, 2009).

### 6.3. Produção pública e avaliação da *performance*

Analisamos de seguida as diferenças entre a produção pública e a privada seguida das questões ligadas à medição e avaliação da *performance* na AP.

#### 6.3.1. Produção pública Vs privada

Segundo Mintzberg (1996) é importante para a democracia que haja equilíbrio entre os sectores privado e público, com papéis distintos mas essenciais, que podemos resumir assim: privado, em

<sup>124</sup> Corte-Real (2008) aponta a “ausência de cultura de avaliação” como uma das principais questões da AP em Portugal.

que o objecto é essencialmente a produção e distribuição de bens privados, onde o mercado e a concorrência imperam, e os destinatários são os consumidores; Estado e entidades não lucrativas, em que o objecto é a distribuição de bens públicos ou de mérito e o exercício de funções *core* do Estado – dirigidas a clientes, cidadãos e sujeitos.

Na verdade esta separação pode não ser tão linear, como mostra o quadro seguinte. Usaremos *não lucrativas* para entidades integradas no ponto 2 do quadro e *administração pública* para as incluídas nos pontos 2.1 e 2.2 (*empresas privadas* as do 1.2).

**Quadro Nº 6.7: Entidades não lucrativas e empresas públicas**

Entidade\Propriedade	Pública	Privada
<b>1- Lucrativas</b>	1.1. Algumas empresas públicas (ex. CGD).	1.2. Empresas privadas em geral; 1.3. Algumas cooperativas.
<b>2- Não lucrativas*</b>	2.1. Empresas públicas, entidades públicas empresariais, institutos; 2.2. Serviços integrados no Estado; 2.3. Outras entidades públicas.	2.4. De benefício público (ex. misericórdia); 2.5. Benefício de associados (ex. mútua) e outros privados (ex. ordem religiosa).

(\*) Cujo objectivo é prestar serviço de características públicas (ou equiparado) não o lucro que, a existir, não é distribuível pelas pessoas. Alguns autores classificam estas entidades de “comerciais”/“não comerciais”, conforme as receitas provenham dos serviços prestados ou não (ex. apenas de donativos).

Seguindo a tipologia de Mintzberg (1996) e de Olsen (2007) quanto aos destinatários da acção da AP a nossa análise neste capítulo centrar-se-á nos clientes, de acordo com a classificação que se segue.

**Consumidores:** após a privatização dos monopólios “naturais” (ex. telecomunicações) são a excepção no Estado, em que a CGD, a RTP e outras empresas públicas justificar-se-iam por papel “moderador e interventor em mercados específicos” – cingem-se a serviços onde a subcontratação não é possível/conveniente. O mercado é mais eficaz nos bens privados, que são escolhidos e pagos pelo consumidor (escolha esclarecida), o mercado e a regulação funcionam e o preço limita o consumismo.

**Clientes:** quando a assimetria de informação favorece o prestador, o consumismo é inadequado e todas as pessoas devem aceder a quantidade essencial (ex. educação) o Estado assegura o acesso, produzindo ou não. Mantém-se o benefício directo mas também há benefício para a sociedade e o preço não existe ou é quase simbólico.

Os **cidadãos** beneficiam do uso de infra-estruturas, de bens públicos (ex. segurança) e de serviços do Estado vocacionados para lidar com interesses conflitantes ou a necessitar de arbitragem, de regras e limites. Se os cidadãos têm direitos é porque, como **sujeitos**, têm os deveres que os viabilizam, numa relação mais compulsória e dirigida pelo Estado – pessoas mais submetidas e afectadas pelas decisões do Estado (ex. contribuintes, empresas sujeitas a regulação e fiscalização).

A produção de bens para os clientes pode ser efectuada pelo Estado, por outras organizações não lucrativas ou por empresas privadas. A empresa privada será genericamente mais eficiente em determinadas situações, a pública noutras.

Vining e Boardman (1992) concluíram da sua análise (nosso sublinhado):

- i) «*Competição e mercados podem aumentar a performance... a propriedade também conta e conta muito*», se a competição for apropriada a empresa privada terá eficiência superior;
- ii) Onde houver elevadas economias de escala e escopo, grandes barreiras à entrada e externalidades, a propriedade pública pode ser preferível.

A maior eficiência da empresa privada face à pública deve-se essencialmente aos direitos residuais e não à propriedade (na concessão aqueles direitos são privados); também não deriva,

necessariamente da concorrência, pois que pode existir no público ou não existir em ambos os sectores (Hart *et al.*, 1997) – o quadro seguinte lança alguma luz sobre as vantagens e limites da privatização.

**Quadro Nº 6.8: Privatização vs produção própria na AP – Resumido de Hart *et al.* (1997)**

	O que motiva a vantagem
<b>Produção própria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reduções de custo fora do contrato têm grandes efeitos deletérios na qualidade;</li> <li>– As inovações não são importantes;</li> <li>– A corrupção na contratação estatal é um problema grave.</li> </ul> <p>Ex.s: bens públicos e também prisões (“razoavelmente convincente”).</p>
<b>Privatização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– As inovações são importantes;</li> <li>– A qualidade em reduções de custo pode ser controlada (contrato ou concorrência);</li> <li>– Existência de graves problemas devido a clientelas e sindicatos poderosos.</li> </ul> <p>Ex.s: recolha de lixo, produção de armas. “Razoavelmente convincente” nas escolas.</p>
<b>Dúvidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuidados de saúde. “Exige análise mais aprofundada da eficiência de alternativas de organização o que requer modelo muito detalhado da competição, contratos e regulação”. Grandes ganhos de inovação, perdas de qualidade e efeitos negativos na distribuição (ex. desnatação), concorrência traz vantagens e desvantagens.</li> </ul>

Também no que respeita a incentivos e à prestação de contas verificam-se problemas na gestão pública que enfraquecem a capacidade de obter resultados idênticos aos das empresas privadas.

O quadro seguinte enumera as diferenças entre os sectores privado e público, (Clarke e Pitelis, 1993), assim como as consequências que, em nossa opinião, daí resultam para a gestão pública – menor eficiência, menor inovação e menos adequação às necessidades dos consumidores.

**Quadro Nº 6.9: Incentivos e prestação de contas da gestão**

Adaptado de Clarke e Pitelis (1993)		Consequências previsíveis (sector público)
Sector privado	Sector público	
Financiamento através de capital dos accionistas	Financiamento por impostos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Segurança de financiamento corrente que é independente da <i>performance</i>;</li> <li>– Investimento e estratégia estrangidos.</li> </ul>
Propriedade privada dos activos	Propriedade estatal dos activos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menor controlo e menos incentivos para eficiência da gestão e profissionais.</li> </ul>
Mercado fixa os preços	O custo determina o preço a praticar	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menor informação, risco e incentivo para adaptação (eficiência, qualidade).</li> </ul>
Cientes votam com os pés	Cientes votam em representantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menor pressão para melhorar e inovar o serviço prestado.</li> </ul>
Afectação de recursos segue regras de eficiência	Afectação de recursos baseada em negociação entre grupos de interesse e políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tendência para valorizar mais a rede social (relações “certas”) que a <i>performance</i> e a racionalidade.</li> </ul>
Limites de racionalidade menos severos devido à informação associada ao mercado.	Limites de racionalidade mais severos por ser público e em monopólio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menor orientação para o exterior, para adaptação às mudanças no meio e às preferências dos clientes.</li> </ul>



Obter eficiência semelhante à das empresas privadas não será fácil dadas as características distintivas da produção em entidades não lucrativas; mas também porque:

- a) **Direitos residuais.** Nas empresas privadas o valor residual fica com os accionistas e com os profissionais e gestores, o que não acontece nas não lucrativas, daí menor motivação e empenho para aumentar a eficiência e para controlo efectivo nestas entidades;
- b) **Conflito entre interessados e escrutínio externo.** Os diferentes *stakeholders* têm interesses e valores conflitantes – p. ex., os beneficiários querem mais e melhores serviços, os contribuintes estão preocupados com a eficiência – daí a autoridade na AP ser mais fraca e dispersa e ser mais difícil operar mudanças na estrutura e nos procedimentos. A prestação de contas é mais ampla (área, interessados) mas menos conseguida e responder perante muitos pode ser não responder perante ninguém. Os não lucrativos são mais permeáveis a influência externa – sindicatos, associações de utentes e de cidadãos, media, etc. – e à politização da decisão o que gera instabilidade e não facilita a implementação da estratégia e dos planos aprovados;
- c) **Ambiguidade de objectivos.** Dado o conflito de interesses entre *stakeholders* não é claro qual é o objectivo principal, quais são os mais importantes e como se pode arbitrar entre eles – eficiência e eficácia mas também responsabilidade social. Daí a dificuldade em definir contratos com metas quantitativas, motivar e controlar as unidades e a sua gestão;
- d) **Mercado e competição.** Os mecanismos de mercado melhoram a afectação de recursos, disponibilizam informação, disciplinam (concorrência, lucro) o que facilita a racionalização, que na ausência daqueles fica mais difícil. A natureza da actividade impõe a cooperação, mais que a competição, e é frequente o monopólio público, sem risco perceptível para os profissionais e gestores;
- e) **Complexidade e dificuldade de medir a *performance*.** Normalmente são serviços, mais difíceis de medir, com inter-relação com outros e “*outcomes*” cuja responsabilidade não é fácil de atribuir. Também a complexidade de processos de produção (ex. hospitais), a centralização de decisão e a rigidez de estruturas não facilitam a gestão. A multiplicidade de objectivos envolvidos, na ausência de medida decisiva e sumativa como o lucro, dificulta a avaliação da *performance*. Daí não ser fácil escolher investimentos, descentralizar, comparar *performances* e responsabilizar a gestão;
- f) **Características dos profissionais e gestores.** A remuneração e expectativas de sucesso oferecidas poderão afastar as pessoas com alta *performance*, limitando assim os resultados atingíveis. As regras e mecanismos de avaliação e promoção (ineficazes), a quase impossibilidade de despedimento e o poder de grupos profissionais geram rigidez e dificultam mudanças mais substanciais;
- g) **Prioridades políticas.** Nas organizações não lucrativas é a política, não o mercado, o principal instrumento de afectação de recursos, respondendo a prioridades políticas e não apenas a consumidores. A actuação da gestão será mais flexível e ambígua para responder às mudanças de políticas;
- h) **Valores e cultura.** Os gestores públicos são menos materialistas e têm menor comprometimento com a organização que os das empresas privadas. A cultura e valores da AP tradicional, mais orientada para os profissionais que para os clientes, não favorecem a prestação de contas, a melhoria da eficiência e da qualidade (Mintzberg 1996; Dixon, 1998; Boyne, 2002; Dixit, 2002; Merchant e Stede, 2003; Heath e Norman, 2004; Jansen, 2004).

Esses motivos explicam por que as actividades desenvolvidas pelas entidades não lucrativas não estão nas empresas privadas e por que não faz sentido aplicar-lhes directamente os mecanismos, regras e valores dessas empresas (Mintzberg, 1996). Tal não obsta a que se

procure aproximar as condições externas de que as empresas beneficiam e que se usem os seus mecanismos, total ou parcialmente, conforme for possível e conveniente.

Assim o impacto do mercado de produtos e as consequências positivas da concorrência, até onde não afectem a equidade, podem ser parcialmente promovidos, através de:

- i) Mercado regulado<sup>125</sup> que introduza o risco e motive à obtenção de melhores resultados;
- ii) Relevância no financiamento dos prestadores por serviços de distribuição total ou parcialmente gratuita;
- iii) Função de apoio que analise e difunda informação – alternativas de organização, resultados de unidades semelhantes – e apoie a gestão na introdução de melhorias;
- iv) Medição da *performance* organizacional e controlo de qualidade.

Os problemas com objectivos, ambiguidade e multiplicidade, podem ser mitigados pela especificação dos objectivos principais e sua ponderação, pela definição das metas a atingir e por integração deste conjunto em contrato de gestão – devem incluir-se objectivos sociais e de eficácia de relação em rede.

Duas notas finais sobre actuação pública Vs privada em bens de mérito:

- O benefício residual no sector privado é um poderoso incentivo para promover a eficiência através de maior esforço de gestores e profissionais. Porém aumenta a probabilidade desse resultado ser obtido da forma errada<sup>126</sup>. Como esse incentivo na gestão pública não existe, ou é reduzido, a qualidade dificilmente será sacrificada aos custos;
- A concorrência funciona melhor quando o consumidor é informado, doutro modo as organizações ineficientes sobrevivem com a concorrência, e pode haver iniquidade de acesso em favor dos mais afluentes e informados (Besley e Ghatak, 2008).

#### Quadro Nº 6.10: Aproximação às condições da empresa privada

Pontos-chave	Condições e requisitos
Beneficiar de mecanismos de ajustamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Introduzir alguma concorrência e efeito de preços, para melhorar as decisões sobre recursos (investimento, exploração), introduzir risco (na organização e agentes) e obter informação (padrões, variação aceitável, metas alcançáveis);</li> <li>– Permitir que o excedente fique na organização e haja distribuição parcial, como incentivos a gestores e profissionais.</li> </ul>
Esbater o efeito de múltiplos <i>stakeholders</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clarificar a forma de financiamento e o que será adquirido (contrato programa), a missão e objectivos, forma de prestação de contas e de avaliação da <i>performance</i>, consequências (contrato de gestão).</li> </ul>
Clarificar os objectivos e limites.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir a estratégia e quantificar os objectivos a atingir (ponderando cada um) assim como a utilidade dos valores atingíveis;</li> <li>– Promover valores de serviço, qualidade e eficiência, requerendo a existência e cumprimento de código de conduta.</li> </ul>

<sup>125</sup> Onde há contratação e concorrência com entidades públicas e privadas. Mercado interno se apenas com entidades públicas.

<sup>126</sup> Por menor qualidade, selecção de doenças (doentes), manipulação e fraude na facturação, etc.

### 6.3.2. Medição e avaliação da *performance* na AP

Começaremos por relembrar as mudanças na AP com impacto na *performance*, analisando depois a medição, a prestação de contas e a avaliação da *performance*.

Como vimos parte substancial das reformas na AP, conhecidas como NGP, apelavam a mais informação e avaliação de *performance*. Incluem-se nessas reformas:

- i) Responsabilidades políticas e de gestão. Definição de políticas a cargo de políticos, serviços da responsabilidade da gestão cumprindo as políticas e objectivos fixados;
- ii) Desagregação de serviços. Criação de serviços locais e de agências autónomas – para determinadas funções dos Estado (ex. contratualização) –, atribuição de maior autonomia e incentivos às unidades integradas nas organizações;
- iii) Separação do comprador e prestador. Negociação de contrato de serviço com regras, definição de produtos, objectivos, metas e padrões de referência. Também governação partilhada e cooperativa através de contratos de produção com empresas (ex. concessão);
- iv) Transparência e prestação de contas. Estado promoveu a participação dos cidadãos, a prestação de contas por resultados (produtos), a orientação para clientes e a demonstração de *performance* global e organizacional;
- v) Autonomia, flexibilidade e profissionalização de gestão. Concretizada pela mudança de estatutos, das organizações (*agencificação*) e dos profissionais – incluindo contrato individual de trabalho e remuneração em função do desempenho –, bem como por medidas organizativas de descentralização, desregulamentação e desburocratização. *Importação* de gestores e das técnicas utilizadas nas empresas privadas, acompanhada de contrato de gestão fixando a estratégia, objectivos, metas e consequências (incentivos/sanções) (Hood, 1995; Aucoin e Heintzman, 2000; Ancari e Capaldo, 2001; Thiel e Leeuw, 2002; Jansen, 2004).

As mudanças na gestão das organizações para “*reinventar o Estado*” foram substanciais: definir a missão fundamental e criar a visão; articular os objectivos essenciais da organização; desenvolver estratégias para concretizar a visão e os objectivos; implementar um conjunto de objectivos e responsabilidades; definir um tempo para concretizar as estratégias; medir e monitorizar o progresso; avaliar os resultados e informação de retorno (Osborne e Gaebler, 1993).

Assim para obter simultaneamente eficiência e eficácia, impunha-se:

- vi) Medição da *performance* para viabilizar a racionalização das organizações, fundacional (missão e sua concretização) e instrumental (estratégia, objectivos e seu controlo) (Towney *et al.*, 2003).
- vii) O pós-NGP veio confirmar a necessidade de introduzir melhorias em:
  - Medição de *performance*, em especial a ligação de objectivos, impactos e políticas bem como de incluir novos objectivos (para além dos de serviço), como a equidade, a universalidade e os que decorrem do funcionamento em rede horizontal de serviços;
  - Contratos, reforçando o cumprimento da legislação, das regras e valores públicos<sup>127</sup>, prevendo maior acompanhamento nestes aspectos não económicos.

Assistiu-se, antes e depois da NGP, a um grande desenvolvimento e aceitação da gestão da *performance* na AP – “*nos últimos cinco anos 75% dos países da OCDE introduziram novas*

<sup>127</sup> Incluindo a ética e o cumprimento de códigos de conduta.

*iniciativas de gestão da performance nos serviços do Estado*” (OCDE, 2007), p. 19. Aquela evolução deveu-se a: desenvolvimento de sistemas de informação e da informática; maior procura de informação para prestação de contas de serviços e de profissionais; maior uso de contratos explícitos de fornecimento de bens públicos; maior pressão para que recursos públicos sejam gastos eficientemente (Bird *et al.*, 2005).

A medição e avaliação apoiam-se na informação existente sobre *performance* e sobre o cumprimento das regras, valores e objectivos públicos<sup>128</sup>. Não sendo um fim em si mesma a medição é um dos mecanismos de melhoria de resultados na AP os quais serão função de: bom enquadramento (regulação, estruturas), direcção clara traduzida em políticas ajustadas (o que se pretende) e boa afectação de recursos face às necessidades; boa gestão de serviços, focando no que é essencial (cumprir políticas e atingir objectivos) e maximizando os produtos face aos recursos; maior conhecimento e difusão de boas práticas em toda a AP (o que funciona ou não); desenvolvimento, motivação e recompensa dos profissionais.

Há evidência de que o uso de medição e avaliação da *performance* na AP traz benefícios, p. ex:

- a) Os sistemas de medição de *performance* induzem impacto significativo na *performance* (Boyne, 2002; Moxham e Boaden, 2007; Greatbanks e Tapp, 2007);
- b) Verbeeten (2008), do inquérito que efectuou na AP da Holanda, concluiu que:
  - Objectivos claros e medição de resultados estão positivamente associados com a *performance* quantitativa bem como com a qualidade, enquanto os incentivos estão positivamente associados à *performance* quantitativa embora não à qualidade;
  - Efeitos comportamentais das práticas de gestão da *performance* são tão importantes como os económicos.
- c) Boyne (2001) concluiu que o planeamento está associado a *performance* superior na AP. Daí a maior importância da informação associada a instrumentos de racionalização.

A afirmação seguinte, (Osborne e Gaebler, 1992), p. 147 a 154, tem implícitas as principais finalidades da medição da *performance* da AP:

“Se não medires os resultados não consegues distinguir o falhanço do sucesso”	Medir; Avaliar.
“Se não consegues ver o sucesso não o podes recompensar ...	Motivar, reconhecer e Recompensar
... nem aprender com ele”,	Aprender
“Se não consegues identificar o falhanço não o podes corrigir”,	Melhorar
“Se consegues demonstrar o sucesso podes obter apoio público”.	Promover e prestar contas públicas.

Pelo que ficou dito, e em nossa opinião, a medição da *performance* na AP deve usar-se em:

- Nível político, na preparação, definição de políticas e tradução em estratégias e objectivos das organizações, na implementação e avaliação<sup>129</sup> (Parlamento vs Ministro, prestação de contas democrática) – usando *outcomes* e sua relação com produtos distribuídos;

<sup>128</sup> Esta proveniente de auditoria e inspecção tradicional (garantir qualidade da informação e salvaguarda de activos) ou de auditoria de *performance* para verificar o grau de cumprimento das metas.

<sup>129</sup> Neste nível visa-se a melhor afectação global de recursos, com eficiência macroeconómica considerando os impactos (*outcomes*) dentro da missão, objectivos e valores públicos.

- Avaliação de gestores (pelo Ministro e seus representantes), prestação de contas da gestão pelo cumprimento do contrato de gestão e dos objectivos nele definidos – ligação a consequências conforme a *performance* conseguida;
- Monitorização dos serviços prestados, na preparação de auditoras e na avaliação<sup>130</sup> pelo accionista, comprador e regulador;
- Prestação de contas interna, das unidades e dos profissionais (perante a gestão), no alinhamento na organização, na motivação e comunicação<sup>131</sup>, no relato do progresso face ao previsto e na relação entre a *performance* e a retribuição – usando produtos (finais, intermédios) e objectivos, sua relação com recursos e metas;
- Prestação de contas e transparência pública perante a população, outras organizações e Estado – como se usa o dinheiro, resultados face ao previsto;
- Aprendizagem e melhoria contínua das operações, nos diferentes níveis e unidades, apoiando o desenvolvimento das pessoas e a melhoria do conhecimento – fixar e rever padrões e *boas práticas* bem como difundir melhorias, interna e externamente.

A medição da *performance* pode ainda contribuir para uma nova cultura de *performance* em toda a AP, (Behn, 2003), e para a mudança de valores e atitudes dos seus profissionais.

Porém a medição da *performance* da AP não está isenta de dificuldade e problemas, podendo comparar-se aos esforços para “*pregar um pudim numa parede*” (Bovaird e Loffler, 2003), p. 316. A primeira dificuldade prende-se com a natureza e características da AP, nomeadamente: múltiplos *stakeholders* e objectivos conflituantes; *performance* com múltiplas dimensões, muitas das quais difíceis ou impossíveis de medir; produção complexa (serviços heterogéneos e sua intangibilidade) e fornecimento em condições difíceis (incerteza na procura, dificuldade de estabelecer relação causal entre meios e resultados, consumidores não estão informados e não pagam); natureza política da actividade e das decisões.

Medir a *performance* da AP é mais importante que nas empresas, devido à necessidade de: equilibrar e integrar; conciliar perspectivas internas e externas; considerar dificuldades especiais de medição de produtos e seus impactos; objectivos específicos dos não lucrativos.

Equilibrar os interesses dos *stakeholders* principais para viabilizar a produção e obter melhores resultados, mas também balancear as medidas financeiras e não financeiras, quantitativas e qualitativas, de curto e longo prazo, indicadores avançados e atrasados.

Integrar internamente, as várias unidades, os seus objectivos e medidas; externamente com outras organizações, dos diversos níveis da AP (local, regional, nacional), das políticas e sua implementação (política/gestão), e das perspectivas externas (compradores, accionista, reguladores, outros *stakeholders*) – assim a integração externa é mais exigente na AP.

Um estudo em vários sectores<sup>132</sup> da AP no Reino Unido concluiu que:

1. Medição é associada a perspectiva vertical da *performance* (*top-down*, hierarquia, controlo e prestação de contas) mas nos serviços estudados coexistia com perspectiva horizontal (na organização, voluntária, orientada para a aprendizagem e melhoria);
2. Integração dessas perspectivas é considerada importante e a ausência da correspondente às redes horizontais pode produzir consequências negativas (Goddard e Mannion, 2004).

Jansen (2004) resume alguns dos problemas de medição da *performance* na AP:

<sup>130</sup> Priorizar as organizações a rever e avaliar.

<sup>131</sup> Começar por comunicar o que a organização quer atingir (directão, prioridades) e o que se espera de cada unidade e profissional, informar (*performance* face às melhores práticas, áreas a melhorar) e celebrar os sucessos.

<sup>132</sup> Educação, universidades, saúde, autarquias locais, polícia, serviços sociais e comunitários, segurança social

- Identificar o produto é muitas vezes difícil pela natureza da actividade, dá como exemplo a polícia (visibilidade nas ruas, nº de prisões, nº de multas passadas?);
- Nos bens públicos não há consumo individual nem separação em unidades concretas;
- Definir a unidade de produção é mais difícil que na empresa privada, onde o mercado resolve (que unidade para serviço que distribuiu cadeiras de rodas subsidiadas?);
- Como agregar os produtos na ausência de preços de mercado?
- Nos não lucrativos espera-se que cumpram os objectivos e forneçam produtos de qualidade e que o façam respeitando valores de equidade, justiça e não discriminação.

Este último aspecto evidencia a maior exigência com que os serviços públicos se confrontam, devendo apresentar resultados de serviço ao nível das empresas privadas e cumprindo os mesmos requisitos ambientais, e fazendo-o da *forma certa*, cumprindo objectivos sociais e respeitando os valores públicos. Assim o valor para o dinheiro (*value for money*) na AP é condição necessária mas não suficiente, visto que combina a eficiência e eficácia, com produtos adequados às necessidades que geram impactos desejados – mas não obriga à *forma certa* de actuar.

Por outro lado a identificação dos impactos (*outcomes*) – satisfação dos cidadãos, confiança no Estado, equidade, estabilidade económica e fiscal (Lontzi e Woods, 2008) – é importante na AP traduzindo-se em segurança, maior conhecimento e empregabilidade, maior saúde e qualidade de vida, menor pobreza, maior competitividade do país, os quais não são fáceis de medir nem de relacionar com as políticas e produtos. A educação e a saúde são apontadas como exemplo dessa dificuldade (Boland e Fowler, 2000; Van De Walle, 2005; Besley e Ghatak, 2008).

Na educação se a medição dos impactos for apenas em conhecimentos induzirá comportamentos indesejados – por ex os professores concentrarem-se na preparação dos alunos para o teste, não em todo o programa e noutros objectivos – e prejudicará outros efeitos igualmente importantes, p. ex. educação para a cidadania e integração social. Na saúde os resultados poderão ser obtidos da forma errada – seleccionar doentes e procedimentos, diminuir a qualidade, a que não é percebida pelos utentes nem é objecto de auditoria, ou transferir despesas para doentes e outros serviços – e nem sempre toda a produção é justificada, por inapropriação e falta de coordenação externa, falta de qualidade do produto final (ex. infecção nosocomial).

Haverá ainda que considerar que os impactos não são fáceis de atribuir, porque dependem de factores não controláveis pela organização (ex. características do aluno), são resultado também de outros serviços e são obtidos com diferimento da actuação. Por isso medidas globais de impacto não fornecem medida rigorosa dos serviços públicos e terão que ser ajustadas para considerar a heterogeneidade dos *inputs* (Propper e Wilson, 2003).

A AP (*versus* empresa privada) não tem o objectivo do lucro nem nível mínimo de *performance*, apresenta pouco potencial para gerar receita e tem vários *stakeholders* a quem satisfazer (Boland e Fowler, 2000). Daí haver maior susceptibilidade a *jogo de números*, à manipulação da informação e, sendo a *performance* qualitativa mais difícil de medir, à tentação de reduzir a medição à quantitativa medindo produtos, uso de recursos e eficiência, não medindo a qualidade e inovação, a eficácia e satisfação – mas “*easy measures drives out the more difficult*” (Verbeeten, 2008).

Lontzi e Woods (2008) reconhecem a dificuldade de medir a *performance* e agregar as medidas bem como de incluir a qualidade dos produtos nessa medição. A publicação HC (2003) aponta vários problemas de medição na AP da GB, nomeadamente falta de clareza do que o Estado

quer atingir, da direcção visada e ambição, de falhar no foco em resultados e na prestação de contas. Van De Walle (2005) defende que “*não existem bons indicadores para comparar a performance das AP*”, p. 2, e aponta problemas sérios aos indicadores publicados, nomeadamente do Banco Central Europeu, do Banco Mundial, do Fórum Económico Mundial e da Escola de Negócios IMD.

Relativamente a que objectivos incluir vimos, no capítulo IV, que mesmo nas empresas privadas objectivos económico-financeiros não eram suficientes. A inadequação destes objectivos (isolados) aumenta na AP porque se o “*objectivo de uma organização é o lucro então faz sentido incluir indicadores monetários de produção, se o objectivo é o bem público então esses indicadores não serão geralmente adequados*” (Anthony e Young, 1994), p. 30.

Concluimos também que as medidas de *performance* tradicionais (financeiras) são inadequadas (apresentam resultados com atraso e de modo excessivamente agregado), limitadas (não reflectem os objectivos de outros *stakeholders*) e insuficientes por não permitirem antecipar resultados futuros e a evolução no longo prazo. Vimos ainda que “*não há medida única de performance que responda às quatro*<sup>133</sup> *questões... gestores das empresas precisam de apresentação equilibrada dos aspectos financeiros e operacionais...*” e que o BSC é um método que permite evitar a suboptimização porque, com diferentes objectivos (dimensões) não há tanta tendência em focar num em detrimento dos outros (Kaplan e Norton 1992), p. 71 e 72.

Na gestão pública aplica-se o mesmo princípio e com mais três razões: maior diversidade de *stakeholders*; objectivos contraditórios<sup>134</sup> em que têm que ser excelentes; obstáculos mais complexos para se obterem melhorias efectivas e criar valor (Behn, 2003). “*Consequentemente (gestão pública) precisa de uma família heterogénea de medidas mais alargada que as quatro que Kaplan e Norton propõem para as empresas*” e a avaliação requer, “*para fornecer uma imagem credível e conscienciosa da performance do serviço, múltiplas medidas comparadas com padrões*” (Behn, 2003), p. 594 a 600. Também se comprovou que quanto menor o número de indicadores mais difícil é obter um relato rigoroso da *performance* (Meyer e Gupta, 1994).

Assim os indicadores devem ser múltiplos, sobre diversos aspectos da performance (tangíveis e intangíveis) e reflectindo os diferentes stakeholders (Thiel e Leeuw, 2002). A alternativa, poucas medidas e não integradas em sistema aceite, presta-se a *jogo de números*, manipulação, suboptimização, visão de túnel e outros problemas (Goddard *et al.*, 2000).

Em todas as AP verificou-se uma evolução no sentido da criação de sistemas de medição automatizados, com conjunto integrado de medidas abrangendo as diversas dimensões da *performance* (incluindo indicadores de interface horizontal), garantindo maior fiabilidade e uma visão ampla da *performance*, vide por exemplo (Mannion e Goddard, 2000). Ainda assim nem sempre há consenso quanto ao número de indicadores efectivamente usado: o CEO do NHS afirmou que havia 62, a *NHS Confederation* sugeriu que eram centenas (HC, 2003), p. 31.

Os indicadores compostos são atractivos para divulgação geral porque permitem reduzir o número de indicadores e fornecem uma visão compreensiva das diversas dimensões de um objectivo. Porém esta “*amalgama*” de medidas levanta duas questões: se a medida resultante é compreensível; se as componentes e sua variação não ficam obscurecidas<sup>135</sup> (Pollit, 2006)

<sup>133</sup> Perspectivas do consumidor, interna, financeira, inovação e aprendizagem.

<sup>134</sup> Segundo Propper e Wilson (2003) é precisamente por terem múltiplos objectivos e *stakeholders* que as organizações são públicas.

<sup>135</sup> Por isso serão menos apropriadas para utilização visando aprendizagem e melhoria.

São pertinentes as seguintes recomendações sobre o sistema de medição da *performance* na AP:

- Definição e publicação de protocolo detalhado antes de iniciar a monitorização de *performance*, incluindo a definição de indicadores e do modo de os calcular;
- Especificação clara de objectivos disponibilizando informação sobre o design e sobre a definição de metas e padrões;
- Considerar no design e avaliação do sistema o seu custo eficácia (incluir custos directos e indirectos) e prevenir comportamentos contraproducentes (ex. manipulação);
- Escrutínio independente do sistema para garantir o rigor metodológico, a salvaguarda de informação e verificar se os objectivos foram atingidos;
- Formação sobre o papel e a interpretação de informação (Bird *et al.*, 2005).

Os sistemas de medição tiveram o mérito de aumentar a informação disponível na AP sobre: *performance* de serviços, onde os contratos geraram maior especificação da produção, dos resultados e da informação para os monitorizar; *performance* da gestão e dos profissionais, considerando a relação com consequências; boas práticas, mudanças em processos e produtos que produzem resultados, relação entre *inputs*, *outputs* e *outcomes*; implementação das políticas bem como dos objectivos dos serviços.

Os sistemas de informação terão ainda contribuído para diminuir os poderes informais e para uma nova cultura de *performance* o que, tudo somado, permitiu ganhos substanciais de resultados na AP. Apontam-se-lhe os efeitos perversos de contribuírem para maior burocracia e complexidade.

A finalidade última da prestação de contas pública é a melhoria global de resultados – economia, eficiência e eficácia – através dos seus objectivos: controlar, evitando o abuso e mau uso da autoridade; assegurar o bom uso dos recursos públicos e a conformidade com a legislação e com os valores públicos; promover a aprendizagem e a melhoria contínua na AP (Aucoin e Heintzman, 2000). Podemos dividir essa prestação de contas em duas: da entidade em si, quanto à *performance* na actividade (face ao accionista e regulador), ao cumprimento dos contratos (comprador) e à relação produtos/impactos (accionista); da gestão da organização (accionista) – contrato de gestão e resultados obtidos (Glynn e Murphy, 1996).

A devolução e desburocratização, a governação partilhada e a prestação de contas por resultados foram algumas mudanças da NGP que aumentaram o risco na AP:

- a) Devolução de poderes: administração indirecta e maior autonomia e flexibilidade de gestão, aumentando a autoridade sobre pessoas e recursos, impõem a substituição das restrições *ex-ante*, por mecanismos de controlo externos – regulação, disciplina de mercado, auditoria, avaliação, reforço da voz dos cidadãos – e internos, como sejam códigos profissionais, gestão de risco, especificação de contratos de serviço e de gestão;
- b) Governação partilhada e contratos com privados: diluição e dispersão da responsabilidade exigem sistema compreensivo para monitorizar e avaliar os resultados, com controlo de serviços prestados que garanta a qualidade e o interesse público;
- c) Prestação de contas por resultados: exige gestão por resultados e avaliação da *performance*; controlo via sistemas de gestão, auditoria de *performance* e código de conduta (Glynn e Murphy, 1996; Aucoin e Heintzman, 2000).

Nos dois quadros que se seguem podemos ver: a evolução da prestação de contas pública, antes e depois da NGP (Glynn e Murphy, 1996); os diversos tipos de prestação de contas e como se complementam para melhor resultado global da AP - cumprir o mandato democrático e



garantir a implementação das políticas, conformidade legal e institucional, respeito por códigos de conduta e valores, *performance* individual e dos serviços, participação pública e *reporting* (Erikkla, 2004).

**Quadro N° 6.11: Prestação de contas e NGP – Modificado de Glynn e Murphy (1996)**

	<b>Pré-NGP</b>	<b>Pós-NGP</b>
<b>Política</b>	Genérica, responsabilidade dos Ministros directamente pelo serviço prestado.	Mantém-se. Responsabilidade alterou-se baseando-se na fórmula Ministros regulam (orientam e definem regras), gestores prestam o serviço (executam e responsabilizam-se pelos produtos); Recentemente ressurgiu a prestação de contas ministerial pelos resultados (implementação de políticas) e pelo cumprimento de objectivos sociais, políticos e ambientais.
<b>Financeira</b>	Assente em noções de conformidade financeira e orçamental.	Mantém-se. Foi estendida às questões de eficiência e eficácia, o que levou a maior foco na necessidade de informação de suporte e sistemas de controlo (ex. gestão do risco).
<b>Profissional</b>	Foco interno, múltiplas relações de agência com os serviços (auto regulação).	Mudança radical: menor auto-regulação com diferenças entre grupos profissionais.
<b>Administrativa</b>	-	Inspecções e auditorias de conformidade, financeiras e operacionais.
<b>Gestão</b>	-	Nova, com foco no cumprimento das metas, no respeito pelos objectivos e valores públicos.

**Quadro N° 6.12: Diferentes tipos de prestação de contas – Adaptado de Erikkla (2004)**

<b>Tipos</b>	<b>Características</b>	<b>Mecanismos</b>	<b>Contexto</b>
<b>Política</b>	Democrática, externa.	Eleições democráticas, cadeia de responsabilidade.	Estado democrático.
<b>Burocrática</b>	Hierárquica, legal.	Regras, regulamentos, supervisão.	Burocracia.
<b>Pessoal</b>	Interna, normativa, moral.	Cultura, valores, ética.	Colectiva.
<b>Profissional</b>	Pela “ <i>expertise</i> ”, orientada para pares, complexa.	Revisão por pares, profissionalismo.	Organização de peritos.
<b>Produto</b>	Foco no produto ou cliente.	Concorrência, auto-regulação.	Mercado.
<b>Deliberativa</b>	Interactiva, aberta, pública.	Audição e debate público, acesso à informação e transparência.	Esfera pública.

Para além de melhorar a prestação de contas pública, minorando os efeitos das mudanças da NGP que a enfraqueceram, a avaliação da *performance* usa-se na AP como substituto de mecanismos apenas existentes nas empresas privadas, como vimos anteriormente.

No sector privado o preço e a concorrência actuam como incentivo às mudanças necessárias e à obtenção dos resultados desejados. Na falta dessa pressão para melhorar deve usar-se o contrato com objectivos/metapas, avaliado e ligado a incentivos. Como os consumidores não podem escolher (monopólio, desconhecem o que precisam na saúde) haverá que reforçar a regulação (regras, padrões) e a avaliação externa (Ancari e Capaldo, 2001). Por outro lado, como o consumidor não paga o preço há contradição entre quem financia (cidadãos), que quer economia e eficiência, e quem consome, que deseja maior acesso, quantidade e qualidade. Por

isso compradores e reguladores devem actuar para evitar os efeitos perversos do consumismo e para introduzir risco nos serviços e na gestão.

Na avaliação dos gestores<sup>136</sup> haverá que começar por garantir a adequação do seu recrutamento e formação, criando depois um quadro claro de expectativas e consequências (explícitos no contrato de gestão) e proceder à sua avaliação periódica.

O Estado deve actuar segundo duas linhas complementares: deixar os gestores públicos gerir<sup>137</sup>; fazer com que eles façam gestão (Shand e Anand, 2006). Na primeira linha haverá que aumentar a autonomia e a flexibilidade, aliviando a gestão dos constrangimentos e limitações que impeçam melhor *performance* (Van De Walle, 2005). Como contrapartida haverá que reforçar a prestação de contas, a monitorização, a avaliação e o controlo.

Para tal usa-se um conjunto de instrumentos que combina regulação, avaliação e *reporting*, por exemplo:

- a) Estado orienta mas não gere – define regras e fiscaliza o seu cumprimento (regulador), estabelece contratos de serviços (comprador) e de gestão (accionista);
- b) A *performance* é medida e avaliada, por relação com as metas e padrões definidos;
- c) Auditorias e inspecções adoptam nova filosofia, verificando os sistemas implementados para prevenir e gerir o risco e garantir a qualidade e adequação da informação;
- d) A publicação periódica de informação, de *performance* e de cumprimento da missão e objectivos públicos, completa os esforços de condicionamento (Van De Walle, 2005).

Em estudo na AP dos EUA concluiu-se que tinham influência positiva significativa no desenvolvimento e uso de sistemas de medição de *performance* o comprometimento da gestão de topo no uso da informação, a autoridade de decisão e a formação em técnicas de medição, assim como as questões técnicas da medição (sistema de informação e indicadores) tinham papel importante na implementação e uso do sistema de medição (Cavalluzzo e Ittner, 2003).

Por isso defendemos a preparação e desenvolvimento de um sistema de avaliação da *performance* para cada sector da AP, com participação e comprometimento dos principais interessados. Mas a avaliação não pode ser centralizada e automatizada, antes descentralizada – «*gestão de performance não pode ser inteiramente baseada em medição da performance*<sup>138</sup>... *nem realizada a grande distância... requer avaliação cuidada, baseada no conhecimento de perito e na experiência, obtida por diálogo contínuo que confere autoridade a quem governa a gestão e autoridade a quem faz gestão*» (Aucoin, 2008), p. 22.

BSC como método de equilibrar os objectivos e alinhar as medidas com a estratégia (equilibrar e alinhar) teve um «*grau considerável de sucesso no ambiente público*» (Greatbanks e Tapp, 2007). Usa-se para medir a *performance*, facilitar a concretização da visão, o alinhamento de recursos e objectivos na organização com a estratégia definida (Kaplan e Norton, 1996, 2004). Como mecanismo estratégico contribui para traduzir a visão em objectivos (globais, das unidades integradas), melhorando a comunicação e clarificando a importância dos objectivos das unidades e indivíduos (Van De Walle, 2005).

<sup>136</sup> Também substituindo instrumentos apenas existente nas empresas privadas: mercado de gestores, participação no capital, análise e difusão da performance por corretores e analistas financeiros e de investimento.

<sup>137</sup> "Letting the managers manage" e "Making the managers manage".

<sup>138</sup> Por ex., exige considerar condições em que a acção decorreu, avaliar a adequação das metas e objectivos iniciais.

Os benefícios do alinhamento na AP são:

- i) Comunicar e informar: sobre a direcção estratégica, as prioridades, a ligação entre os objectivos globais e os das unidades e dos indivíduos;
- ii) Motivar: encorajar comportamentos que facilitam a concretização da estratégia; explicitar a relação entre meios e objectivos (justificar afectação de recursos); focalizar esforços;
- iii) Coordenar e controlar: criar perspectiva comum; alinhar as acções com a estratégia; monitorizar a estratégia; promover a integração horizontal/vertical; limitar a sub-optimização;
- iv) Desenvolver: maior aprendizagem individual e organizacional (Greatbanks e Tapp, 2007).

Vimos anteriormente que os sistemas de gestão da *performance* devem ser revistos regularmente. Doutro modo perdem adequação à finalidade, seja porque algumas medidas são agora irrelevantes ou porque não contribuem para implementar a estratégia actual (alinhar a estratégia com as operações).

O paradoxo da *performance* diz-nos que os indicadores tendem a perder valor com o tempo à medida que se consegue eliminar o *gap* inicial de *performance* que justificava a importância de determinados indicadores (Thiel e Leeuw, 2002). Estes autores referem quatro processos que levam à perda de valor dos indicadores:

- Aprendizagem positiva. Todas as unidades mudam e melhoram a *performance* de modo a que os indicadores perdem a sensibilidade para detectar a *má performance*;
- Aprendizagem perversa. Percebendo o que é medido e onde vale a pena investir esforço as pessoas manipulam a avaliação (melhor classificação sem melhor *performance*);
- Substituição dos piores. Como sobrevivem apenas os melhores “*performers*” há menos diferenças de *performance* e o indicador perde relevância;
- Supressão de indicadores. Quando as diferenças na *performance* são ignoradas pelo indicador (ex. % crimes diminuiu mas deve-se à mudança para crimes graves).

Naturalmente a gestão da *performance* na AP deve ser custo eficaz e ter consequências para a gestão ou para o serviço.

O primeiro aspecto convida-nos a analisar os custos totais – custos de operar o sistema, custos indirectos para as unidades envolvidas (recolha, auditoria), outros custos (ex. maior burocracia) – e a compará-los com os benefícios acrescidos que propicia. Entre aqueles custos estarão os eventuais efeitos perversos da avaliação na gestão (ex. visão de túnel, desmotivação) e o aumento de custos com burocracia.

Quanto às consequências para a gestão ou para o serviço parece haver alguns pontos de consenso:

- 1º. Medidas de *performance* imprecisas e sem ligação clara a acções e resultados poderão gerar nas pessoas apenas a maximização da sua própria utilidade;
- 2º. Características próprias da AP – múltiplos *stakeholders* e objectivos conflitantes, dificuldade de medir algumas dimensões, motivação intrínseca e profissionalismo – desaconselham o uso de incentivos muito significativos, podendo combinar-se com sucesso o profissionalismo e a motivação intrínseca, desde que se alinhem os objectivos das pessoas com os da organização;
- 3º. Um sistema de avaliação objectivo e apropriado, associado a prémios e sanções antecipadamente conhecidos, é essencial para gerar resultados significativos;

4º. Como existe na AP uma maior % de gestores e profissionais avessos ao risco haverá que dosear adequadamente as consequências (Dixit 2002; Propper e Wilson, 2003; Verbeeten, 2008; Besley e Ghatak, 2008).

#### 6.4. Conclusões

A expansão dos papéis do Estado, no sentido da inclusão dos bens de mérito e de maior regulação, justifica-se para suprir as falhas de mercado e contrariar a orientação dos indivíduos para o consumismo e para o curto prazo. Ora o enquadramento e os mecanismos da AP tradicional – burocracia *Weberiana*, com centralização, uniformidade, orientação para processos e para conformidade – não são adequados à produção desses bens.

Em contrapartida as reformas que a NGP consagrou – separação das políticas da gestão, devolução de poderes, flexibilização e maior autonomia da gestão, contratualização, avaliação da *performance* –, produziram bons resultados: AP mais eficiente, transparente e orientada para clientes; contratos individuais de trabalho e incentivos ligados à *performance* melhoraram a resposta dos profissionais; “*orientação para performance da AP veio para ficar*” OCDE (2005).

A AP Portuguesa reflectiu, com atraso, as tendências da NGP verificadas nos restantes países, sem os exageros, quanto a excesso de fragmentação de serviços e *managerialismo*, mas fê-lo de forma incompleta, atrasando-se na mudança de enquadramento dos profissionais – apenas em 2009 se generalizou o novo contrato individual e a avaliação de desempenho –, mantendo as características de centralização, politização e legalismo, não mudando o controlo externo nem a avaliação da *performance*<sup>139</sup> e suas consequências (inexistentes).

Como a prestação de contas ministerial se faz agora mais através de gestores, há que reforçar:

- Visão de mandato com programa e financiamento delimitados para o período, prestação de contas anual do Ministro pelo cumprimento das políticas, *reporting* público baseado em indicadores predefinidos. A regulação devia ter maior ligação ao Parlamento;
- Sistema de qualidade e de gestão de risco das organizações, auditoria e avaliação externa dos serviços e da gestão, incluindo pelo Tribunal de Contas;
- Sistema de medição da *performance* dos serviços, revendo indicadores, padrões e metas, melhorando a informação publicada, seu uso e ligação a incentivos.

Os gestores públicos trabalham num ambiente menos arriscado porque não há: verdadeiro mercado de gestores, riscos de falência, aquisição hostil e perda de valor das acções detidas da empresa. A partidarização e a existência de múltiplos interessados agravam ainda os problemas de agência. A solução deve iniciar-se na selecção dos gestores – baseada na competência, experiência de gestão e solidez moral –, e firmar-se em contrato de gestão, com acompanhamento periódico e avaliação da *performance* ligada a incentivos.

Os constrangimentos à estratégia pública – quanto ao capital disponível, ao tempo de actuação e ao impacto noutros serviços – não são ultrapassáveis, no âmbito das instituições prestadoras, porque inerentes à produção pública e ao planeamento central da oferta. A explicitação de planos e estratégias, de âmbito nacional e regional, são essenciais, porque clarificam as balizas e minoram as influências decorrentes de expectativas não fundamentadas de políticos locais, da população e de profissionais.

---

<sup>139</sup> Por exemplo ausência de metas e padrões, perspectiva financeira apenas.

A *performance* das organizações públicas e dos profissionais não são fáceis de medir, daí a ausência de avaliação e de prestação de contas efectivas. Por isso é essencial investir em sistemas de informação e de medição que evitem os problemas de agência e facilitem a melhoria da *performance* e o seu conhecimento pelos clientes, facilitando as suas escolhas.

A partidarização das unidades públicas pode ser contida através da separação de funções (políticas vs gestão), da transformação em empresas públicas, de contratos adequados com a empresa e com a gestão e de acompanhamento, avaliação e prestação de contas efectivos.

O estatuto tradicional de função pública não permite aumentar a capacidade da gestão, mudar comportamentos e atitudes, melhorar a flexibilidade e a resposta aos clientes. Para isso o estatuto e o enquadramento das pessoas devem ser semelhantes aos das empresas privadas. Carreiras técnicas e acordo colectivo de trabalho são elementos essenciais de regulação, em especial nos grupos profissionais com maior influência na produção. Em nossa opinião a adequação do seu enquadramento passa por contrato interno, ligado a incentivos conforme o desempenho, e pela valorização do profissionalismo ao nível da cultura e valores, de orientação para clientes e resultados a atingir.

Em resumo diríamos que a produção pública deverá: adoptar, adequando-os à especificidade da natureza, ambiente e cultura públicas, os instrumentos e mecanismos de gestão há muito utilizados nas organizações não lucrativas dos EUA: «*não lucrativos...começam por missão clara, preenchimento cuidadoso de lugares (nomeações) e aprendizagem/ensino contínuo, gestão por objectivos e autocontrolo, elevada exigência e responsabilidade, prestação de contas pela performance e por resultados*» (Drucker, 1989b), p. 92; promover a adaptação dos mecanismos referidos à natureza, objectivos e cultura pública; garantir condições aproximadas às que dão vantagem à empresa privada.

Conforme vários autores o sistema de medição da AP deverá: ser equilibrado, incluindo medidas financeiras e não financeiras, de curto e longo prazo; ser integrado, na organização, nas relações em rede de serviços e nos vários níveis da AP; considerar os principais *stakeholders* (Estado, clientes, profissionais); prevenir efeitos perversos e ser complementado com outros mecanismos – auditoria externa, actuação ética, cumprimento dos códigos de conduta e valores públicos.

O sistema de medição deve ser participado no seu design, com medidas relativas face a serviços semelhantes, ponderadas com pesos aceites pelos interessados. As consequências devem estar claramente previstas no contrato sendo desejável o uso de mecanismos objectivos de avaliação – referimo-nos ao contrato de gestão, ao contrato interno com unidades integradas e ao compromisso individual de *performance* de profissionais, este quando seja possível de especificar e acordar – doutro modo contrato de *performance* de grupo.

Na avaliação da gestão pública haverá, por regra, selecção adversa (contratados não serão os melhores até por falta de discriminação retributiva) e risco moral, visto que há assimetria informativa que favorece a gestão, porque o principal não consegue determinar se os resultados são devidos ao gestor, a factores exógenos ou a ambos, daí o risco de o gestor não se esforçar; o problema agrava-se pela partidarização. A avaliação relativa da *performance* reduz o risco moral e pode diminuir-se a selecção adversa associando incentivos – a não atribuição de prémios, a não renovação do contrato e a publicitação de resultados surgem como sanções. Se o gestor for avaliado também pelo cumprimento da estratégia proposta e pelas melhorias introduzidas então diminui-se a assimetria de informação e introduz-se risco para os gestores.

## Capítulo VII - A Especificidade dos Hospitais e da sua Avaliação

Após considerarmos as principais teorias da governação analisámos a situação nas empresas privadas e na administração pública.

Neste capítulo descrevemos o ambiente e o condicionalismo em se desenvolve a gestão dos hospitais nos países da OCDE.

Começamos por breve abordagem ao enquadramento da saúde e dos hospitais, considerando a sua especificidade – dos sistemas de saúde, dos cuidados e da sua gestão – e o papel desempenhado neste sector pela competição e pela cooperação.

Nos pontos seguintes analisamos três mecanismos importantes para a gestão dos hospitais: a estratégia e a integração dos *stakeholders*; os incentivos e a sua utilização em saúde e hospitais; a avaliação da *performance* dos hospitais, da sua governação e gestão.

Procuramos assim aumentar o conhecimento relativamente ao enquadramento e às soluções genéricas que têm sido ensaiadas e aplicadas no sector da saúde e dos hospitais.

Em particular pretendemos tomar contacto com mecanismos inovadores de gestão, para determinar as suas potencialidades, limitações e viabilidade de aplicação em Portugal.

As conclusões deste capítulo serão aplicadas na análise do hospital Português e da sua avaliação, o que faremos no próximo capítulo (VIII), assim como no estudo empírico com que terminamos esta dissertação.

### 7.1. Especificidade da saúde

Começamos por descrever a evolução recente dos diferentes sistemas de saúde, os seus resultados e forma de avaliação.

Seguimos com a análise dos cuidados de saúde, em particular dos hospitalares, sua especificidade, complexidade e características próprias.

Continuamos depois abordando o que diferencia o hospital – natureza, papel e objectivos – e a sua gestão.

Finalmente extraímos as conclusões relevantes para esta dissertação.

#### 7.1.1. Evolução dos sistemas de saúde

Num sentido amplo o **sistema de saúde** inclui “*todas as actividades que tenham como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde*” (WHO, 2000). Integra os serviços e actividades de saúde, desenvolvidas pelo Estado e por outros prestadores, bem como outras actividades e requisitos que contribuem para melhor saúde, por exemplo, a educação, as condições de habitação e de trabalho. Num sentido mais restrito, que será o que, em regra, usaremos, engloba

os serviços do Estado (SNS) e os restantes prestadores de cuidados de saúde. Em todos os sistemas de saúde o Estado assegura a saúde pública e a regulação global.

Nos países da OCDE há basicamente dois tipos de sistemas de saúde, de matriz *Bismarckiana*, baseados em seguro social (ex. França) – assente em contribuições patronais que foram alargadas depois aos trabalhadores e a toda a população –, ou *Beveridgiana*, financiados por impostos (ex. RU). Exceptuam-se os EUA e a Suíça que se baseiam em seguros privados de cobertura global. Na Suíça os seguros são obrigatórios e o Estado comparticipa com 25%, mas nos EUA mais de 16% da população não tem qualquer cobertura e o Estado garante cuidados apenas aos maiores de 65 anos e a 50% das pessoas consideradas pobres.

Os sistemas de seguro social tiveram origem no fim do século XIX, enquanto os baseados em impostos nasceram após a 2ª grande guerra – no RU em 1948. Uns e outros visam assegurar colectivamente a protecção da saúde e o acesso a cuidados de saúde à população. Em ambos os sistemas existem seguros complementares, cobrindo um leque limitado de riscos e representando menos de 15% das despesas de saúde.

Nos sistemas de matriz *Bismarckiana*, a segurança social representa mais de 50% das despesas de saúde sendo o financiamento público minoritário. Os cuidados são prestados por uma pluralidade de agentes dentro de quadro global, onde se definem as regras de funcionamento, e segundo contratos que fixam os preços, as quantidades e os padrões de qualidade, bem como os respectivos mecanismos de controlo.

Nos sistemas de saúde baseados em impostos o Estado assume a maioria do financiamento e assegura a prestação integrada de cuidados. O NHS foi fundado em três princípios essenciais – universalidade, gratuidade no ponto de consumo e cuidados baseados nas necessidades –, traduzidos em:

- Responsabilidade do Estado, garantindo aos cidadãos os cuidados de saúde necessários;
- Universalidade, abrangendo aquela garantia toda a população;
- Compreensividade, desde a prevenção ao tratamento e à reabilitação, em todas as doenças;
- Equidade, quanto à disponibilidade de recursos, ao acesso e à utilização de serviços de saúde, definindo um padrão comum de qualidade e recusando qualquer discriminação;
- Autonomia profissional, com decisão clínica<sup>140</sup> baseada apenas nas necessidades do doente e nas regras de boa prática (livre de interferência administrativa e de gestão) (Simões, 2005).

O sistema de saúde visa garantir o acesso universal a um *pacote* de cuidados, de modo a preservar a produtividade, garantir o equilíbrio das famílias e a coesão nacional. O objectivo é a distribuição a toda a população de serviços de saúde, preventivos e curativos, de modo efectivo, equitativo e eficiente, protegendo os indivíduos de custos de saúde nomeadamente dos catastróficos (OMS, 2000a). Os cuidados devem estar disponíveis, ser acessíveis, de qualidade, adequados às necessidades da população, aceitáveis e atempados (Kruk e Freedman, 2008).

Assim, do sistema de saúde espera-se equidade e eficiência, micro e macroeconómica, mas sobretudo eficácia em resultados – em saúde (melhorias na morbilidade, na mortalidade, em parâmetros biológicos e clínicos de doentes e na qualidade de vida dos doentes), em qualidade e satisfação de doentes, da população e dos profissionais.

---

<sup>140</sup> Prescrição, continuidade de tratamento, referenciação e alta.

É diferente a importância dos objectivos nos dois tipos de sistemas, devido aos valores e princípios subjacentes. Os sistemas *Bismarckianos*, nos quais a separação de papéis do Estado é mais efectiva, são mais baseados em competição e pluralismo de oferta, liberdade de escolha e solidariedade; os *Beveridgianos* fundamentam-se na cooperação e na equidade, na escolha colectiva e no planeamento da oferta. Uns e outros apresentam vantagens e riscos:

- a) A competição introduz risco na gestão e promove a inovação e a qualidade, mas tem um papel limitado em saúde dado que o consumidor não goza da soberania de que dispõe noutros sectores: não paga o preço, falta-lhe a informação necessária e tem escolha limitada de produtos e prestadores. Ao invés a cooperação impõe-se internamente e, externamente, com os restantes serviços de saúde e sociais;
- b) A universalidade e equidade, que constituem valores essenciais dos sistemas *Beveridgianos*, garantem um mínimo de cuidados, idêntico e independente do rendimento ou residência, mas conduzem à uniformidade e limitam a inovação. Nos sistemas *Bismarckianos* a solidariedade garante, por regra, a cobertura universal mas a variedade de produtos tem um custo – preço e co-pagamento para o doente – e a liberdade outro, desigual distribuição da oferta e tendência para sobredotação de recursos especializados, por exemplo, médicos e camas hospitalares;
- c) Encorajar a escolha individual gera diversidade de produção mas também consumismo – até porque os cuidados normalmente não são pagos no acto de consumo –, com mais actos ineficazes, duplicados ou inapropriados que afectam a equidade e sustentabilidade do sistema. O consumismo em saúde não é sempre melhor para o consumidor, por vezes é pior. Se o planeamento e regulação apertada não bastarem para impedir aqueles efeitos adversos, será preferível racionar com base em sãs decisões clínicas ou fazê-lo através de preços e co-pagamentos que afectam a equidade?
- d) A pluralidade de prestadores encoraja a inovação, a qualidade e a resposta atempada, mas é susceptível de gerar duplicação de oferta e indução de procura, que não favorecem a sustentabilidade – também não facilita a coordenação de cuidados. Planear a rede é positivo mas pode levar a menor risco para a gestão, dificultar a inovação e a qualidade.

Nos sistemas em que o acesso e a protecção de rendimento não são garantidos colectivamente, como nos EUA, há desigualdade visto que em 2008 havia 48 milhões de pessoas sem seguro e, por isso, com acesso apenas por caridade ou em urgência, daí que os seus gastos de saúde se situem em média em 43% dos da restante população (Hadley *et al.*, 2008). A saúde deste grupo é inferior, implicando mais 18.000 mortes prematuras/ano, (IOM, 2003), traduzindo um risco de morrer que é 40% superior aos que tinham seguros privados (Wilper *et al.*, 2009). Argumentos estes certamente subjacentes à *Reforma Obama*.

Na avaliação dos sistemas de saúde existem problemas semelhantes aos da avaliação da *performance* na indústria<sup>141</sup>, mas as escolhas entre combinações de objectivos são mais difíceis devido às componentes política e humana da saúde. Como alguns conceitos são específicos da saúde, ou têm conteúdo diverso, apresentamos de seguida algumas definições.

**Equidade** em saúde traduz-se em igual acesso para igual necessidade, igual utilização para igual necessidade, igual qualidade de cuidados para todos – a redistribuição de riqueza pode obter-se por outras vias que não o sistema público de saúde (Whitehead, 1990). Para Braveman e Gruskin (2003) é a “ausência de disparidades sistemáticas em saúde (ou em determinantes sociais) entre grupos sociais com maior ou menor vantagem social” – por exemplo, pobres. Saúde “representa

<sup>141</sup> Aforismo conhecido: “Entre o bom, o barato e rápido escolhe dois e optimiza, tenta obter os três e falha”.



*simultaneamente bem-estar físico e mental, não apenas ausência de doença*” (OMS, 2000). A equidade pode ser horizontal – tratamento igual de pessoas em situação igual –, e vertical – tratamento apropriadamente desigual de pessoas em situações de saúde distintas (Pereira, 1993).

**Qualidade em saúde** é a “*produção de melhorias em saúde e satisfação da população dentro dos constrangimentos actuais de tecnologia, recursos e circunstâncias dos consumidores*” (Palmer *et al.*, 1991). Nos cuidados médicos há duas dimensões: técnica, com 2 sub-dimensões, apropriação dos serviços fornecidos (ligadas às decisões sobre os cuidados para cada doente) e capacidades com as quais os serviços foram realizados (conhecimento, juízo, tempo); relacional ou de interacção com o doente, inclui a capacidade de comunicação e obter confiança do doente, demonstrar atenção, empatia, honestidade, tacto e sensibilidade.

A qualidade em saúde pode ver-se na perspectiva dos actores principais: profissionais, gestão e doentes. Na perspectiva dos profissionais, a qualidade está ligada a padrões e regras da profissão ou especialidade, a capacidades e competências técnicas; na perspectiva da gestão, inclui a apropriação de uso de recursos, respeito por regras e regulamentos organizacionais, gestão de riscos, melhoria de serviço; na perspectiva dos doentes, inclui acesso a cuidados, atenção e simpatia, boa comunicação e prestação de informação, aliviar sintomas e melhorar o estado de saúde (Birch *et al.*, 2000).

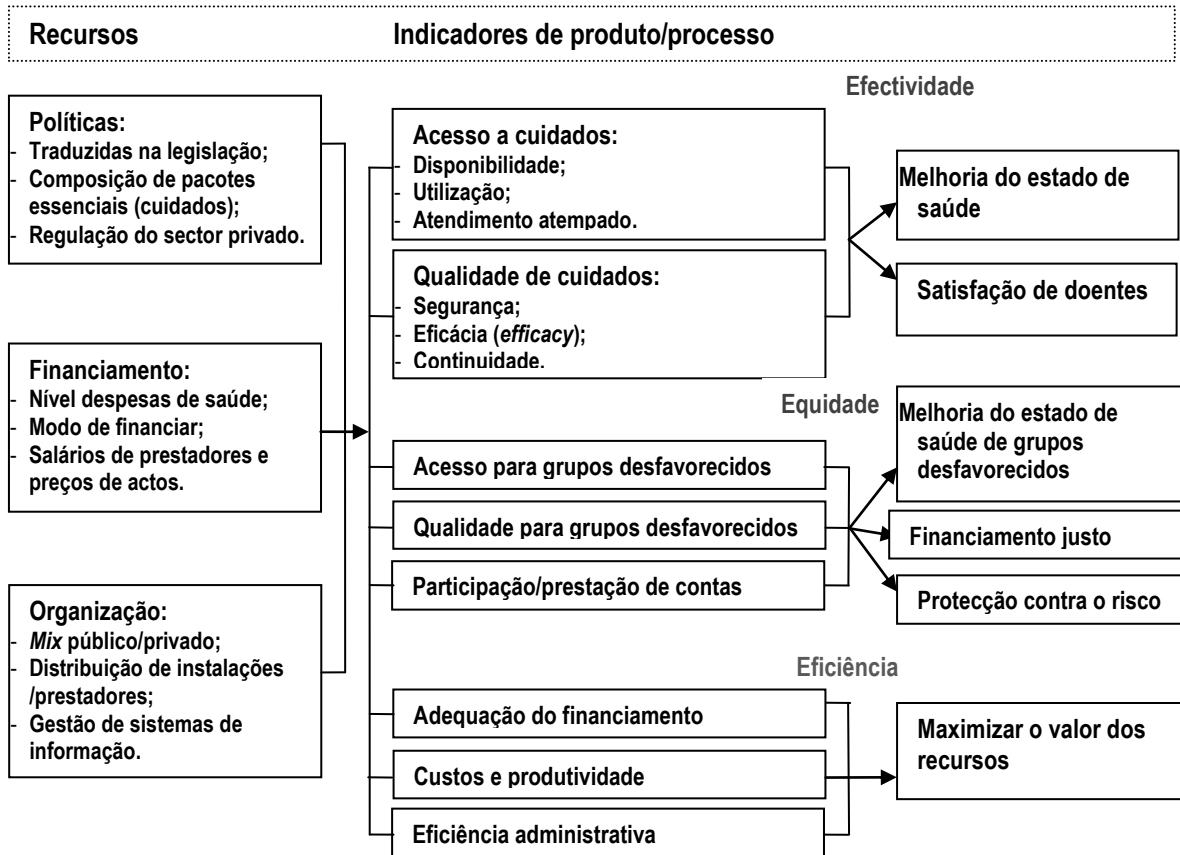
**Qualidade da resposta** (*responsiveness*) ao consumidor (doente) medida através da satisfação – esta é normalmente igual ou superior a 90%, devido ao efeito gratidão (Hurst, 2002). Envolve o tempo de resposta – dias até ao acto (em lista de espera) e tempo de espera no dia do acto – e a satisfação com o serviço prestado. **Satisfação com os cuidados** com três dimensões: *arte* dos cuidados (relação e comunicação); competência técnica (percebida pelo doente); meio físico. A satisfação é importante por que é uma das componentes da qualidade dos cuidados e pelas suas consequências, na retenção de doentes (continuar a usar o serviço e ligação ao prestador), na adesão ao tratamento e em maior cooperação com o médico e a instituição. Linder-Pelz (1982) sugere as seguintes componentes: acessibilidade ou conveniência; disponibilidade de recursos; continuidade de cuidados; eficácia ou impacto na saúde dos cuidados; finanças; humanidade da relação; recolha de informação; agradabilidade das instalações; qualidade ou competência.

O **acesso** pode ser visto como disponibilidade/capacidade existente, como utilização (ex. consultas/1000 habitantes) e como atendimento atempado (Kruk *et al.*, 2008).

A **eficiência** pode ser: técnica, traduzindo-se na maximização do produto para um dado volume de recursos; distributiva, máximo resultado que pode ser obtido pelo sistema através da distribuição de recursos nas actividades de saúde- também designada de Pareto: qualquer alteração que se faça na afectação *eficiente* de recursos reduzirá os resultados. A eficiência microeconómica entende-se como relativa aos serviços prestados, bom uso de recursos e eficácia, e a macroeconómica como uso de um nível adequado de recursos na saúde em face dos benefícios obtidos e de modo a garantir a sustentabilidade futura.

Os trabalhos pioneiros da OMS (2000a) e de Hurst (2000, 2002) na avaliação da *performance* dos sistemas de saúde utilizaram um número reduzido de objectivos semelhantes, como se pode ver nos quadros nº 7.1 e 7.2 do anexo 1. Vários países utilizaram esquemas de avaliação da *performance* dos seus sistemas de saúde – no quadro nº 7.3 do anexo 1 resumimos os objectivos considerados em RU, Canadá, Austrália e EUA. No diagrama seguinte apresentamos o esquema de avaliação proposto por Kruk *et al.* (2008).

Diagrama Nº 7.1: Avaliação de sistemas de saúde (Kruk et al., 2008)



A medição e gestão da *performance* do sistema de saúde processam-se, em cada país, dentro do ciclo de melhoria e aprendizagem: fixar objectivos, medir e avaliar, tomar medidas.

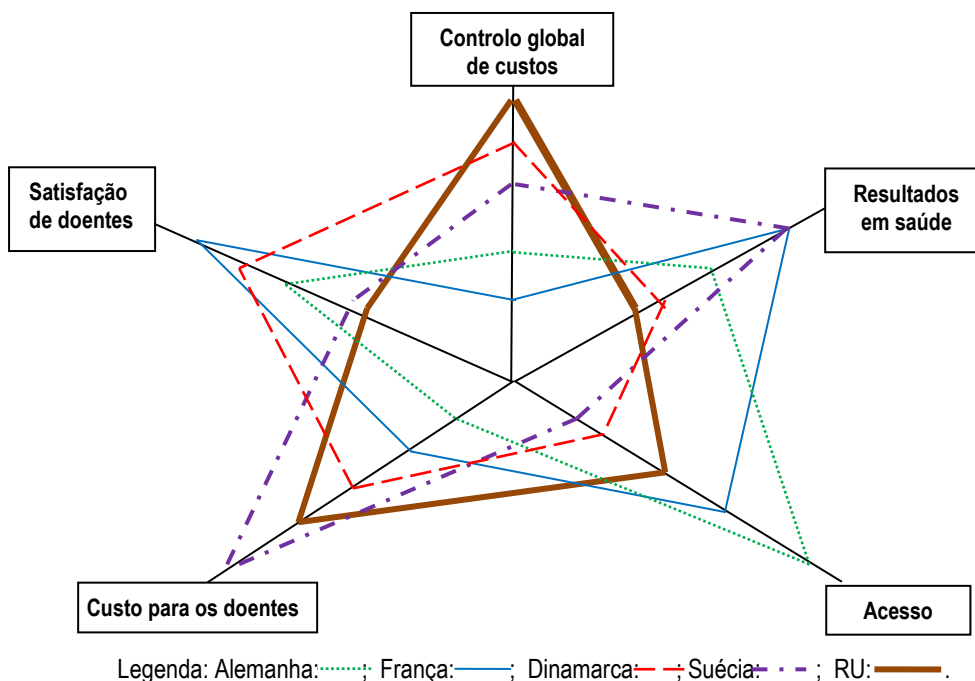
Porém, se avaliar um sistema de saúde nunca será uma tarefa fácil, comparar a *performance* de vários será ainda mais difícil. Primeiro, porque é diferente a valoração (política) de determinados resultados em cada país – por ex. valoriza-se mais a equidade que a liberdade de escolha – depois, porque são diversas as causas de variação dos resultados nos diferentes sistemas:

- i) Diferenças no estado de saúde dos doentes à admissão;
- ii) Meio ambiente externo (ex. geografia e dificuldade de acesso);
- iii) Recursos usados (ex. combinação de médicos, enfermeiros e tecnologia);
- iv) Diferentes prioridades, relativamente aos objectivos medidos;
- v) Eficácia do sistema a atingir aqueles objectivos;
- vi) Erros de dados (recolha ou transmissão);
- vii) Definições e tratamento estatístico usado;
- viii) Aleatoriedade (Smith, 2002a).

Um trabalho recente concluiu que os sistemas de seguro social apresentavam piores resultados que os *Beveridgianos* no controlo global de custos bem como no esforço financeiro exigido às pessoas, verificando-se o contrário no acesso; não se encontraram diferenças significativas nos resultados em saúde, empate no primeiro lugar (França, Suécia), e na satisfação de doentes, onde a Dinamarca aparece entre os países de seguro social (Or et al., 2009).

O gráfico seguinte ilustra os resultados dos cinco países envolvidos no estudo.

**Gráfico N° 7.1: Comparação da *performance* de cinco países<sup>142</sup> (Or et al., 2009)**



A consciência das debilidades dos sistemas de saúde levou os países a procurarem, ao longo do tempo, efectuar modificações que eliminassem ou minorassem os problemas sentidos.

Em sistemas baseados em serviço nacional de saúde os problemas, de acesso, de escolha do prestador e de qualidade dos serviços, foram abordados através de:

- a) Acesso:
  - i) Fixação de tempos máximos aceitáveis para a espera, programas específicos para recuperação de listas de espera e contratação com privados – estes conduzindo a expansão da oferta e a maior despesa;
  - ii) Por exemplo na Suécia estabeleceu-se: contacto com CSP no dia, atendimento por clínico geral numa semana e com especialista hospitalar em 90 dias; introduziram-se taxas moderadoras ou co-pagamentos por consulta.
- b) Escolha:
  - i) Definiram-se tempos a partir dos quais o doente podia optar por atendimento privado, estimulou-se a escolha nos CSP e hospitais (dentro da referência médica), contrataram-se prestadores privados como opção de escolha para os doentes (RU);
  - ii) Nalguns países, ex. Dinamarca, há co-pagamentos significativos em áreas de grande liberdade de escolha e difícil controlo (ex. medicamentos, fisioterapia).
- c) Qualidade e inovação nos serviços:
  - i) Separação de papéis do Estado (financiador, comprador, prestador), descentralização, empresarialização, contratualização, objectivos ligados a retribuição e à *performance* – conforme NGP adoptada na maioria dos países;

<sup>142</sup> Países são ordenados de 1 a 5, do pior ao melhor em cada objectivo.

- ii) Adopção de mecanismos de garantia e melhoria de qualidade, por ex. acreditação, definição de metas de qualidade e seu controlo.

Nos sistemas em que predomina o seguro social, as questões de controlo global de custos e de coordenação de cuidados, foram objecto das seguintes medidas: pagamento prospectivo dos hospitais baseados em grupos diagnósticos homogéneos; “*gatekeeping*”, ainda que não obrigatório, para melhorar a coordenação de cuidados, evitar uso inapropriado de serviços especializados e limitar o crescimento das despesas de saúde – há evidência de que a gestão de doentes pelos CSP, papel de *gatekeeping*, resulta em menores gastos em saúde, (Gerdtham *et al.*, 1998).

Todos os sistemas têm sido confrontados com o aumento constante das despesas de saúde a ritmos consistentemente superiores aos do crescimento do PIB e da receita pública (ex. nos EUA nas últimas décadas a taxa de aumento tem sido dupla da do PIB) o que tem consequências para a sustentabilidade do sistema; outras consequências são o impacto negativo na economia do défice do Estado (gerado pelo sistema) e, na EU, as que decorrem de exceder as balizas definidas no pacto de estabilidade económica.

Os factores que contribuem para aquele aumento de despesas são:

- a) Envelhecimento populacional. Com maior percentagem de idosos aumentam os gastos, através de taxa de utilização dos serviços de saúde maior que a média e pelo custo elevado de medicamentos para doenças crónicas e degenerativas;
- b) Aumento de cobertura. Maior âmbito populacional e inclusão de novas doenças e tratamentos no pacote de cuidados;
- c) Aumento de rendimento. Maior exigência (conforto, escolha, rapidez de acesso a recursos especializados), disponibilidade das pessoas para pagamento directo e maior oferta pública com maior riqueza do país – também maior indução de procura pela oferta, que gerará maior despesa;
- d) Baixa produtividade de factores em saúde, com elevada intensidade de trabalho altamente qualificado e com inflação superior à média;
- e) Inovação. Novas tecnologias são mais caras (ex. medicamentos), mais exigentes em pessoal qualificado (ex. RMN vs RX) e mais aditivas que substitutivas (PET e RMN<sup>143</sup>) (Simões, 2003; Simões *et al.*, 2008; Barros, 2008).

As medidas para contenção de gastos actuam na oferta e na procura – partilha de custos, definição de prioridades, promoção dos CSP e de prevenção da doença, visando evitar a doença (ex. vacinação) e modificar hábitos de vida – fumar, sedentarismo, obesidade, etc. (Ferreira, 2004).

O controlo da oferta pode ser visto nos serviços ou no sistema de saúde, incluindo medidas sectoriais com impacto na oferta de saúde, ex. fiscalidade. As principais medidas de controlo de despesas são:

- Controlar o volume de recursos no sistema - por ex., a formação de médicos e as camas hospitalares – e regular os preços, as condições dos serviços, os salários e requisitos dos prestadores;
- Substituir o pagamento por acto ou o reembolso de despesas dos hospitais por financiamento prospectivo, com ou sem envelope global, e usar a capitação em CSP;

<sup>143</sup> RX- radiologia convencional; RMN- ressonância magnética nuclear; PET- tomografia por emissão de positrões.

- Substituição de cuidados, nomeadamente internamento hospitalar por ambulatório programado e CSP, promoção de padrões e *boas práticas* clínicas (ex. protocolos);
- Racionalização da rede, por exemplo, concentrando a oferta hospitalar e a alta tecnologia;
- Introdução de mecanismos de mercado na produção pública (ex. separar o financiamento da prestação) e regular o mercado privado, por ex., definir padrões e fiscalizar, forçar os prestadores de cuidados a publicarem informação sobre a qualidade dos seus serviços;
- Limitar a comparticipação pública em produtos de controlo problemático e de eficácia não garantida;
- Controlo global do mercado do medicamento, incluindo o controlo da prescrição, a promoção de genéricos e a introdução de preços de referência (Mossialos e Le Grand, 1999; Pouvourville e Minvielle, 2002; OCDE, 2006a, 2006b).

### 7.1.2. Os cuidados de saúde

A saúde é considerada como um capital sujeito a depreciação mas que pode ser melhorado através do consumo de cuidados de saúde (Grossman, 1972).

A saúde será o resultado da actuação de vários factores<sup>144</sup>: genética; meio ambiente; condições económicas e sociais; educação, cultura e estilo de vida; cuidados de saúde. Alguns autores atribuem um peso significativo à genética e aos factores económico-sociais. Nestes incluem-se os dez determinantes sociais da saúde: classe social e ocupação, stress, começo de vida, exclusão social, condições de trabalho, desemprego, apoio social, adição, alimentação, transportes (Wilkinson e Marmot, 2003) - ver quadro 7.4 do anexo 1.

A análise económica estuda, não o bem *saúde* mas sim a procura derivada, os cuidados de saúde. Estes existem para gerar benefícios, directos para os doentes – informação e resseguro<sup>145</sup>, processo de tratamento, autonomia e escolha (decisão de tratamento), benefícios não médicos – e para os restantes cidadãos, valor da opção<sup>146</sup>, externalidades (Ryan e Shakley, 1995).

Desde 1963, com Arrow (1963), são conhecidas as **especificidades que impedem o mercado de cuidados de saúde** de atingir um equilíbrio como a teoria postula para os restantes bens. Essas especificidades são:

- 1) Procura de carácter irregular, imprevisível<sup>147</sup> e associada a riscos graves e substanciais (ex. vida) gerando vulnerabilidade, o que não permite comportamento racional;
- 2) Produto é um bem social, oferecido abaixo do custo, se produzido publicamente e bem semi-público (utilidade individual e externalidades positivas), heterogéneo – pelo que há vários mercados –, nalguns casos é indivisível e de consumo interdependente (ex. internamento com análises e outros produtos intermédios). Dada a complexidade dos cuidados o consumidor ignora o que necessita;
- 3) Na oferta há limitações à entrada, através do licenciamento e acreditação, dimensão do investimento e especialização no caso de hospital – existem também algumas barreiras à saída, por ex. hospital de grande impacto no emprego e economia local. O médico (instituição de saúde) não actua como “*maximizador*” de lucros, antes com atitude ética e preocupação com a saúde da comunidade. Como serviço pessoal não é passível de teste antes do

<sup>144</sup> Segundo o Instituto Nacional de Saúde de Estocolmo (1997): comportamentos; ambiente; aspectos sociais; serviços de saúde.

<sup>145</sup> *Resseguro* quando a informação permite eliminar a angústia da doença, por ex., check-up de cancro da mama ou do cólon.

<sup>146</sup> Opção de poder usar os serviços de saúde em caso de necessidade.

<sup>147</sup> Arrow (1963) engloba na incerteza o risco (estados e probabilidades são conhecidos) e a assimetria de informação.

consumo, o que impõe relação de confiança forte. Os cuidados de saúde integram-se num *continuum* de cuidados e não apenas numa relação consumidor-produtor, integração vertical incompleta como refere Evans (1981);

- 4) Racionalidade do consumidor não existe, porque o doente nem sempre está consciente da doença e em posição de decidir (ex. doentes mentais) e, por regra, não sabe os cuidados e a qualidade que necessita, quanto custam ou o impacto na saúde (assimetria de informação face ao médico) – há ainda risco moral no consumo de cuidados de saúde, por ex. comportamento descuidado gera maior procura e como não paga o preço pode haver maior consumo que o esperado;
- 5) Externalidades positivas, traduzindo-se em utilidade directa para o próprio e para os outros pela preservação da saúde (ex. doença infecciosa), e criando utilidade indirecta por uma questão ética (preocupação com os outros) e de orgulho de pertencer a país solidário e com sistema eficaz;
- 6) Práticas de preço não tradicionais. Nos cuidados de saúde é frequente a discriminação de preços conforme a capacidade de pagar;
- 7) Outras especificidades. Saúde distingue-se por fortes juízos éticos e presença de entidades não lucrativas (Arrow, 1963; Culyer, 1981; Campos *et al.*, 1987; Matias, 1995; Dixit, 2002; Tuohy, 2003; Barros, 2009).

Também o mercado de seguros de saúde padece de vários problemas, segundo a posição de Arrow (1963) discriminada no quadro nº 7.5 do anexo 1: risco moral do doente e do médico; coexistem 3 formas de seguro, comprovando a inexistência de concorrência perfeita; controlo por terceira parte; custo administrativo elevado incentiva a difusão e constituição de seguros obrigatórios; agregação de riscos sem discriminar o prémio gera redistribuição de rendimento no seguro obrigatório e no pagamento por impostos.

Quais são as consequências destas especificidades?

- a) O desconhecimento do doente e o alto custo do erro de apreciação leva-o a:
  - Delegar toda a autoridade de decisão no médico, colocando-o no centro da decisão nos cuidados de saúde, numa relação de agência *imperfeita*<sup>148</sup>. Pode haver deterioração da qualidade e outros problemas de agência, o que leva o Estado a intervir forçando a publicação de informação;
  - Procurar algum tipo de seguro, porém as seguradoras irão tentar gastar menos e evitar o risco moral do doente, seleccionando doentes e evitando pagar parte das contas;
- b) Médico pode incorporar as suas preferências, para além das do doente, provocando indução da procura;
- c) A competição entre médicos faz-se através do preço, quando o mercado é dominado por seguradoras, e pela qualidade e por factores não ligados ao preço – localização, referência de colegas, reputação, amenidades –, se o mercado é dominado por médicos (Rivers e Glover, 2008).
- d) A limitação de decisão do médico ocorre por mecanismos profissionais (auto-regulação e por pares), e também por regras gerais e contratos que especificam o volume, a qualidade e o custo (Tuohy, 2003);

<sup>148</sup> *Imperfeição* porque a decisão do médico baseia-se em informação transmitida pelo doente (com omissões, enviesamento, problemas de comunicação) e porque a terapêutica fica nas mãos do doente (aceitar ou não, grau de adesão) Matias (1995).

- e) A presença de uma entidade seguradora – seguro privado, social ou o Estado – modifica o jogo da procura e oferta, como existe noutros sectores, e a existência de externalidades levam o Estado a intervenção directa<sup>149</sup> (Barros, 2009);
- f) A intervenção do Estado e a importância atribuída pela população à saúde, como um direito e um dever de cidadania, conduzem à sua politização e mediatização;
- g) Porque as incertezas são muitas, com consequências tão importantes, o mercado não consegue atingir um óptimo e a Sociedade irá reconhecer o *gap*, o que leva à criação de instituições não mercantis para o ultrapassar (Arrow, 1963).

Por outro lado a produção, distribuição e avaliação dos cuidados de saúde é complexa e efectiva-se num ambiente que não o é menos. Aceita-se pacificamente a dificuldade de medir a produção devido a:

- a) Multiplicidade de resultados – longevidade e morte, estabilidade fisiológica, complicações, doenças crónicas e disfunções (morbilidade), estatuto funcional e incapacidade, desempenho funcional, qualidade de vida, custos de tratamento, utilização de serviços de saúde e demora média;
- b) Necessidade de ajustar a produção pelo risco e de considerar diversos factores que o geram, no entanto em 2004 existiam pelo menos onze métodos diferentes de ajustamento (Costa, 2005).

Num sector muito regulado – qualidade, licenciamento e acreditação, proibição de publicidade – exige-se à gestão, simultaneamente, maior escolha, qualidade, inovação, eficiência e controlo de custos. Só que a gestão na saúde não domina o processo de produção e distribuição, ao contrário de outras indústrias em que os gestores de produção e de marketing são os especialistas desses processos.

Na saúde produz-se em cadeia de serviços, seja entre os que prestam cuidados em diferentes estádios – cuidados de saúde terciários, secundários e primários, cuidados de convalescença, de reabilitação e cuidados sociais – ou, no mesmo, dentro da hierarquia e complementaridade de cuidados, como numa rede de referência hospitalar. Múltiplas unidades de saúde promovem a liberdade de escolha e a equidade mas podem conduzir a fragmentação de cuidados<sup>150</sup> – autonomia sem coordenação clínica –, e a um mau desempenho global, medido em acesso, custo para a comunidade, qualidade técnica e satisfação de doentes.

Por isso impõe-se como um requisito essencial da saúde a coordenação externa de cuidados a qual será efectuada pelos clínicos em processo com ampla variabilidade, função de cada doente e das condições locais para continuidade de cuidados. A coordenação e a integração clínica visam, entre outros objectivos, garantir a continuidade de cuidados ao doente, de acordo com as suas necessidades e preferências.

Resumem-se de seguida os principais conceitos usados.

**Autonomia:** *“cada parceiro trabalha de modo independente relacionando-se com os outros em situações específicas”* (WHO, 2000b).

**Coordenação de cuidados:** *“parceiros com diferentes experiências funcionam num quadro de relações de trabalho acordado com vista a reduzir a duplicação desnecessária e a otimizar a*

<sup>149</sup> Também para contornar a falência do mercado, regular a actividade dos diversos agentes e minorar a assimetria de informação.

<sup>150</sup> Como consequência assiste-se à substituição, indevida, de CSP por cuidados hospitalares, e nestes, de consulta programada por emergência e internamento, com retenção indevida de doentes neste nível de cuidados – como é o caso de Portugal.

*produção global*” (WHO, 2000b).

**Integração de cuidados:** “conjunto coerente de métodos e modelos, nos níveis de financiamento, administrativo, organizacional, clínico e de prestação de serviço, desenhado para criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro e entre serviços de cuidados e de tratamento” (Kodner e Speeuwenberg, 2002). Sublinha-se, de acordo com a teoria dos sistemas, a organização da colaboração e da cooperação de partes do sistema (pontos de cuidados, especialidades e profissionais) para a consecução de objectivos comuns e orientação para o doente.

**Integração de organizações:** por propriedade ou gestão, por contrato ou por redes estratégicas (Lega, 2007).

**Integração de gestão:** quando se reúnem sob a mesma gestão, ou poder accionista, serviços e unidades diferentes. Pode ser **vertical**, coordenação de serviços ou unidades que operam em estádios diferentes no processo de cuidados (ex. hospitais e CCI), ou **horizontal**, quando as unidades se situam no mesmo estádio no processo de cuidados.

**Integração virtual:** processa-se fora de qualquer poder accionista ou de gestão, tratando-se de um conjunto de relacionamentos entre unidades estabelecidos de modo duradouro para colaboração dentro de um sistema, garantindo a coordenação de cuidados e cooperando para melhor uso global de recursos.

**Continuidade de cuidados:** “*grau em que uma série de eventos de cuidados de saúde são vividos como coerentes e ligados e consistentes com as necessidades do doente e o seu contexto pessoal*” (Haggerty *et al.*, 2003). Para os autores citados trata-se de apreciar, na óptica do doente, ao longo do tempo e em diversos contactos, como a coordenação e integração de cuidados funcionou – relativamente à informação, à gestão de cuidados e à relação.

**Sistemas integrados de cuidados (IDS):** “*fornecem ou visam fornecer um continuum coordenado de serviços a uma determinada população e estão disponíveis para ser clínica e financeiramente responsáveis pelos resultados e estado de saúde da população servida*” (Shortell *et al.*, 2000). Entendemos “serviços” como os “*cuidados em diferentes estádios*” já especificados.

O desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia médicas e a mudança do paradigma epidemiológico conduziram a mudanças na prática médica – especialização, prática em grupo (Organização), equipas multidisciplinares – o que, por sua vez, resultou na fragmentação de cuidados, interna (diferentes especialistas, funções e profissionais) e externa (Plochg e Klazinga, 2002).

A produção de cuidados de saúde deverá evoluir para o reforço da ênfase em cuidados de saúde integrados e compreensivos, na participação activa do doente na sua saúde (ex. auto-cuidados), na predominância dos generalistas sobre os especialistas e da equipa de cuidados sobre o prestador individual, vide quadro nº 7.6 do anexo 1 (Shortell e Kaluzny, 1997).

Na verdade em vários países a evolução foi marcada pelo livre estabelecimento e pela competição, o que conduziu à coexistência de diferentes modelos: além de unidades autónomas, que tendem a provocar fragmentação de cuidados, as IDS, que promovem a integração de cuidados.

As IDS visam a apropriação e o uso eficiente de cuidados diferenciados, extrair o melhor proveito dos CSP e fornecer cuidados que garantam os maiores ganhos de saúde dos recursos envolvidos. A resposta funcionará melhor com financiamento por capitação, o qual reforça a necessidade de gerir a procura, deslocando-a para o estádio e unidade onde tenham maior eficácia e para o prestador mais capaz e experiente para o problema específico (Lega, 2007).



Há evidência de benefícios substanciais destes sistemas, nos resultados em saúde, na aceitabilidade dos cuidados e na eficiência global do sistema (PAHO, 2008). Noutro estudo compararam-se os resultados obtidos pelo NHS com os de uma IDS<sup>151</sup>, a *Kaiser Permanent*, concluindo-se por vantagens desta em acesso, aceitabilidade e menores taxas de admissão a internamento hospitalar (Porter e Kellog, 2008). Tendo em conta o peso crescente dos doentes crónicos, em número e importância dos custos para o sistema de saúde, justifica-se ainda mais a opção de organização de cuidados em IDS.

Pela sua importância resumimos, na caixa nº 7.1 no anexo 1, as opções de integração dos cuidados de saúde, incluindo soluções de gestão de cuidados (HMO e PPO) e as soluções de gestão integrada de cuidados (hospitais e CSP) do tipo das ULS em Portugal.

Nalguns serviços de saúde, como no hospital, a complexidade do processo de produção é muito elevada e exige coordenação interna, entre vários grupos profissionais altamente qualificados, inúmeras especialidades e serviços.

Os grupos profissionais (ex. médicos) têm poder elevado, fruto sobretudo da formação especializada, constituindo-se em profissão autónoma e auto-regulada que “*determina os domínios principais de prestação de contas, especifica as áreas incluídas e os critérios em cada domínio, e controla os procedimentos de prestação de contas, especialmente os processos formais*” (Emanuel e Emanuel, 1996).

Os cuidados de saúde são um sector muito politizado e sujeito a escrutínio exterior, nomeadamente dos *media* e da população, que funcionam com mercados de factores difíceis, uns rígidos (ex. médicos) outros oligopolistas (ex. farmacêutico), pelo que não é fácil a sua racionalização.

Os valores da saúde (*confiança, colaboração, compaixão, continuidade*) concorrem para as suas características únicas e permitem afirmar que é um bem “*não de mercado*” (Emanuel e Emanuel, 1996).

Na produção pública coexistem múltiplos objectivos, incluindo emprego e rendimento da comunidade, boas condições de trabalho, e a gestão responde perante vários principais – ex. *Autarquias* e doentes. Por vezes o Estado assume vários papéis simultaneamente (regulador, financiador, fiscalizador, accionista, prestador), o que também não facilita a racionalização.

No contexto descrito a cooperação em saúde impõe-se, enquanto a competição tem um papel mais limitado, o que não facilita a assunção de riscos, a inovação e a melhoria de processos impulsionada pelo mercado.

Avaliar os resultados em saúde não é fácil, tendo em conta a referida complexidade interna, a produção e distribuição em cadeia de serviços, o efeito do tempo na dilação dos impactos e a intervenção doutros factores na saúde. Assim, por exemplo, para a medição da produção não basta contar os produtos de um hospital, é necessário ajustá-los pelo risco, considerando “*factores... como sejam: demografia, forma de admissão, co-morbilidades e execução de determinados procedimentos*” *HealthGrades2009*, pág. 9.

---

<sup>151</sup> IDS: *Integrated Delivery System*; HMO: *Health Maintenance Organizations*; ULS: *Unidades Locais de Saúde*; PPO: *Preferred Provider Organizations*.

A **prestação de contas em saúde** apresenta também especificidades que analisaremos de seguida. A prestação de contas faz-se para o conjunto de actividades por que se é responsável e inclui a obrigação de responder (prestar informação, explicar e justificar as acções e decisões) e as sanções por não cumprimento (leis/regras, objectivos) ou por não tomar as acções e decisões apropriadas (Emanuel e Emanuel, 1996; Tuohy, 2003; Brinkerhoff, 2004). Segundo esses autores a prestação de contas é mais difícil na saúde devido aos seus problemas específicos – assimetria de informação, dificuldade de avaliar o produto, alto custo do erro, *gaps* de *reporting* e de sanção –, aos conflitos de interesse e à multiplicidade de relações que se estabelecem. A prestação de contas visa garantir o uso dos recursos dentro do previsto – dentro da missão e finalidade da organização, da autoridade, das regras, das leis, das boas práticas e valores –, evitando o abuso e mau uso, apoiar a aprendizagem e promover a melhoria.

A prestação de contas em saúde integra três elementos:

- a) Quem: doentes, público, sociedade, media; Estado, reguladores, financiadores; médicos e outras profissões clínicas, suas Ordens e associações; hospitais e outros serviços de saúde; outros - Seguradoras, empregadores, pagadores privados.
- b) O quê: padrões clínicos, competência profissional, conduta ética e legal; *performance*, financeira e não financeira, governação organizacional; orientação para o doente, equidade e adequação do acesso; promoção da saúde pública, responsabilidade social e benefício comunitário.
- c) Como: mecanismos formais e informais<sup>152</sup>, para avaliar o cumprimento nos domínios e para disseminar a avaliação e as respostas às partes (Emanuel e Emanuel, 1996; Checkland *et al.*, 2004).

Há três modelos de prestação de contas na saúde (profissional, económico e político), ver quadro nº 7.7 no anexo 1 extraído de Emanuel e Emanuel (1996).

Considerando as especificidades da saúde, já referidas, justifica-se equilibrar os mecanismos de controlo intrínseco (autonomia profissional, valores e normas de conduta ética) com os extrínsecos – incluindo os contratos de *performance* e a definição de objectivos e metas – nacionais, regionais, institucionais – nas áreas principais. Doutro modo poderá aumentar a irresponsabilização dos médicos, o consumismo, os actos inapropriados e a despesa improdutivo. Sobre este assunto veja-se, na figura nº 7.1 no anexo 1, a interpretação de Rowe e Calnan (2006) da evolução da confiança e do controlo/prestação de contas no RU.

### 7.1.3. Especificidade dos hospitais e da sua gestão

Depois de termos analisado o enquadramento externo do hospital, veremos agora o seu papel, natureza, objectivos e características próprias. Na parte final deste ponto abordaremos as especificidades da gestão do hospital.

A origem do hospital perde-se no tempo, porém nas últimas décadas experimentou uma evolução assinalável no seu papel, como base de cuidados agudos diferenciados, e no sentido de maior carga tecnológica, de maior intensidade e integração de cuidados, ver no anexo 1 o quadro nº 7.8.

<sup>152</sup> Vai de contratos detalhados a influência informal de doentes e médicos nos hospitais.

O hospital produz cuidados<sup>153</sup>, ensino<sup>154</sup> e investigação em saúde. Da sua actuação resultam outras vantagens, nomeadamente apoio ao sistema de saúde, contribuição para a melhoria do emprego e da economia<sup>155</sup>, bem como para a coesão da Sociedade e para maior legitimidade do Estado.

Começaremos por recordar as opiniões avalizadas de dois *gurus* da gestão sobre o hospital, para depois procurarmos o que as suporta e justifica.

*“Gerir a mais complicada empresa pode por vezes parecer uma brincadeira de crianças comparado com tentar gerir qualquer hospital”* (Mintzberg e Glouberman, 2001).

*“A explicação óbvia é que (sistemas de cuidados) são um dos mais complexos sistemas conhecidos da sociedade contemporânea. Os hospitais, em particular, são considerados como organizações extremamente complicadas”* (Glouberman e Mintzberg, 2001a).

*“O melhor exemplo (de PEO<sup>156</sup>) é o hospital – no conjunto a organização humana mais complexa alguma vez concretizada”* (Drucker, 2002).

O hospital é uma organização de profissionais com um número avultado de “*trabalhadores do conhecimento*”, de elevada qualificação e especialização, os quais constituem uma fonte de vantagem competitiva mas cuja gestão eficaz constitui um desafio (Drucker, 2002). No hospital “*cada uma das especialidades tem as suas regras e regulamentos, requisitos educacionais e processos de acreditação... cada uma espera – e necessita – alguém mais acima que compreenda o que o grupo está a fazer, que equipamentos necessita, e qual deve ser o seu relacionamento com médicos, enfermeiras e pessoal administrativo*” (Drucker, 2002). A confluência de grupos profissionais reforça a necessidade de descentralização e de coordenação das suas intervenções.

Alguns autores questionam se os hospitais constituem uma *indústria* (empresas com produtos substitutos e/ou processos de produção semelhantes), tal é a variedade dos produtos do sector (alguns sem substitutos) e do *mix* em cada hospital<sup>157</sup>, mas também pela ampla gama de processos de produção e diferenças na sua propriedade, âmbito e papel que influenciam a sua conduta e desempenho (McGuire, 1985).

Nos produtos existe uma ampla variedade na produção final, com mais de 500 GDH no internamento e um número ainda maior nas restantes actividades finais (ex. consulta), bem como na produção intermédia, clínica (ex. laboratório) e de apoio (ex. alimentação). O hospital produz entre 600 e 1500 tipos de hospitalização diferentes<sup>158</sup>, dependendo do grau de agregação (Pouvourville e Minvielle, 2002). Um dos problemas específicos dos hospitais é a definição da sua produção, existindo problemas de concepção e de medição.

Quanto aos processos internos de produção não será fácil conciliar os requisitos da alta tecnologia e as restrições ditadas pela elevada fixidez nos recursos, com a produção de cuidados, humanos e talhados à medida de cada doente, considerando ainda que se compõem por vários produtos intermédios provenientes de diversas unidades internas. Como reconheceu Drucker (1974), págs. 204 e 205: “*O hospital necessita de produção de produtos únicos, os cuidados ao doente só podem ser fornecidos nessa base, ... ao mesmo tempo, os serviços médicos, do RX ao laboratório..., têm que ser organizados essencialmente numa flexível produção em massa. E, ainda, tudo isto tem que*

<sup>153</sup> Agudos e diferenciados, curativos e de reabilitação, em ambulatório (programado, urgência), internamento e domiciliário.

<sup>154</sup> Ensino pré e pós-graduado, formação inicial e contínua.

<sup>155</sup> Emprego próprio e derivado nos fornecedores. Evitar a doença e manter a produtividade da força de trabalho nacional.

<sup>156</sup> *Professional Employee Organizations*.

<sup>157</sup> E, ainda, pela diferenciação e composição dos produtos.

<sup>158</sup> Maior variedade porque aplicada a pessoas com características genéticas, sociais e comportamentais diferentes, Minvielle (2003).

*ser integrado num hospital, numa gestão e num processo, e tem que ser fornecido ao mesmo doente à sua cabeceira*".

A propriedade e gestão do hospital são diversas (serviço estatal, empresa lucrativa ou não lucrativa) como o são o âmbito geográfico (ex. central ou local) e o papel desempenhado (ex. hospitais gerais ou especializados) – assim os objectivos, os valores e os comportamentos dos agentes envolvidos serão igualmente diversos.

Como o hospital é uma entidade não lucrativa na maioria dos países, há uma grande distância do pressuposto de concorrência entre empresas visando o máximo lucro através da *mão invisível* do mercado.

De seguida apresentamos um resumo de argumentos, baseado em McGuire (1985) e Costa e Reis (1993).

- No hospital o serviço prestado substitui o lucro como objectivo principal, existindo uma perspectiva social mais ampla que em empresas lucrativas.
- Hospital tem duas linhas de decisão, administrativa e clínica, e a função empresário não existe em não lucrativos. Estrutura interna determinada por critérios clínicos e administrativos.
- A função de gestão espalha-se por diversos agentes, externos (ex. regulador, financiador e comprador) e internos (gestão, médicos), e não se verifica no hospital o pressuposto "black box" da empresa funcionando como unidade de decisão individual. Devido a interferências na decisão (ex. políticas) há ambiguidade e a racionalidade não está garantida em nenhum nível de decisão.
- Lucro não é critério único de decisão (na empresa sim) e sendo o hospital uma entidade multi-produtos é o resultado global que conta, não o de cada unidade<sup>159</sup>. A eficiência técnica é condição necessária mas não é suficiente para haver eficiência económica (ex. inapropriação).
- Grandes assimetrias de informação vs informação completa difundida para os agentes do mercado.
- Consumidor não está informado e não paga o preço (o qual tem pouco ou nenhum papel na saúde), podendo haver risco moral do consumidor.
- Predominam as relações não mercantis que inibem o comportamento competitivo e há uma multiplicidade de agentes (vs consumidores e produtores) no mercado de saúde, que não é independente do hospital.
- Mercado do hospital quando não é de monopólio, é de oligopólio com barreiras à entrada (substanciais se no mercado, decisões em grande parte externas ao hospital se em SNS) mas também à saída.

Relativamente à função objectivo do hospital torna-se necessário separar dois modelos: hospital serviço público (corresponde ao SPA em Portugal); hospital empresa (EPE em Portugal).

No primeiro vigoram os pressupostos e regras burocráticas que nos dizem que é difícil medir a produção o que leva a usar o orçamento, não totalmente ligado à actividade, como mecanismo de controlo e para mitigar a assimetria de informação em desfavor do Estado. A gestão e os médicos convergem em objectivos de aumento de meios e de dimensão do hospital, procurando politicamente influenciar a afectação de recursos.

No modelo empresarial procura-se maximizar simultaneamente a quantidade e qualidade do produto sujeita a restrição global de recursos (Reder, 1965; Newhouse, 1969; Feldstein, 1971; Sloan *et al.*, 1990; Hoerger, 1991). A função objectivo apresentada por Goldfarb *et al.* (1980) incluía

<sup>159</sup> Alguns produtos terão que oferecer-se, ainda que com prejuízo (função social, objectivos públicos).

aqueles objectivos num conjunto multidimensional –  $U = f$  ( $n^\circ$  admissões, *case-mix*, qualidade, lucro) –, que obrigava a consenso entre os decisores do hospital (gestão, médicos), com delegação aos médicos da responsabilidade pela política médica, incluindo das admissões, da demora média e da qualidade.

O serviço em quantidade e qualidade, não o lucro, será então o *leitmotiv* do hospital. Porquê?

A maximização do produto é desejada à partida – externalidades e cuidados de saúde como um direito – e fundamenta os privilégios concedidos, nomeadamente a isenção de impostos, por isso a discriminação de preços é socialmente aceitável (Newhouse, 1969). A maximização da qualidade decorre de não haver objectivo de lucro e de este não funcionar como critério de avaliação – BOD e gestão procuram então o prestígio, que depende da dimensão do hospital e da qualidade dos seus cuidados. O estatuto *não lucrativo* atrai pessoas com objectivos altruístas e maior interesse na qualidade (virtuosismo técnico, servir a sociedade, etc.); a necessidade de cumprir os pressupostos daquele estatuto explicaria o restante (Glaeser e Shleifer, 2001).

Resumem-se de seguida as especificidades dos hospitais:

- a) **Objecto.** Uma pessoa e a preservação da sua vida e equilíbrio estão em causa, o que se sobrepõe a outras questões, por ex. administrativas. O doente é simultaneamente um *input* sobre que se age, um parceiro e um produto – parceiro na prestação de informação e decisão sobre alternativas de terapêutica, produto como doente curado do internamento, por ex;
- b) **Procura.** Incerteza e peso elevado de procura urgente, para além do que é normal noutras actividades e exigindo resposta imediata, e outra não diferível ou programável;
- c) **Operações.**
  - i) O trabalho é altamente variável e especializado, exigente em conhecimento, interdependente, requerendo a coordenação de diversos agentes (internos, externos) e ajuste permanente às necessidades, preferências e reacções do doente concreto. A normalização integral é por isso impossível e a convivência com diferentes processos e uso de recursos é constante;
  - ii) A multiplicidade de profissionais, unidades e produtos<sup>160</sup>, associada à impossibilidade de padronizar e tudo regular, gera ambiguidade e elevada probabilidade de erro ou omissão. Porém a tolerância ao erro é diminuta, porque está em jogo a vida do doente, reputação de prestadores e do hospital;
  - iii) Os cuidados prestados são bens públicos e associáveis (ensino e investigação) ou com elevadas externalidades positivas – daí a intervenção do Estado na regulamentação e financiamento.
- d) **Profissionais.** Altamente qualificados, com elevada autonomia técnica<sup>161</sup> e maior lealdade à profissão (especialidade) que ao hospital.
- e) **Gestão e avaliação.**
  - i) Há duas linhas de autoridade (clínica, gestão) o que cria confusão e ambiguidade de decisão, problemas de coordenação e de prestação de contas;
  - ii) Gestão tem reduzida influência ou controlo sobre o uso de recursos, determinado na maior parte pelos prescritores (médicos);

<sup>160</sup> Carácter multi-produto acentuado, pelo  $n^\circ$  elevadíssimo de produtos finais, e também intermédios, talhados à medida de cada doente, e produção inserida em integração vertical incompleta.

<sup>161</sup> Consagrada nos princípios dos Serviços Nacionais de Saúde, seriamente defendida pela classe na prática em todos os países.

- iii) Não é fácil medir a produção, a qualidade e a eficiência das múltiplas operações, visto que o hospital é um produtor multi-produtos de serviços pessoais a adequar a cada doente concreto (Fottler 1987; Pouvourville e Minvielle, 2002; Costa, 2005; Shortell e Kaluzny, 2006).

O que torna o hospital tão complexo e de difícil gestão não é cada uma das especificidades apontadas, antes a combinação de todas elas (Fottler, 1987; Shortell e Kaluzny, 2006). Por exemplo nas universidades também há profissionais altamente qualificados, grande assimetria de informação, dificuldade de comparar produtos, mercado oligopolista e com concorrência limitada. Porém a complexidade das operações na Universidade é menor que a do hospital – na necessidade de coordenação entre profissionais e unidades, no ajustamento do produto a cada doente, no risco para a vida –, não existe o peso do atendimento urgente, os produtos não são tantos nem tão heterogéneos e a coordenação externa é menos importante.

Depois o ambiente externo é sempre muito exigente, pela integração do hospital no sistema de saúde e pela especificidade do bem e do mercado de cuidados de saúde, como vimos anteriormente. O hospital sente de modo especial os designados *desafios comuns dos sistemas de saúde*: envelhecimento da população, mudança no padrão de doenças (maior peso de doentes crónicos e com problemas multifunções), novas tecnologias dispendiosas, expectativas dos doentes/consumidores, mudança de padrões do emprego e das contribuições para a segurança social, austeridade no Estado social (Hervey, 2008). Poderíamos ainda acrescentar que do hospital o consumidor não exige muito, mas sim tudo, aqui e agora. Não se basta com significativos benefícios, antes ambiciona a recuperação total, mesmo para além dos limites do praticável, sobre os quais, de resto, tem escassa ou nula informação.

A gestão de um hospital é tarefa complexa considerando as especificidades do hospital, já referidas, e a importância de:

- Considerar e, se possível, integrar e unificar as diversas estratégias dos grupos profissionais e dos serviços de especialistas;
- Concretizar uma estratégia que adapte o hospital às necessidades impostas pelo Meio exterior e à evolução necessária da estrutura e dos recursos internos;
- Articular os vários papéis do hospital – cuidados, ensino, investigação, com empregador exemplar, para referir apenas um dos restantes papéis;
- Responder aos múltiplos *stakeholders* do hospital com interesses conflitantes, incluindo às pressões políticas, dos *media* e dos grupos profissionais mais influentes;
- Reformular os sistemas de gestão e a estrutura interna, criar ambiente em que os profissionais e as unidades operativas possam desenvolver-se e ser excelentes;
- Preservar a autonomia profissional (técnica) e unir as diferentes profissões em torno de objectivos comuns de melhorar o hospital e o tratamento do doente;
- Comunicar, motivar e desenvolver os profissionais e os responsáveis pela gestão, nos diferentes níveis, para garantir a concretização dos objectivos e projectos do hospital e aumentar o seu potencial;
- Planear, organizar e controlar as operações de modo a garantir a eficiência e a qualidade dos actos, mantendo o equilíbrio financeiro do hospital.

Quais são as principais dificuldades e desafios com que a gestão se confronta nos hospitais?

A gestão não detém o conhecimento técnico sobre os processos operacionais e seus produtos, tem

dificuldade de actuar como empreendedor, na procura da inovação e pesquisa de oportunidades de transformação profunda como oportunidades para iniciar mudança. Depois algumas unidades não têm qualquer competição (ex. alta tecnologia, transplantes), o que lhes retira risco e pressão para melhoria contínua da eficiência e da qualidade de serviço. O hospital é um produtor multi-produto, o que permite economias de escopo mas também de escala e experiência. Para as colher haverá que esclarecer os profissionais da importância de a unidade ter a dimensão mínima para ser viável e, no seu funcionamento corrente, ser económica, para além de adequada às necessidades do doente.

As dificuldades da gestão podem aumentar na produção pública devido ao hospital:

- Ser uma instituição com multi-principais e devido às questões que resultam da ambiguidade do accionista Estado quanto aos objectivos e prioridades;
- Ser uma empresa pública, com as limitações de risco características, e de não funcionarem, ou de funcionarem deficientemente, os mecanismos previstos para os hospitais empresa – por ex. regulação e contratação, controlo e avaliação, motivação dos profissionais (incentivos).
- Funcionar com uma burocracia de profissionais, com cultura vincada e experiência de função pública, com rigidez e segurança de emprego, resistência à mudança. Assim, a flexibilidade e inovação que se espera da gestão nos hospitais empresa poderão ser enfraquecidas por centralismo de decisão, aversão ao risco e poder de profissionais e grupos de influência.

A inexistência de prestação de contas interna, da gestão intermédia e operacional, é um dos pontos que, por regra, enfraquece a capacidade de o hospital melhorar e se transformar.

Não é difícil identificar as principais questões no hospital público: dificuldade de medir a *performance* (ex. produção, qualidade, resultados em saúde); falta formação em gestão e medição à maioria dos líderes clínicos; relutância<sup>162</sup> dos clínicos em definir metas e padrões de *performance* (clínica, gestão) e em participar na avaliação periódica; as dimensões de *performance* têm diferente importância (ponderação) nas várias unidades; alguma indefinição de papéis e responsabilidades; inexistência de relação entre o sucesso, o reconhecimento e a retribuição.

Também merecem referência – e os Governos e os ministérios da Saúde e da Finanças não podem enjeitar as responsabilidades que lhes cabem – as debilidades dos sistemas dos hospitais (ex. objectivos e avaliação) e o pouco investimento da gestão no comprometimento clínico em áreas nevrálgicas: estratégia e sua concretização, definição de modelos de avaliação e retribuição, definição e manutenção de indicadores, projectos de mudança e melhoria de qualidade, entre outras.

A gestão do hospital, em sentido amplo, como gestão global e governação em sentido estrito (BOD), quando exista, é a responsável pela efectivação da prestação de contas do hospital perante os *stakeholders*, nomeadamente, compradores e financiadores, reguladores, seguradoras, Estado, doentes, profissionais do hospital, população e seus representantes. Para isso deverá evidenciar-se:

- Cumprimento da lei e das regras aplicáveis, respeito pelos princípios do sistema de saúde<sup>163</sup> bem como pelos valores e código de ética do hospital;
- Forma como se cumpriu a missão e a estratégia, se concretizou a supervisão da gestão e se garantiu a qualidade e o equilíbrio do hospital;
- As estruturas, projectos e resultados concretizados na actividade essencial do hospital (prestar

---

<sup>162</sup> Decorrente dos valores e cultura profissional mas também do receio de poder ser controlado e manipulado?

<sup>163</sup> Do SNS ou, em situações onde não existam, pelos princípios expressos em Smith *et al.* (1999), por exemplo.

bons cuidados): facilitar o acesso equitativo aos serviços, garantir a segurança, a qualidade e a prevenção de riscos ambientais;

- Colaboração do hospital para a melhoria de saúde da comunidade, para melhor cooperação e coordenação com outros prestadores, para o desenvolvimento e satisfação dos seus profissionais;
- *Performance* obtida e resultados de avaliação externa – acreditação, auditoria e inspecção.

A prestação de contas dos responsáveis pela gestão global do hospital deve fazer-se essencialmente perante os accionistas (Estado no SNS) e nos termos previstos no contrato de gestão previamente assinado por ambos.

A governação do hospital em sentido estrito, o seu *Board of Directors* (BOD), apresenta também especificidades face à das empresas, como veremos no ponto 7.5. Na generalidade dos hospitais integrados em SNS existe BOD separado da gestão global do hospital, normalmente equipa constituída pelo seu representante máximo: CEO. A situação em Portugal não é essa o que tem vantagens e desvantagens que analisaremos oportunamente. Para já será apenas de concluir que a estrutura do hospital, incluindo o seu vértice, deve ser a que melhor se adequa aos objectivos estratégicos, considerando o seu enquadramento no SNS.

#### 7.1.4. Conclusões

Parece haver alguma convergência nos sistemas de saúde com tendência para:

- O financiamento global do sistema abranger toda a população, seja através de impostos ou de seguro colectivo, e o dos serviços passe a prospectivo e compreensivo – por capitação em CSP e unidades integradas de prestação de cuidados.
- Maior responsabilização dos doentes via taxas moderadoras e co-pagamentos, acompanhada de maior liberdade de escolha e preocupação com as necessidades e preferências dos doentes;
- Utilização de mecanismos de mercado e regras da gestão privada nos SNS – incluindo avaliação económica, uso de objectivos e remuneração em função do desempenho –, contratação com o sector privado, nomeadamente na produção intermédia;
- Adopção de *gatekeeping* – o que realça o reconhecimento da importância da apropriação dos cuidados de saúde – nos sistemas *Bismarckianos* e aumento de equidade, garantindo um mínimo de cuidados às pessoas e grupos em situação desfavorecida;
- Todos os sistemas de saúde estão preocupados e activos no controlo global das despesas e no combate ao desperdício nos serviços – má utilização, sobre e subutilização de cuidados, variação inexplicada de actos e despesas – combinando medidas que visam a adequação da procura e o controlo da oferta de cuidados.

A inovação tecnológica constante, o envelhecimento populacional, a competição pelos doentes, a maior regulação e exigência – de consumidores e demais *stakeholders* – num quadro global de limitação de recursos geram, para a gestão dos serviços de saúde, um ambiente difícil e muito exigente.

A realidade dos cuidados de saúde afasta-se da simplicidade doutros mercados onde o produtor e consumidor se movem apenas pelo interesse próprio, com informação completa e pertinente,



guiando-se pelo preço e pela avaliação dos produtos. Ao invés, a produção e distribuição de cuidados de saúde desenrolam-se sob um **conjunto de problemas e especificidades**:

- Alguns cuidados são bens públicos e a esmagadora maioria tem externalidades positivas, daí que o Estado promova o seu consumo generalizado como um direito. A produção de cuidados requer integração clínica, com prevenção activa da fragmentação e da inapropriação de cuidados;
- Os cuidados de saúde são oferecidos num mercado altamente regulado pelo Estado, coexistindo múltiplas partes, seja na cadeia de cuidados ou na estrutura do sistema (ex. Estado, financiadores);
- Há grande assimetria de informação a desfavor do consumidor, que surge ao prestador em situação de ignorância e dependência, o que impõe a protecção (regulação, seguro). Essa ignorância e a inexistência de preço permitem a indução da procura pelo prestador e o risco moral do consumidor;
- Há grande dificuldade de medir a produção e de a qualificar (incluindo os seus resultados), muito mais pelo próprio consumidor que fica sujeito à escolha de um agente informado (médico);
- Objectivos não mercantis e valores éticos dos prestadores conferem à saúde uma natureza que não é a de um mercado típico – nalguns países a saúde está consagrada como um direito na Constituição e nalgumas religiões os cuidados de saúde são um dever das pessoas;
- A competição faz-se por outros mecanismos que não o preço, dado que este não actua, por o consumidor ser mediado por terceiras entidades e por predominarem as unidades não lucrativas. O Estado tem papel dominante em SNS e, com mediatização e politização, a equidade e a sustentabilidade<sup>164</sup> prevalecem sobre os objectivos individuais de consumidores, prestadores directos, instituições;
- Há integração vertical incompleta e dificuldade de avaliar o desempenho dos prestadores de saúde, o que permite comportamentos oportunistas na oferta. O valor é avaliado na óptica dos clientes, directos e indirectos, considerando o conjunto da cadeia de cuidados;
- A prestação de contas em saúde constitui um desafio, visto que deve acontecer em diferentes domínios (ex. competência, *performance*) e perante várias entidades (ex. doentes, Estado).

O hospital acumula as especificidades do sector da saúde com a sua complexidade própria, a qual resulta da combinação dos seguintes factores: o seu objecto é a própria pessoa e a vida está muitas vezes em risco, a procura é incerta e em grande parte não programável sendo a resposta em tempo útil vital para o sucesso (emergência); a produção é de grande volume mas talhada à medida de cada doente, realizada por uma constelação de serviços de especialistas e profissionais, requerendo coordenação externa e interna; o hospital é uma entidade multi-produtos, oferecendo ensino, investigação e inúmeros produtos de cuidados de saúde, os quais são de difícil quantificação, diferenciação e qualificação; os profissionais pertencem a diversas profissões, auto-reguladas e com grande prestígio e poder; o hospital beneficia de situação de oligopólio, monopólio por vezes, e a intervenção do Estado facilita a politização e a burocratização, que mantêm situações de racionalidade questionável.

A gestão global do hospital público é difícil porque:

---

<sup>164</sup> Não há preço, há inapropriação de cuidados, as necessidades em saúde são quase infinitas face a recursos escassos, e há conflito de interesse entre consumidores (desejam mais e melhores cuidados) e os contribuintes, que pagam a saúde.

- a) Há duas linhas de autoridade, clínica e de gestão, a gestão não decide o uso de recursos e, sendo a produção difícil de medir, a análise de *performance* que dela depende também o é.
- b) Existem múltiplos principais com objectivos conflitantes, o que dificulta a definição e manutenção de uma direcção no tempo e não facilita a existência de um substituto do lucro, como critério de decisão e avaliação, com padrões de referência e ponderação de objectivos conhecidos e aceites;
- c) Poder da gestão está fraccionado no exterior, por ex., em Ministros e compradores, e, no interior, a estrutura gera múltiplos gestores em vários níveis, unidades e comissões especializadas; a direcção técnica, exercida por clínicos, não domina o conhecimento de todas as especialidades do hospital;
- d) Alguns sistemas de gestão são inadequados – por ex. sistema de informação, avaliação de pessoas – dificultando a determinação do sucesso e da relação entre recursos e resultados conseguidos;
- e) Dado o ambiente em que os hospitais funcionam a resistência interna à mudança é constante, dificultando transformações substanciais. A inexistência de contrato de gestão para os gestores, com avaliação e consequências conhecidas, também prejudica a melhoria contínua do hospital.

Assim é importante uma actuação planeada e congruente com vista a melhorar os saberes e comportamentos da gestão hospitalar mas também o enquadramento externo do hospital, a sua organização e sistemas, em especial o de avaliação e controlo da gestão global. Dada a inexistência, ou fraqueza, dos instrumentos de mercado num hospital público justifica-se reforçar os restantes mecanismos de controlo nomeadamente a regulação, o controlo interno, os incentivos em contrato.

## 7.2. Regulação em saúde e empresariação de hospitais

A regulação e a empresariação são dos mais importantes mecanismos que visam suprir as falhas de mercado e do Estado.

Analisaremos de seguida a evolução recente desses mecanismos com vista a antecipar o que poderá ser o enquadramento futuro dos hospitais Portugueses.

### 7.2.1. Regulação em saúde

No financiamento dos hospitais na OCDE verifica-se evolução generalizada para sistemas prospectivos, utilizando os GDH, e de incentivos ao ambulatório programado. É notória a preocupação em reduzir a inapropriação, incentivar a qualidade e oportunidade dos cuidados, assim como instituir mecanismos globais de garantia de qualidade (ex. acreditação). Esta evolução aumenta a competição pelos doentes e o risco para as organizações e para a gestão.

A **regulação** significa, em sentido restrito, o conjunto de “regras definidas por organismos estatais para controlar ou requerer acções em instituições ou mercados” e a capacidade para as promover e fazer cumprir – em sentido amplo englobará a inspecção<sup>165</sup> e os pedidos de informação, ainda que

<sup>165</sup> Inclui a auditoria e visa verificar se as regras são cumpridas e se outros objectivos são seguidos.

não sejam estatutariamente exigidos (KF, 2006). Neste documento usamos o termo regulação em sentido restrito.

Como vimos anteriormente a produção do bem saúde é susceptível tanto de falhas de mercado como do Estado. Para obviar a estas a maioria dos países Europeus tem vindo, desde o fim da década de oitenta, a introduzir mecanismos de mercado nos seus sistemas de saúde, particularmente nos SNS (Saltman, 2002). Essas mudanças preservam, naturalmente, os princípios enformadores daqueles Serviços bem como os seus objectivos sociais (equidade, coesão social).

À medida que um SNS se afasta do modelo tradicional – centralizado, estatal, integrado, funcionando como um monopólio e monopsónio (ou quase) – e adopta alguns instrumentos de mercado<sup>166</sup>, aumenta a necessidade de regulação. Como o seu papel abrange a oferta privada e pública há toda a conveniência em que seja independente – estatal mas não dependente do Ministro da Saúde. A regulação oferece apoio e orientação (boa prática) que, reforçada com sanções, aparece como alternativa ao “*comando/controlo*” vigente no modelo centralizado e hierarquizado (Saltman, 2002). Com a regulação evitar-se-ão falhas de mercado (monopólios, menor produção e cobertura populacional, problemas de equidade e de qualidade) e equilibrar-se-ão os interesses em jogo: objectivos económicos do prestador vs sociais, do Estado e restantes interessados.

A regulação em saúde é mais difícil que a dos sectores tradicionais, devido à complexidade inerente:

- Mercado: número elevado de prestadores (fragmentação) em múltiplos segmentos (ex. fisioterapia); regulamentação e restrições abundantes, incluindo de Ordens e associações de profissionais; consumidor não autónomo, sem informação – seja quanto ao melhor produto e tempo para a sua necessidade seja das características, qualidade e preço dos prestadores – não paga o produto e está dependente de um agente clínico, sujeito a regras éticas e técnico-profissionais;
- Produto: cadeia de prestadores de cuidados de saúde (primários, secundários, leves<sup>167</sup>); medicina como arte e ciência; efeito de erros e omissões pode ser drástico; evolução tecnológica permanente e acelerada; bem social variando conforme as características do indivíduo; com múltiplos produtos por Unidade prestadora, difíceis de identificar/medir;
- Não-conformidades: cuidados e actos excessivos, insuficientes, diferentes do necessário e inapropriados, ineficazes; tempo de resposta excessivo; menor qualidade de serviço; erros e omissões, possibilidade de desnatação, de indução da procura e de risco moral.

Note-se que: i) a desnatação constitui uma não conformidade do contrato, na medida em que o prestador escolhe (prefere) doentes menos graves, mais afluentes, menos problemáticos ou com patologias e casuísticas mais lucrativas. A selecção adversa resulta da assimetria de informação e leva o segurador a rejeitar doentes por receio dos riscos envolvidos. Num caso e noutra os hospitais do SNS terão maior % de casos dispendiosos; ii) risco moral traduz-se pelo uso excessivo de cuidados pelos doentes, dada a gratuitidade para o doente (ou quase), gerando iniquidade de acesso e custos indevidos por inapropriação; iii) indução da procura pela oferta leva a consumo superior ao adequado, tendendo a inflacionar os custos em saúde, muitas vezes sem qualquer vantagem para o doente.

<sup>166</sup> Separar funções, promover a escolha de doentes e a entrada de novos prestadores, descentralizar e autonomizar as Unidades produtivas.

<sup>167</sup> Cuidados de carácter marcadamente social com componente reduzida de saúde, do tipo dos CCI e “*nursing homes*” anglo-saxónicas.

A complexidade da saúde impõe maior sofisticação da regulação e uma actuação capaz de superar as dificuldades referidas, ainda que o resultado final nem sempre seja fácil de antecipar. Há diversos tipos de actuação relativamente aos hospitais: regulação pro-competição, para estimular o mercado (ex. dinheiro segue o doente) ou restringir comportamentos individuais (ex. “up-coding”), e regulação com vista a atingir objectivos sociais (ex. acreditação como mínimo) (Saltman, 2002).

A dificuldade da regulação em saúde pode também ser vista pelo seu âmbito – seguimos aqui a classificação de (Nunes, 2006) – e objectivos:

<b>Âmbito horizontal:</b>	De prestadores individuais e pequenas Unidades até grandes hospitais, de cuidados primários a terciários.
<b>Âmbito vertical:</b>	Todas as funções, clínicas (admissão clínica, recolha de informação, diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação dos doentes) e as de apoio directamente relacionadas com aquelas.
<b>Objectivos específicos:</b>	Equidade e coesão social, segurança e qualidade, eficiência económica e responsabilidade social <sup>168</sup> , para além da promoção da concorrência e difusão de informação para o mercado.

A regulação em saúde integra essencialmente duas grandes áreas (quadro 7.11, no anexo 1):

- i) Económica: responsabilidade pela entrada e saída de prestadores, fusões e, em geral, por garantir o acesso, promover a competição e combater comportamentos que a prejudiquem;
- ii) Qualidade: “controlo sobre o produto oferecido” ou sobre a estrutura e processo de o produzir e distribuir, usando uma combinação de “contratos, licenciamento e acreditação por entidade independente” (Lewis et al., 2006).

Embora as áreas funcionem com forte inter-relação, justifica-se autonomizar a regulação de qualidade:

- Esta área é muito complexa e exige grande especialização e forte investimento inicial no conhecimento, nos métodos e instrumentos a usar;
- É de grande importância para o doente, dados os riscos e efeitos da falta de qualidade, a sua ignorância sobre saúde e alternativas (actos, prestadores);
- É também importante para o sistema de saúde, considerando a pouca sofisticação dos sistemas de monitorização da qualidade, o número elevado de prestadores privados e a vasta gama de não conformidades possíveis.

Acompanhamos a posição de Dixon (2005), consagrada aliás na ratificação de um regulador de qualidade no RU, quando defende que se justifica a autonomização da regulação da qualidade “encorajando uma coordenação e troca de informação muito maiores” do que as exigidas com a regulação económica.

O RU instituiu vários reguladores<sup>169</sup> na saúde, para os profissionais de saúde<sup>170</sup>, qualidade (“NICE”, “Care Quality Commission”) e hospitais-fundação (“Monitor”). O processo de regulação evoluiu:

1º- A performance do NHS é agora focalizada em processo “mais qualitativo e orientado para a descentralização do que antes... assente em números e controlo central”.

<sup>168</sup> Aspectos ambientais, cumprimento da legislação (diversas áreas), desenvolvimento/gestão do pessoal (ex. saúde e higiene).

<sup>169</sup> As funções financiamento/contratação e prestação estão há muito separadas.

<sup>170</sup> Nove “Council”. Existem ainda 13 “Ordens” para médicos (10 “medical royal colleges”), enfermagem (2) e terapia da fala (1).

2º- A regulação evoluirá em linha com essa mudança e para melhor equilibrar os custos que impõe com o aumento desejado de prestação de contas e de autonomia local (incentivar os gestores à inovação e à melhoria de qualidade da prestação).

3º- A regulação imporá futuramente uma menor carga administrativa através de:

- Redução do número de parâmetros que vinha avaliando (padrões e objectivos nacionais);
- Racionalização e redução do número de regulamentos, assim como das inspecções externas, quanto ao âmbito e número de entidades (Scrivens, 2007).

A frequência de inspecção e de prestação de informação diminui com o risco atribuído a cada hospital e com as garantias que os sistemas internos fornecerem ao Regulador (Monitor, 2008). Os quadros 7.12 e 7.13, anexo 1, enumeram os papéis que entidades do RU atribuem à regulação de qualidade.

### 7.2.2. Empresarialização de hospitais

Os hospitais na década de oitenta apresentavam os problemas típicos dos restantes serviços públicos, nomeadamente ineficiência, subutilização da capacidade e baixa produtividade dos funcionários, insensibilidade aos doentes e outros clientes, qualidade errática e dominância, ou mesmo captura, pelos grupos profissionais mais influentes (Preker, 2003). No mesmo sentido se pronunciou um vasto conjunto de estudiosos de vários países (Enthoven, 1985; Lacasse, 1993; Gray e Jenkins, 1995; Glynn, 1997; Bosanquet, 1999; Saltman, 2002; Ham, 2003; Pereira, 2008; Campos, 2008).

Os objectivos da reforma variaram de país para país, consoante os problemas existentes (sua importância e impacto), a agenda política e a viabilidade de concretização em cada caso. Em função dos objectivos, prioridades e contextos específicos as reformas apresentaram diferenças na configuração, conteúdo e ritmo de desenvolvimento (*big-bang* ou incremental).

Para Preker (2003) há quatro métodos de mudança: tecnologia; financiamento; gestão; instrumentos (organizacionais) de mercado. Segundo o mesmo autor esses métodos são complementares, não substitutivos. O quadro nº 7.14, anexo 1, resume os métodos de reforma e os seus objectivos.

Porque as funções de financiar, contratar e pagar ficam dentro do Estado as reformas são vistas como separar o prestador do pagador (Preker, 2003). Note-se ainda que a propriedade e gestão públicas tenderão a manter a politização da saúde – justificada pela relevância dos objectivos sociais – e limitarão à partida a racionalização porque: algumas reduções de capacidade, apesar de financeiramente justificadas, trariam fortes custos políticos e sociais<sup>171</sup>; os valores e princípios públicos limitam a reestruturação da rede e de cada unidade.

Preker (2003) começa por arrolar as “*determinantes*” do comportamento do hospital, escalpelizando depois cada elemento, como se pode ver nas figuras nº 7.2 e 7.3 constantes do anexo 1.

Resumimos de seguida as conclusões de Preker (2003) sobre os “*elementos críticos da estrutura*”, os quais determinam os incentivos do hospital.

---

<sup>171</sup> Encerramento/reconversão de hospitais não se concretiza pelos efeitos eleitorais, no desemprego e economia locais.

<b>Direitos de decisão</b>	– Reformas expandem a <u>autonomia da gestão</u> sendo crítico transferir: controlo sobre os recursos (ex. pessoal); âmbito da actividade; gestão operacional (financeira, marketing, clínica/não clínica); gestão estratégica; processos de produção.
<b>Direitos residuais</b>	– Normalmente os <u>resultados</u> do hospital não beneficiam directamente a gestão e os trabalhadores, mas <u>ficam no hospital</u> – diminui-se assim o incentivo para gastar e pedir mais; – Segundo a teoria deve haver alinhamento: direitos de decisão; resultados.
<b>Exposição ao mercado</b> <sup>172</sup>	– Impelir os hospitais a procurarem <u>receitas alternativas</u> ao orçamento/contrato base com o Estado; – Utilização do mercado para melhorar a <u>contratação de recursos</u> (pessoal, materiais, serviços).
<b>Prestação de contas</b>	– Estado concede capacidade à gestão enfraquecendo a hierarquia/controlo directo, logo deverá <u>reforçar a prestação de contas indirecta</u> : regras, regulação, contrato, avaliação <sup>173</sup> ; – Exposição ao mercado aumenta a prestação de contas <sup>174</sup> (via <i>performance</i> económica).
<b>Funções sociais</b>	– Para garantir que a viabilidade financeira não é obtida à custa de redução de objectivos sociais defende <u>soluções específicas</u> (financiamento explícito, subsídios e outras formas de facilitar o acesso a grupos vulneráveis, regulação e desenvolvimento de seguros).

Quanto à estrutura organizacional Manning (1998) distingue quatro formas de organização no eixo público-privado – unidade orçamental, unidade autónoma, empresa pública, empresa privada – cada vez mais longe do controlo burocrático e hierárquico e com maiores incentivos para eficiência devido a direitos de decisão: maior flexibilidade e poder de decisão pelo regime financeiro, liberdade de recrutar, promover e remunerar; maior liberdade de criar e organizar os serviços. Acrescenta: “*autonomia acrescida requer mecanismos de prestação de contas não ligados ao controlo directo... especialmente na saúde onde a produção e os resultados são difíceis de especificar”.* A extensão da autonomia “*depende da natureza da produção e da capacidade de criar prestação de contas... através de mecanismos indirectos como a regulação e o contrato”* (Manning, 1998). No quadro nº 7.15, do anexo 1 comparamos as características daquelas alternativas.

Precker (2003) refere que, apesar de noutros sectores a competição ter aumentado a produtividade, na saúde a eficiência, qualidade e inovação são «problemáticas», dependendo da sua estrutura e da competição verificada. Aponta situações onde não há qualquer concorrência, em que a mesma é disfuncional ou em que os hospitais conseguem reter poder de monopólio (ex. integração vertical). Concluiríamos que, sendo necessário haver contestabilidade, não será o elemento decisivo para a escolha da solução organizativa.

Em contrapartida a sua ausência completa, na solução de hospital-serviço, agrava substancialmente os problemas porque a natureza do hospital, como empresa, exige soluções de gestão: locais (não centralizadas), capazes (conhecimento das técnicas), autónomas (direitos de decisão), responsabilizadoras (prestação de contas) e em ambiente saudável (incentivar e orientar para resultados, controlo externo facilitador e constrangedor para bons sistemas e resultados).

No quadro nº 7.16 (anexo 1) resumimos os problemas do hospital-serviço e o modo como as restantes formas organizativas os resolvem, viabilizando a prestação de contas, clarificando os objectivos e os critérios de avaliação e introduzindo incentivos para a gestão<sup>175</sup>. No mesmo sentido concorrem as opiniões dos autores citados inicialmente e os resultados que justificaram as

<sup>172</sup> Inclui os incentivos de mercado e será o que distinguirá as reformas no eixo público-privado.

<sup>173</sup> Nas diversas funções (ex. contratação, accionista) monitorizar, auditar, inspeccionar, avaliar a performance.

<sup>174</sup> Como há falhas de mercado (na saúde) e objectivos sociais a cumprir, este mecanismo será apenas adjuvante.

<sup>175</sup> E, como a Teoria recomenda, emparelhando os direitos de decisão/controlo com os resultados.

reformas. De facto à fraca *performance* global aliava-se um ambiente algo impeditivo de mudanças e de melhoria significativa:

- Hospital-serviço**
- Eficiência (micro, macro) e qualidade reduzidas, insensibilidade a doentes;
  - Captura por interessados, envolvimento e encargos crescentes para o Estado, profissionalismo exacerbado, rigidez e pouca inovação;
  - Politização excessiva, externamente imposta e internamente promovida.

A evolução verificada no ambiente do hospital tornou ainda mais evidente o desajustamento da solução hospital-serviço, dado que impõe maior inovação, flexibilidade e capacidade de gestão:

- Emergência de novas doenças, muito mais dispendiosas e/ou exigentes<sup>176</sup>;
- Inovação na tecnologia médica, que possibilita formas alternativas de tratamento para a mesma doença, e nas tecnologias de informação, que facilitam a comunicação, a detecção das piores *performances* e sua comparação com as melhores práticas;
- Doentes mais conhecedores e exigentes impõem qualidade de serviço.

De facto, o hospital funciona com uma burocracia profissional com estrutura funcional, mas essa estrutura adequa-se a ambientes simples e estáveis (não é o caso agora no hospital) e a burocracia não responde bem em contextos de rápida mudança e em organizações com pessoal em que predominam os profissionais – o hospital acumula as duas situações (Lega, 2005).

Por sua vez a privatização de hospitais surge, num contexto de SNS, como *anti-solução* na medida em que é precisamente a falha de mercado que impõe a produção pública; as soluções ensaiadas em países da Europa de leste tiveram resultados desastrosos. Essa privatização dificilmente será promovida porque seria, em termos políticos, duplamente penalizadora porque: percebida como “abandono” do Estado, incumprindo uma das suas funções mais nobres e promovendo a desigualdade de acesso; seria acompanhada de inúmeros despedimentos e encerramento de unidades, o que seria eleitoralmente devastador para os partidos do governo.

As Parcerias Público Privadas para a gestão clínica de hospitais, para além de serem limitadoras em termos de opções políticas futuras, supõem verificados os seguintes requisitos, que devem verificar-se simultaneamente e manter-se no prazo longo em que a parceria irá ocorrer: mercado competitivo, com empresas capazes e cooperantes com o SNS; capacidade do Estado de desenhar e controlar eficazmente os contratos e de transferir o risco.

Assim, as melhores opções para a organização dos hospitais parecem ser a autonomização e a empresarialização. No quadro 7.17 (anexo 1) resumimos a posição expressa por Precker (2003) sobre os problemas das novas formas de organização, as quais apresentam algumas questões, como as que listamos de seguida.

- Instituto**
- Possível incoerência na reforma: poder de decisão; controlo; pressões de mercado; incentivos;
  - Assimetria de informação favorece os gestores na negociação de objectivos;
  - Politização e centralização da decisão podem manter-se;
  - Risco e avaliação não são sentidos por profissionais e gestores (recompensas também não).

<sup>176</sup> Quanto a: tecnologia; reformulação estrutural; mudança de processos de produção (coordenação interna e externa).

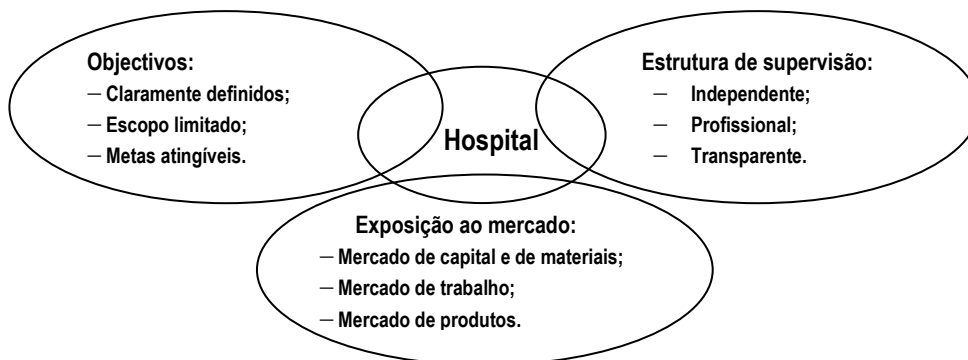
- Empresa pública**
- Imitação da empresa privada pode levar a excessos (ex. ênfase financeira excessiva);
  - Pode haver problemas com objectivos sociais.

A empresarialização parece oferecer maior potencial mas também maior risco, não havendo propriamente uma solução com dominância absoluta. Tudo dependerá então das condições de partida, dos objectivos concretos a atingir e da capacidade existente para, simultaneamente, colher o máximo de benefícios e minimizar os riscos envolvidos. Esta opção impõe contudo um conjunto de soluções mais exigente, de *per se* e no seu funcionamento conjunto, a saber:

- a) Controlo e prestação de contas institucional: financiamento/contratação (contrato programa); accionista (contrato de gestão); regulação (cumprir regras e manter bons sistemas internos);
- b) Gestão do hospital e dos seus serviços;
- c) Sistemas de incentivos e informação;
- d) Intervenção e participação local.

O diagrama seguinte apresenta os elementos essenciais a uma boa governação dos hospitais públicos: objectivos; supervisão e controlo; exposição ao mercado.

**Diagrama N° 7.2: Elementos para uma boa Governação (Precker, 2003)**



Convém lembrar que as reformas não são um destino mas um processo (contínuo) havendo que considerar os seguintes benefícios: aprendizagem dos actores envolvidos na reforma nos diversos níveis; facilitação de mudanças (não incluídas explicitamente na reforma) seja nos processos do hospital ou de âmbito mais geral; detecção das melhores práticas (clínicas, de gestão) e sua difusão pela rede.

Importa também sublinhar que nem sempre as reformas têm o melhor *design* e implementação, no que respeita a: consistência interna e externa; contexto em que se inserem; compatibilização de métodos de intervenção. Sobre este assunto ver, na página seguinte, a caixa n° 7.2.



## Caixa Nº 7.2: Consistência, contexto e métodos das reformas

### 1- Consistência

Precker (2003) defende a necessidade de garantir: consistência entre financiamento e governação e destas com o ambiente de mercado, a necessidade de garantir cumprimento de contratos, a prestação de contas a funcionar muito bem; acesso e equidade; regras para evitar a escalada de custos e o aviltamento da qualidade - organização e monitorização da qualidade, informação para interessados, regulação eficaz.

Como lembram Ham e Hawkins (2003) não faz sentido:

- a) Promover a competição sem garantir o cumprimento dos objectivos sociais (prevenir a selecção adversa);
- b) Aumentar a autonomia da gestão sem reforçar a prestação de contas global<sup>177</sup>, visto que poderia haver:
  - i) Risco de efeitos indesejados para os doentes e restantes serviços de saúde;
  - ii) Possibilidade de a gestão seguir os seus próprios objectivos e ceder a interesses (profissionais, políticos) e não cumprir o contrato de gestão ou falhar a concretização das melhorias necessárias (ex. eliminação de défice) ou manipular a informação mais que transformar a realidade.

Porque os instrumentos de mercado poderão induzir efeitos negativos na qualidade justifica-se ainda mais instituir a “clinical governance” em todos os hospitais. Aí se incluirá: políticas de qualidade e gestão de risco; procedimentos para identificação da *performance* pobre (auditoria, revisão de utilização); programa compreensivo de qualidade (garantia, melhoria contínua).

### 2- Contexto

Over e Watanabe (2003) apontam algumas condições para o sucesso das reformas: “apoio político ... suficientemente forte para resistir às pressões dos grupos de interesses”<sup>178</sup>; “competição e disciplina financeira não mudam a performance se os gestores não tiverem independência e autoridade para alterar o comportamento do hospital”; “imposição de constrangimentos financeiros pode não ser percebida pelo público que entende o hospital como função social”<sup>179</sup>.

Citam o Banco Mundial<sup>180</sup> (1995) que identificou quatro aspectos importantes: condições económicas, que determinam a procura de serviços do hospital e a oferta de *inputs*; regime político, que determina a facilidade de entrada e saída de hospitais do mercado; relação da gestão do hospital com o Governo gera autonomia ou “mão longa” daquele; grau de monitorização por interessados locais, “voz” para influenciar a *performance* do hospital.

Nota: Considerando o poder dos profissionais (e seus representantes) e a necessidade de facilitar as reformas nos hospitais dever-se-á prever incentivos em função do desempenho, exigindo mudança para contrato de trabalho e a avaliação individual.

### 3- Métodos

Além de qualidade intrínseca em cada método<sup>181</sup> é necessário que haja “boa” articulação, por exemplo:

- i) Tecnologia: investimento plurianual que cumpra a estratégia do hospital, aprovada e sustentada em contrato com o financiador, e que permita efectuar as transformações necessárias e programadas, por ex., novos serviços<sup>182</sup> e reorganização de processos.
- ii) Gestão: delinear uma estratégia integradora, discriminada em plano e objectivos anuais para o hospital, que viabilize os contratos (programa e de gestão) e que seja detalhada em cascata para os CRI (contrato interno), com objectivos e incentivos acordados. Modificação nos sistemas de gestão (ex. informação, avaliação), descentralização de poder e plano de melhoria (eficiência, qualidade) para todos os CRI, promoção de nova cultura orientada para resultados. Supõe a transferência dos direitos de decisão e o alinhamento de incentivos – para o hospital, gestão e profissionais – incluindo a cessação para os gestores, qualquer que seja o seu nível, que incumprirem. Apoio, monitorização e avaliação periódicas, pelas funções accionista, financiamento e regulação.

Em Lega (2005) identificaram-se as tendências comuns de organização dos hospitais; de seguida resumem-se as suas conclusões relativamente à estrutura organizacional.

<sup>177</sup> Perante o accionista, o financiador/comprador e o regulador.

<sup>178</sup> Manter apoio público “... garantir fluxo de informação que diagnostique os problemas e demonstre o sucesso das medidas”.

<sup>179</sup> Reforça a necessidade de garantir a função social (ex. pobres, doenças catastróficas) e assegurar a equidade.

<sup>180</sup> “Bureaucrats in Business: The Economics and Politics of Government Ownership”, Oxford University Press, 1995.

<sup>181</sup> Seguimos a classificação de Precker (2003): tecnologia, gestão, financiamento, forma de organização.

<sup>182</sup> Aumentar a concorrência: abrir (expandir) novos serviços clínicos (ex. CE e MCDT), diferenciar as amenidades (e cobrar).

- i) Integração clínica através de:
  - Duas linhas de orientação: vertical (agrupar por especialidades) e horizontal (agrupar unidades por órgão, estádios de tratamento, áreas medicamente homogêneas);
  - Grupo multidisciplinar responsável pelo planeamento, prestação e avaliação dos cuidados.
- ii) Integração de recursos por redesenho físico (ex. área comum de internamento) e uso conjunto de recursos.
- iii) Focalização nos doentes, organizando as Unidades e recursos em função das suas necessidades de cuidados (ex. enfermaria de curta duração ou para doentes ventilados);
- iv) Envolvimento dos profissionais pela modificação de mecanismos (medição de diferentes variáveis, não apenas a financeira, desenvolver as pessoas ligando a incentivos que também promovam comportamentos) e novos papéis de gestão (para clínicos). Também melhorar a tecno-estrutura.

A reforma dos hospitais não deve cair em abusos e excesso de “*managerialismo*”, tudo imitando e transferindo mecanicamente da gestão privada, incluindo os seus valores. Tratando-se da coisa pública, haverá que considerar as “lições” das reformas na AP, nomeadamente:

- Sobrevalorizar a *performance* pode gerar abusos de gestão e danificar a cultura pública;
- Instrumentos de mercado devem preservar a responsabilidade e *accountability* públicas;
- *Responsividade* não deve conduzir a excessiva diferenciação e fragmentação de serviços;
- Individualização de emprego e remuneração tornaram-se comuns – contratos, pagamento baseado em desempenho (67% dos países da OCDE tinham em 2005 este tipo de pagamento) (OCDE, 2005).

Finalmente ao avaliar as reformas é importante ter presente que: “*mercado, competição e privatização nem sempre trazem a eficiência atrelada... e mercado de saúde é coisa complexa; lógica de mercado... exige tudo reunido: informação, prestadores sensíveis ao mercado, regulamentação que favoreça a competição; só a Sociedade, no seu todo, os<sup>183</sup> pode convencer a aceitarem a mudança; em saúde, o consumo nem sempre espelha as necessidades; os incentivos económicos para instituições e indivíduos devem ser organizados com engenharia correcta, ainda que não perfeita; eficiência não é privilégio do privado, ineficiência não é estigma do público; incrementalismo é a base da política social. As reformas levam tempo.*” (Campos, 2008)

### 7.2.3. Conclusões

O financiamento prospectivo dos hospitais aumentou a concorrência pelos doentes e provoca maior risco para a gestão e para os profissionais. A tendência para o não pagamento de actos e cuidados sem qualidade ou inapropriados vai no sentido correcto e aumentará aquele risco.

A regulação em saúde é manifestamente mais difícil que nos sectores tradicionais, em especial a de qualidade. Não obstante espera-se que os hospitais fiquem sujeitos a maior regulação e controlo externo, com possível aumento do número de acções de auditoria e inspecção com âmbito alargado, não apenas económico-financeiro.

A empresarialização de hospitais tende a aumentar o grau de competição e o risco para as organizações e para a sua gestão, provocando as seguintes mudanças:

---

<sup>183</sup> Grupos de interessados que estavam confortáveis com a situação de partida.

- a) Design e actuação global: coordenação dos quatro métodos de reforma e estruturação das funções externas de prestação de contas garantindo cumprimento efectivo dos contratos; balancear incentivos para melhoria e inovação no hospital com o reforço da prestação de contas e controlo externos;
- b) Tecnologia: ligação dos investimentos à estratégia, ao cumprimento de planos, contratos e objectivos definidos, incluindo em sistemas de informação robustos assentando em base clínica comum<sup>184</sup>;
- c) Gestão: assegurar acompanhamento, avaliação e incentivos (função de resultados); adaptar a estrutura, sistemas de informação e avaliação de pessoas (regras comuns);
- d) Instrumentos de mercado: agências qualificadas de regulação e *accountability*; garantir funções sociais da saúde; prevenir a politização (ex. cargos) e centralização da decisão;
- e) Financiamento/pagamento: promover a compra de serviços nas melhores condições – garantir cumprimento de contrato e seu controlo efectivo (auditoria, inspecção, monitorização);
- f) Outros aspectos: dado o poder dos profissionais, mas também a cultura e experiência anterior, é essencial mudar o contrato de trabalho (CIT, avaliação e incentivos) conjugando com actuação da gestão para integração e mudanças de comportamentos (ex. via MCQ e código de conduta);
- g) Por fim, mas desde o início, comunicar e dar visibilidade: mostrar que as reformas e os projectos prosseguem o interesse da comunidade e são desenvolvidos no respeito pelos direitos dos profissionais.

Estas tendências aumentam a importância da gestão da *performance* nos hospitais, seja na sua vertente externa, no aperfeiçoamento da medição e do controlo do contrato de gestão e do contrato-programa, ou internamente, na maior valorização de contratos internos, sua monitorização e avaliação.

### 7.3. Estratégia e integração dos *stakeholders* em hospitais

Os problemas e especificidades dos hospitais requerem a adaptação da sua gestão e dos seus mecanismos. Analisaremos de seguida os mecanismos essenciais que permitem modificações profundas na *performance* dos hospitais: a estratégia, sua necessidade e benefícios, incluindo integração de *stakeholders*, efeitos na estrutura e nos sistemas de gestão; a cultura e valores.

#### 7.3.1. Necessidade e benefícios da estratégia

Em geral a estratégia impõe-se para: i) reforçar a orientação para doentes e outros clientes directos (ex. médicos referentes), melhorar a qualidade, técnica e de serviço, e o tempo de resposta aos doentes; ii) combater o desperdício e melhorar o uso de recursos, adequar as estruturas, os processos e programas, os sistemas de gestão – ex. objectivos, avaliação, retribuição; iii) aumentar a coerência interna (de actividades, de objectivos, de valores) e diferenciar dos concorrentes.

Numa primeira aproximação, a estratégia do hospital surge como meio de lhe dar unidade e direcção comum, combater os problemas e especificidades já referidos: múltiplos *stakeholders* com objectivos conflitantes; consumidores não informados e que não pagam, para além de clientes

<sup>184</sup> Informação normalizada para permitir partilha de informação sobre o doente e cálculo de indicadores fiáveis e comparáveis.

diversos; profissionais autónomos, altamente qualificados e influentes; complexidade da produção e multiplicidade de estratégias; fraco poder da gestão e coexistência de duas linhas de decisão, clínica e de gestão.

A falta de unidade e a divisão entre os clínicos e a gestão dificultam a adaptação e a melhoria de *performance* do hospital. Mintzberg (1997) refere mesmo a existência de quatro “mundos” distintos<sup>185</sup>: dos cuidados (enfermagem); da cura (médicos); do controlo (gestão); da comunidade (BOD). A fragmentação da estrutura, devida à especialização, impõe a integração no nível dos cuidados, dos planos e dos objectivos.

Da gestão global espera-se um papel de líder interno, a planear, organizar e controlar, e de líder externo, como *advogado* dos interesses do hospital junto da comunidade e das entidades estatais. A integração num nível superior é a única via de abordar a diferenciação nos hospitais, a sua redução via normalização apressada nada resolve<sup>186</sup>.

A coordenação e integração interna efectivam-se através de seis mecanismos: ajustamento mútuo; supervisão directa; padronização do trabalho, dos produtos, das capacidades, das normas e valores. No hospital predominam os mecanismos típicos da “*burocracia profissional*” – ajustamento mútuo, padronização de trabalho e de capacidades (Mintzberg e Glouberman, 2001).

A coordenação<sup>187</sup> pela gestão efectua-se no hospital através de: papéis desempenhados por clínicos, como gestores operacionais (ex. enfermeira chefe) ou envolvidos em grupos (de cuidados, de projecto), pela gestão intermédia, pela gestão funcional (ex. de Qualidade) ou de programa (ex. desburocratização); mecanismos institucionais de mudança e enquadramento, como são a estratégia, sistemas de gestão, estrutura, políticas e procedimentos, valores e cultura.

Reconheceu-se a importância do BOD ter *performance* nas tarefas; aqui se inclui o seu papel na geração, análise e controlo da estratégia, (Forbes e Miliken, 1999), e Thomas *et al.* (2007) recomendaram que os membros do BOD sejam seleccionados com base em orientação estratégica, orientação para resultados, independência, colaboração.

Outros autores encontraram relação positiva entre a estratégia dos hospitais e a sua *performance*, (Judge e Zeithmal, 1992; Smith *et al.*, 1992; Andersen, 2000; Rudd *et al.*, 2008), e com a transformação efectiva que experimentaram (Golden e Zajac, 2001). Concluiu-se também que a estratégia é um dos determinantes da *performance* do hospital, (Gapenski *et al.*, 1993; Langland *et al.*, 1996), e um estudo em Espanha concluiu que obtinham melhores resultados os hospitais com “*comportamento estratégico em todas as suas actividades (atenção clínica, recursos humanos, tecnologia, finanças, gestão, qualidade, marketing)*” (García e Val Pardo, 2004).

A importância da estratégia pode comprovar-se pela sua utilização – por exemplo um estudo no Canadá concluiu que em 1988 dos 227 hospitais abrangidos 73% tinham um plano estratégico escrito ou estavam a prepará-lo e em 2004, no Ontário, atingiam 90% (Denis *et al.*, 1995; Brown *et al.*, 2005).

A adaptação estratégica do hospital impõe-se face às pressões para mudança (Shortell e Kaluzny 2006; Brown *et al.*, 2006). No quadro seguinte resumimos as que nos parecem ser as principais questões e desafios que os hospitais enfrentam actualmente.

<sup>185</sup> “Quatro conjuntos irreconciliáveis de actividades, modos de organizar e de pensar” (Glouberman e Mintzberg, 2001).

<sup>186</sup> Nestes aspectos muito beneficiei dos diálogos com um dos mais prestigiados AH, Dr. Meneses Correia.

<sup>187</sup> Cooperação traduzindo-se em colaboração e coordenação.

**Quadro Nº 7.18: Questões e desafios que se colocam aos hospitais (resumo)**

<i>Donde provém o desafio</i> <i>Tipo de desafio</i>	Estado e reguladores	Compradores de cuidados	Comunidade e media	Doentes	Profissionais e representantes	Outros Serviços **
1.Mudanças em doenças (ex. HIV) e na demografia *.			v	v		
2.Pressão para adoptar novas tecnologias, cada vez mais dispendiosas ***.			v	v	v	
3.Pressão p/ integrar cuidados e reduzir a inapropriação.	v	v			v	v
4.Exigência de maior qualidade do serviço (tempo, amenidades, interrelação)	v	v	v	v		
5.Reduzir despesa global, controlar custo de actos.	v	v				
6.Pressão p/ prestar contas pela eficácia, eficiência, qualidade e segurança actos.	v	v	v	v	v	v
7.Pressão para especialização.					v	
8.Novos sistemas de financiar e comprar (risco financeiro).	v	v				
9.Novos estatutos, do hospital e profissionais, e pressões <sup>188</sup> .	v				v	
10. Maior concorrência pelos doentes e profissionais.						v

(\*) Mudança de estilos de vida, envelhecimento da população, fluxos migratórios.

(\*\*) Serviços de saúde e sociais vistos como parceiros (clientes e fornecedores de doentes) e concorrentes.

(\*\*\*) Também os fornecedores de recursos exercem pressão.

O hospital terá que responder aos estímulos externos para a mudança, que impõem o ajustamento de produtos, processos e *performance*, à evolução do enquadramento geral (ex. financiamento) ou local.

Porém, verifica-se uma tendência para as estratégias dos *não lucrativos* (hospitais em particular) serem *listas de programas e actividades*<sup>189</sup>, não objectivos e mudanças de longo prazo, (Kaplan e Norton, 2001), e de corresponderem a orientação para o interior, mais que para o ambiente externo, devido à inexistência de plano estratégico de âmbito nacional ou regional (Brown *et al.*, 2005). O plano estratégico permite contrariar as diferentes estratégias e objectivos de grupos, o fraccionamento excessivo em unidades, a orientação para os profissionais, e, simultaneamente, reforçar a coesão e direcção do hospital, promovendo o alinhamento interno de planos, objectivos e actividades.

A maior legitimidade externa e interna, obtida pelo consenso alargado, permitirá ao hospital concretizar as prioridades de longo prazo e organizar as mudanças que forem necessárias na estrutura, nos sistemas de gestão e na cultura do hospital.

A estratégia fornece direcção e foco a todo o hospital nos diversos níveis e áreas de actuação, indicando o que fazer e, simultaneamente, o que não fazer, constituindo o papel chave da liderança,

<sup>188</sup> Para racionalizar, aumentar a eficiência e flexibilizar, vs maiores direitos e maior segurança dos trabalhadores.

<sup>189</sup> Confundindo os fins (objectivos e impactos desejados) com os meios (acções e programas que os irão concretizar).

que é definir e comunicar a posição única da empresa, escolher entre alternativas, forçando a coerência e ajustamento de actividades (Porter, 1996).

Com o planeamento estratégico visa-se a adaptação do hospital ao meio e, em especial, obter:

- a) Consenso com os stakeholders sobre a direcção, objectivos estratégicos e valores;
- b) Compreensão, colaboração e alinhamento entre a gestão e os profissionais, sobretudo clínicos;
- c) Maior performance e prestação de contas em todo o hospital – contratos internos com unidades intermédias de gestão, incluindo objectivos e consequências;
- d) Integração de cuidados e cooperação com outros serviços para melhor resposta à população;
- e) Adaptação interna do hospital, da sua estrutura, das políticas e sistemas de gestão, dos saberes, capacidades, comportamentos e atitudes das pessoas.

O impacto da estratégia pode medir-se no processo, nos produtos e nos resultados (Denis *et al.*, 1995).

O processo deve conduzir à formação de ampla coligação com direcção partilhada, maior compreensão mútua (gestão-clínicos) e consenso para a acção, desenvolvendo a confiança, reduzindo a ansiedade e a distância dos profissionais à gestão. Os seus produtos são objectivos, planos e programas de longo prazo, com determinada qualidade e grau de aceitação, interna e externa. Os resultados podem medir-se na implementação da estratégia, em melhorias efectivadas no hospital e na sua *performance*.

Um estudo empírico em hospitais públicos Canadianos concluiu sobre o planeamento estratégico:

- Não é mero mecanismo de racionalidade de decisão pois o papel político e social (reconhecimento e legitimação) é importante no contexto externo e interno.
- O seu impacto é avaliado positivamente (gestores mais que médicos), os benefícios do processo relevam sobre os resultados operacionais, verificando-se frequentes problemas de implementação;
- O processo é participativo, com análise extensa e muitos recursos. As orientações resultantes são fortemente influenciadas pela gestão global e pelas chefias médicas (Denis *et al.*, 1995).

A integração de *stakeholders* é outro dos benefícios esperados do processo estratégico.

### 7.3.2. Formulação e implementação da estratégia

É através do planeamento estratégico que se desenvolve o principal esforço de auscultar, compreender e integrar os *stakeholders* do hospital – os seus objectivos são diferentes e conflitantes, alguns económicos, outros políticos, de comportamento e de influência. Ampla participação e comprometimento são requisitos de sucesso da estratégia e irão garantir maior legitimidade da organização e da gestão.

Os *stakeholders* são pessoas e Serviços com poder para determinar o sucesso, ou insucesso, na implementação da estratégia do hospital. Podem ser: externos (compradores de cuidados, Estado, médicos referentes, doentes e seus representantes, comunidade, *media*, fornecedores, concorrentes); internos (gestores, médicos, enfermeiros e outros profissionais); de interface (gestão de topo e o BOD, quando existir, alguns médicos) (Malvey *et al.*, 2002; Dansky e Gamm, 2004).

O hospital pode obter dos *stakeholders*<sup>190</sup> informação e actuação desejada no ambiente externo<sup>191</sup>, satisfação dos seus objectivos, formação de coligação para a estratégia, mudanças no comportamento e atitude externa perante o hospital. Pode ainda adoptar uma atitude de avaliação e controlo, evitando a sua oposição ou actuação que prejudique a concretização dos objectivos definidos.

Os *stakeholders* **principais**, pelo poder de controlo de recursos críticos, são os médicos, os doentes, os terceiros pagadores, o Estado e os reguladores (Dansky e Gamm, 2004). A estes poderíamos adicionar os enfermeiros e os serviços em relação de referência.

A formulação da estratégia pressupõe a difusão de informação e o envolvimento profundo dos *stakeholders* principais, naturalmente respeitando: plano de saúde e orientações estratégicas nacionais, comuns às empresas públicas ou visando os hospitais (gerais, específicas); a estratégia e o plano de saúde regional, que não dispensam a auscultação frequente do organismo regional de saúde; o contrato indicativo de compra de serviços a 3 anos do SNS, quando exista.

A legitimidade, a obter dos compradores e da tutela, pressupõe o seu envolvimento desde o planeamento do processo de formulação da estratégia. O comprometimento do órgão regional de saúde é especialmente importante visto que, frequentemente, desempenha um papel duplo, de accionista – indicar e avaliar a gestão, acompanhar e controlar o hospital<sup>192</sup>, ratificar a sua estratégia – e de principal comprador, definindo o seu contrato anual e de médio prazo, requerendo coordenação de cuidados, redução de inapropriação, cumprimento de regras e requisitos de qualidade e segurança.

Relativamente à comunidade será essencial envolver as autarquias na definição dos grandes projectos físicos de mudança e auscultar os seus representantes nos órgãos do hospital sobre as alternativas em estudo. Outras instituições<sup>193</sup> poderão ser envolvidas de acordo com a sua importância para o hospital.

Quanto aos doentes e seus representantes, que deverão ser envolvidos sistematicamente e por regra em aspectos operacionais<sup>194</sup>, os seus contributos são fundamentais no planeamento, *design* e concretização de novos produtos e serviços, assim como no redesenho profundo da oferta. Os doentes e os familiares são decisivos para o sucesso do hospital, mesmo quando em concreto e pela assimetria de informação e conhecimento, seja visível a debilidade da sua representação, já que é para satisfação das suas necessidades que o hospital existe. Por isso, a sua participação deve acontecer num quadro mais vasto de orientação para as suas necessidades e preferências e de análise da satisfação que lhes será dada pelas soluções alternativas que se mostrem possíveis.

Para ter cuidados centrados no doente é necessária uma cultura apropriada e todo o hospital a funcionar *de facto* em função do doente, o que exige melhorias na comunicação e nas capacidades de relacionamento interpessoal bem como uma gestão centrada em pessoas (Gerteis *et al.*, 1993). No quadro nº 7.19, anexo 1, apresentam-se os princípios definidos por aqueles autores; no mesmo anexo, agora no quadro nº 7.20, apresentam-se as dez regras para redesenho de sistemas e organizações de cuidados de saúde (IOM, 2001).

<sup>190</sup> Malvey *et al.* (2002) classificaram a relação com o meio ambiente em 4 dimensões: de informação, representação, ligação, cultural.

<sup>191</sup> Recolher e filtrar informação, ou difundir, servir como *advogados* e *embaixadores* do hospital, etc.

<sup>192</sup> Incluindo a auditoria e fiscalização do cumprimento das normas e orientações existentes.

<sup>193</sup> Por ex., Misericórdias, Universidades e instituições de investigação, fornecedores.

<sup>194</sup> Por ex., auscultar sobre satisfação e adequação, *focus* grupos sobre problemas existentes e soluções alternativas.

Os hospitais vencedores do prémio Baldrige tinham um modelo de gestão semelhante que enfatizava: missão amplamente aceite; medição de *performance*; melhoria contínua de qualidade; *responsividade* às necessidades de doentes, profissionais e *stakeholders* da comunidade (Griffith *et al.*, 2005).

Porter (1996) caracteriza assim a estratégia nas empresas:

- Empresa suplantará a *performance* dos rivais se criar uma diferença que consiga preservar... oferecer maior valor aos clientes, criar igual valor a menor custo ou ambos.
- O posicionamento estratégico significa realizar actividades *diferentes* dos rivais ou actividades semelhantes de modo *diferente* – distingue-se da eficácia organizacional onde o que está em causa é obter excelência nas *mesmas* actividades ou funções individuais.
- O papel essencial da liderança é a formulação e implementação da estratégia, em que deve melhorar o carácter distintivo da empresa, o ajustamento e coerência das actividades e a comunicação da estratégia aos consumidores que a valorizem.

A estratégia provocará mudanças na dimensão e nas actividades desenvolvidas, em produtos e serviços (seu *mix*, qualidade, disponibilidade), mercados e consumidores (segmentos), canais de distribuição, tecnologia, financiamento (operações, investimentos) e recursos – ex. de capital vs trabalho, diferentes combinações de trabalho interno e externo. Mudará também a relação da empresa com os clientes e fornecedores, a forma de lidar com os trabalhadores, as políticas, processos e procedimentos, assim como a informação e demais sistemas de gestão.

As organizações não lucrativas devem “*focalizar os seus recursos limitados num número reduzido de objectivos e constituintes... tentar ser tudo para todos...garante a ineficácia organizacional*” (Kaplan e Norton, 2001). Por outro lado os hospitais enfrentam limitações acrescidas de capital e de modificação de capacidade: alta tecnologia e inovação, expansão e fecho de capacidade dependem da aprovação do Estado na maioria dos países. A menor latitude de decisão estratégica e a maior dependência de níveis superiores tem como contrapartida um menor risco de desaparecer conferido pela sua natureza e ligações – ex. planeamento da rede, ligação à comunidade.

Os hospitais públicos em SNS estão proibidos de seleccionar os clientes e as doenças a tratar, assim como de actuar sobre os preços dos produtos e serviços que oferecem. Por outro lado, é frequente enfrentarem mercados de factores em que a sua capacidade de influência é diminuta: elevada regulamentação no trabalho, oligopólios nos restantes. Resta-lhes por isso actuar sobre as actividades, os processos de produção e distribuição de cuidados, a tecnologia, a organização do trabalho e a estrutura, os sistemas de gestão, a cultura e valores.

Assim para os hospitais integrados num SNS a cooperação é “*mandatória*”, traduzindo-se em coordenação de cuidados e em colaboração, sendo a competição limitada. Haverá *coopetição* em ambiente muito regulado, sendo necessário cumprir o papel previsto para o hospital, evitar lacunas e duplicações de oferta. Nesse quadro um hospital poderá ter maior desenvolvimento em determinadas especialidades e áreas, em detrimento doutras, considerando a oferta existente noutros hospitais, mantendo-se o *match* de oferta e desde que daí resulte uma melhor solução global para a população.

Duas estratégias típicas<sup>195</sup>, a diferenciação e a procura de menores custos, afiguram-se como viáveis. Aquela apelando a especialização e inovação nos cuidados ou a colaboração mais estreita

<sup>195</sup> Este parágrafo inspirou-se na brilhante e saudosa Administradora Hospitalar, Dr.<sup>a</sup> Margarida Bentes.



com parceiros de cuidados, de ensino e de investigação; a de eficiência, respeitando a qualidade e segurança mas focando a atenção na redução do desperdício e no ajustamento de recursos em todo o hospital.

A estratégia do hospital terá que considerar: planos, programas e orientações existentes<sup>196</sup>; impacto do investimento (desinvestimento) na saúde da área e na capacidade de resposta do sistema; colaboração necessária (integração clínica), competindo onde não prejudique o interesse geral. Como a estratégia do hospital será validada pela região de saúde e aprovada superiormente (ministério ou agência nacional) esses aspectos serão sempre considerados.

Assim a estratégia num hospital integrado em SNS só faz sentido se considerar as limitações indicadas e as características específicas da actividade hospitalar.

De seguida apresentamos os principais conceitos<sup>197</sup> usados neste ponto 7.3.

**Missão:** razão por que o hospital existe, o que faz, quem serve.

**Visão:** direcção visada, no fim do período estratégico o que o hospital quer conseguir e como será<sup>198</sup>.

**Objectivo estratégico:** o que se quer atingir no médio/longo prazo, em *performance* e nas áreas chave.

**Estratégia:** como vamos atingir os objectivos estratégicos; inclui os mapas estratégicos, as políticas principais, os planos e programas plurianuais.

**Decisão estratégica:** “quando as acções tomadas, os recursos comprometidos, precedentes estabelecidos, e as consequências vividas são suficientemente significativas para alterar de modo crítico a saúde, reputação ou sobrevivência da organização” (Brown *et al.*, 2006).

**Alinhamento:** i) vertical, articulação dos planos e objectivos superiores (SNS) com os do hospital, e destes com os das unidades que o integram (estratégia detalha-se em objectivos, planos e orçamentos que permitem articular as actividades e objectivos em todo o hospital); ii) horizontal, refere-se à coordenação interna de actividades, através do sistema de objectivos, planos e orçamentos, que garante a integração interna - ex. BO com internamento de cirurgia.

**Análise SWOT:** avaliação das questões e desafios principais do hospital, no ambiente externo as oportunidades e ameaças e, no interior, os seus pontos fortes e fracos.

A estratégia será concretizada, no tempo – detalhada em objectivos, planos e orçamentos anuais –, através de políticas globais, de mudanças na estrutura e nos sistemas de gestão e, nas unidades que integram o hospital, pela definição de uma estratégia subordinada a ser concretizada de modo similar à do hospital. Como a estratégia do hospital deverá ser sempre validada pela região de saúde e aprovada ou rejeitada superiormente (ministério ou agência nacional) a consideração desses aspectos deverá ser, *ab initio*, tomada como se fosse obrigatória. Como a implementação da estratégia se consegue através da actuação de pessoas será essencial um grande esforço de comunicação, motivação e desenvolvimento assim como o reforço dos valores e da cultura que facilitem a concretização da visão do hospital.

As mudanças na estrutura organizacional, incluindo a repartição de funções, a atribuição de poderes e a divisão de trabalho, assumem importância especial dada a natureza e características do hospital.

<sup>196</sup> Por ex., redes de referência hospitalar, requisitos de qualidade e segurança dos actos.

<sup>197</sup> Os conceitos de cultura e valores foram apresentados no capítulo V.

<sup>198</sup> O estado desejado, comportamento e resultados que o hospital quer obter.

Há consenso sobre a importância da definição e funcionamento pleno de Estruturas Intermédias de Gestão – como os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) em Portugal –, descentralizando a gestão para o nível intermédio, associando os clínicos a um orçamento e objectivos relacionados com consequências (ex. incentivos), e comprometendo-os na sua concretização e na prestação de contas subsequente (contrato interno escrito). Estas mudanças devem respeitar quatro princípios: envolvimento clínico; descentralização com prestação de contas; desenvolvimento do espírito de equipa entre os profissionais; introdução de sistemas de informação de gestão (Chantler, 1999). Os hospitais estão a mudar a estrutura e o relacionamento, actuando em três grandes categorias, articulação externa, redesenho, envolvimento; ver quadro nº 7.22.

#### Quadro Nº 7.22: Mudanças nos hospitais - adaptado de Lega e DePietro (2005)

- 1- **Articulação externa** (inter-organizacional) - Integração externa, clínica (vertical na cadeia de cuidados ou horizontal doutros hospitais) e colaboração dentro do sistema de saúde e com os *stakeholders* principais.
- 2- **Redesenho** (estrutura interna)
  - 2.1. Integração clínica interna: agregação de unidades (por especialidades, por órgãos, processos de cura ou idades); cuidados a cargo de grupos multidisciplinares;
  - 2.2. Integração de recursos: reunir recursos para uso comum (ex. camas); redesenho físico para aumentar potencial de uso comum de recursos e flexibilidade do hospital.
  - 2.3. Foco no doente: agrupar enfermarias conforme a gravidade (ex. intermédios), a estadia esperada (ex. unidade de fim de semana) ou os cuidados requeridos (ex. com ventilador).
- 3- **Envolvimento** (cultura organizacional)
  - 3.1. Redesenho de gestão: novos métodos de gestão da *performance* com ligação a mudança nos sistemas (informação, incentivos, recrutamento);
  - 3.2. Novos papéis clínicos: director de departamento (CRI), chefe de projecto, coordenador de especialidade, gestor de admissões, gestor de risco, líder de grupo de trabalho.

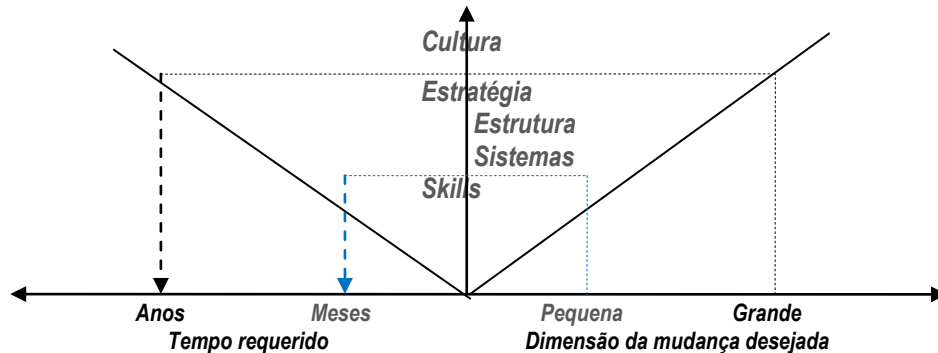
Em novos hospitais poder-se-á optar por estrutura, física e organizacional, de centros de cuidados. Nessa modalidade o hospital organiza-se por grandes áreas (ex. aparelho digestivo) autónomas, como um centro de resultados, e em que ao mesmo espaço físico ocorrem os diferentes especialistas que os doentes precisarem para diagnóstico<sup>199</sup> e tratamento (normal e intensivo).

São conhecidos os oito passos de mudança de Kotler: 1º Estabelecer um sentido de urgência; 2º Criar uma coligação que guie a mudança; 3º Desenvolver uma visão e uma estratégia; 4º Comunicar a visão de mudança; 5º Dar poder para actuação; 6º Gerar metas de curto prazo; 7º Consolidar os ganhos e produzir mais mudança; 8º Ancorar novas aproximações à mudança na cultura (Kotler, 1995).

Pela especificidade do hospital esses passos devem aplicar-se sublinhando a vertente estratégica, a ampla participação e comunicação dos profissionais, os aspectos comportamentais e de cultura. Na verdade os processos de mudança profunda no hospital são normalmente complexos, demorados e de desfecho imprevisível, dado não ser fácil à gestão actuar sobre as cinco componentes essenciais e ajustá-las entre si, fazendo-o no tempo necessário para operar e congelar a mudança, de modo a obter a visada melhoria de desempenho (ver gráfico seguinte).

<sup>199</sup> Os meios de diagnóstico específicos, as consultas, o hospital de dia, todo o internamento estará no referido espaço.

Gráfico Nº 7.3: Melhoria da capacidade de desempenho (Adler *et al.*, 2003)



O planeamento estratégico constitui uma oportunidade única para a gestão do hospital, por ser imposto do exterior (tutela, financiadores), por se tratar de processo com envolvimento extenso dos *stakeholders* e em que a participação é assumida voluntariamente pelos clínicos. Essa participação deve ver-se como a extensão natural doutras formas de comprometimento, como a governação clínica, o envolvimento em comissões e grupos de melhoria, tendentes a criar visão e objectivos comuns, orientação para resultados e para maior responsabilização no hospital.

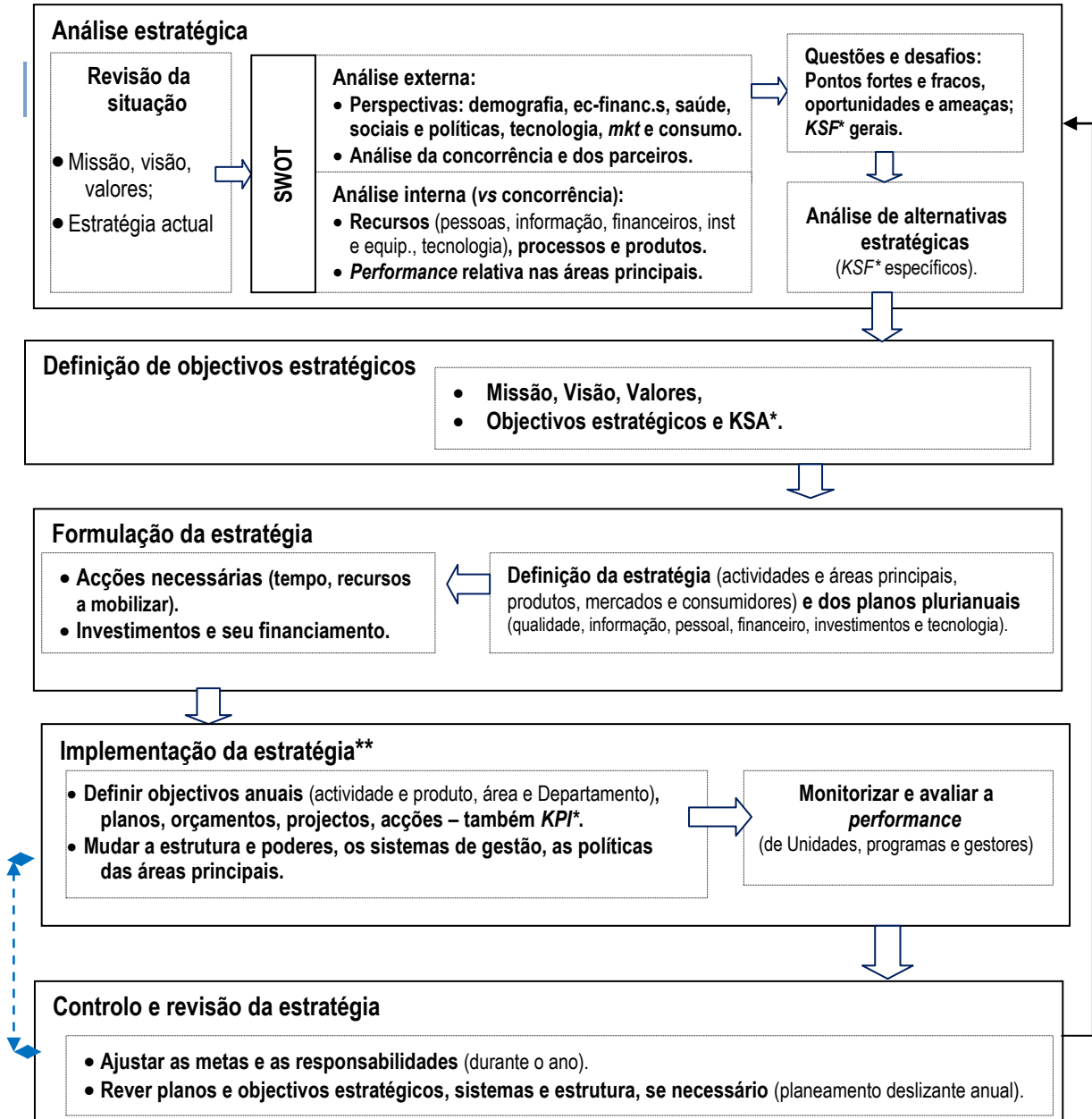
A formulação do plano estratégico, como processo estruturado e dirigido do topo, contraria o processo *normal* de formação da estratégia no hospital. Esta resultaria da negociação e ajustamento mútuo entre gestores, médicos e agências estatais, (Denis *et al.*, 1995), o que se situa na linha do defendido por Mintzberg (1979) da decisão no hospital ser predominantemente *bottom-up*.

O planeamento estratégico desenvolve-se em cinco fases, conforme se descreve no diagrama nº 7.3, da página seguinte:

- 1ª Análise estratégica;
- 2ª Definição de objectivos;
- 3ª Formulação da estratégia;
- 4ª Implementação da estratégia;
- 5ª Controlo e revisão.

Em todo o processo é vital a obtenção de informação proveniente de diversas fontes: de médicos e gestores, da concorrência, de fornecedores e parceiros, do hospital, da comunidade, do Estado. A análise de *performance*, face a hospitais semelhantes, facilita o processo e é indispensável, para as fases de análise, formulação de objectivos e controlo e revisão. A fase de controlo ocorre durante o ano, ajustamento de valores e responsabilidades em função da *performance* e das condições reais de exercício, e anualmente, com reanálise de toda a estratégia para garantir a adequação dos planos e objectivos de médio prazo (planeamento *deslizante*).

Diagrama Nº 7.3: Fases do planeamento estratégico



(\*) *KSF* = Factores chave de sucesso, *KSA* = Áreas chave de sucesso, *KPI* = Indicadores chave de performance.

(\*\*) Identificar os responsáveis por acções, fixar poderes e metas (tempo, eficiência, etc.), a forma de medir e as consequências dos resultados.

Impressiona na descrição da estratégia dos hospitais vencedores<sup>200</sup> do *Prémio Baldrige* a:

- a) Disciplina que a estratégia impõe a todo o hospital com a *performance* esperada (trimestral, anual) a ser traduzida nas Unidades e reflectida nas pessoas (gestores, profissionais);
- b) Integração, com a estratégia conduzida pelos líderes, comunicada, traduzida em regras (políticas, procedimentos, padrões de comportamento) e vivida em todo o hospital – alinhamento instrumental e cultural com atitudes e comportamentos avaliados e reforçados;
- c) Ligação, através da gestão da *performance*, entre os objectivos estratégicos e as mudanças de processos, via esforços de melhoria contínua associados à medição, à avaliação de resultados operacionais (cumprimento de metas, padrões e boas práticas) e a incentivos.

Para a implementação da estratégia o *Balanced Scorecard* é um instrumento adequado, nomeadamente quando aplicado em diferentes níveis (hospital, CRI, Unidade), porque: traduz a estratégia em objectivos, sintetizando e clarificando a direcção que se pretende para o hospital (instrumento de comunicação); transpõe os objectivos estratégicos em táticos (anuais, de cada Unidade e pessoa) e faz a ligação aos programas e acções que irão permitir a sua concretização (instrumento de ligação); permite a monitorização e o controlo da estratégia (instrumento de controlo).

Convém lembrar que numa organização baseada em informação e em profissionais peritos, como é o hospital, não é recomendável separar a formulação, deixada à gestão e aos executivos, da sua execução, a cargo dos gestores operacionais e profissionais. Impõe-se o envolvimento profundo e a busca do *feedback* que reforce e aperfeiçoe as linhas de acção e o ambiente criados pela gestão de topo, os quais irão permitir uma torrente de escolhas (*top-down*) e o fluxo de informação referido – “*Choiceless-Doer*” vs “*Choice Cascade*” (Martin, 2010).

Os hospitais com *performance* de topo nos EUA tinham práticas que evidenciavam o comprometimento da gestão com a qualidade, o envolvimento profundo dos profissionais na decisão e em projectos de melhoria, uma cultura de melhoria e partilha de resultados, adequada gestão da informação e da *performance* (Williams, 2006) – ver maior discriminação no quadro nº 7.24 no anexo 1.

Já vimos também que o hospital é uma organização muito complexa e distinta do padrão industrial, com serviços (intangíveis) difíceis de identificar, medir, qualificar e cujo impacto na saúde (bem último que se procura) é também difícil de determinar. Porque a vida está em risco, porque se trata de serviço pessoal muito especializado e com informação muito assimétrica a favorecer os profissionais<sup>201</sup>, tudo deles fica dependente: a produção (volume, diferenciação e qualidade dos actos), a qualidade do serviço prestado, a eficiência das operações e *performance* financeira, a adaptação (mudança de processos, adaptação às mudanças impostas pelo meio), etc.

Os profissionais estão no centro de toda a mudança no hospital e são o componente chave para o sucesso de qualquer estratégia, não sendo de estranhar que se tenha concluído que os resultados do hospital são largamente dependentes dos intangíveis, a começar pela motivação, os valores e cultura, a inspiração e outros elementos ligados às pessoas, vide quadro nº 7.22 no anexo 1. A *performance* organizacional em ambiente público<sup>202</sup> pode ser explicada por seis elementos<sup>203</sup>

<sup>200</sup> Poudre (2008), Sharp (2007), Mercy (2007), Bronson (2005), RWJU (2004), Baptist (2003), Saint Luke (2003).

<sup>201</sup> Relembramos que são eles os peritos, detendo o conhecimento e as capacidades para boa produção e resultados operacionais.

<sup>202</sup> Estudo empírico em 99 organizações locais de Israel.

<sup>203</sup> Capacidade da gestão, capital humano, auditoria interna, relações laborais, cultura organizacional, reputação organizacional.

intangíveis, em especial pela cultura e reputação organizacionais, e pelas interações entre elas (Carmeli e Tishler, 2004).

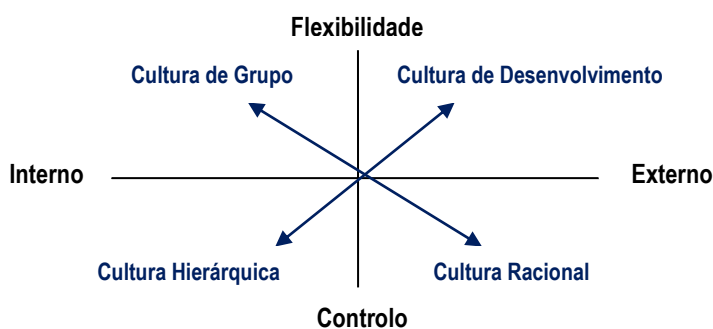
Se a estratégia descreve *o que* a organização vai fazer, os valores e cultura organizacional indicam *como* vai fazer-se, e a gestão da mudança e o alinhamento cultural terão que ser integrados – este alinhamento exige a explicitação dos valores e dos comportamentos com eles congruentes (Atchinson, 1999).

Estas conclusões vêm reforçar a necessidade de a gestão global integrar os profissionais e os seus objectivos, e actuar na comunicação, motivação e desenvolvimento das pessoas, na implantação de valores e cultura que unam e inspirem, facilitando, assim, o ajuste mútuo no trabalho e as boas decisões nas múltiplas unidades do hospital.

### 7.3.3. Cultura e *performance* em hospitais

A cultura de uma organização dá coesão e orienta as pessoas nas suas acções e decisões, permitindo reduzir o controlo formal e hierárquico. Quando integrada com a estratégia facilita a concretização dos objectivos e as mudanças nela incluídas. Pode classificar-se através dos quadrantes do CVF (*Competing Values Framework*) em hierárquica, de grupo, racional e de desenvolvimento (Denison e Spreitzer, 1991). Esse esquema considera duas dimensões, estrutura e foco, cada uma com duas orientações: controlo/flexibilidade e foco interno/externo – ver gráfico seguinte.

**Gráfico Nº 7.4: Quatro culturas organizacionais (Denison e Spreitzer, 1991)**



Naturalmente as organizações não apresentarão uma destas culturas em exclusivo, antes uma combinação com um determinado perfil, que traduz o grau de aderência a cada uma daquelas e em que uma será dominante, cultura de equilíbrio (Vestal *et al.*, 1997; Davies *et al.*, 2000; Stock *et al.*, 2007).

As pessoas agem de acordo com os seus valores e a cultura organizacional é um conjunto de valores partilhados. Assim a cultura organizacional gera expectativas de comportamento que conduzem as pessoas a actuar consistentemente com essa cultura (Gregory *et al.*, 2009). Esses autores reconhecem que a saúde exige empatia, compaixão, uma relação e ambiente de apoio, assim como preocupação com a qualidade e com o desenvolvimento das pessoas, o que a cultura de grupo fornece.

Nos hospitais, pela natureza do serviço e pelas normas próprias das suas profissões, encontramos com maior frequência<sup>204</sup> a motivação relacionada com afiliação, pessoas que funcionam melhor em grupo, desejam apoiar, ser apoiados e relacionar-se bem com os outros, e procurando o reconhecimento e recompensas de grupo (Atchinson, 1999). Porém uma orientação apenas para o interior não facilita a adaptação do hospital às mudanças no ambiente externo.

O futuro irá sublinhar a importância de os consumidores serem mais envolvidos na sua saúde e na opção de cuidados, de os prestadores acrescentarem valor para os doentes (centrar nas suas necessidades) e de assegurarem a continuidade de cuidados e boas decisões na rede de saúde (Porter, 2009).

Uma cultura de equilíbrio permitirá obter a estabilidade e coordenação da cultura hierárquica, a motivação e coesão interna (grupo) e a flexibilidade para resposta ao exterior (desenvolvimento).

A cultura burocrático-funcional, dominante nos hospitais, deve evoluir de modo a integrar novos valores. Se se quiser assentar sobre a qualidade, o serviço prestado e a satisfação do consumidor então é adequada cultura que focaliza em processos; se a preocupação for o tempo de ciclo e a inovação será uma cultura baseada no tempo; se a preocupação for de flexibilidade e adaptabilidade a cultura será de rede (Vestal *et al.*, 1997).

Mas a cultura prevaiente nos hospitais está ainda marcada por diversas subculturas. A cultura emerge nas unidades através dos valores partilhados e dos comportamentos e atitudes, alguns ensinados e outros imitados, os quais conduzem a visão comum, a forma semelhante de avaliar e decidir (Davies *et al.*, 2000). Assim não surpreende que sobre a autonomia e os valores dos grupos profissionais<sup>205</sup> e das especialidades se formem inúmeras subculturas no hospital, características de cada grupo profissional e da especialidade/unidade em que se inserem.

Esta situação beneficia as especialidades mais influentes, gera maior rigidez e orientação para o interior, e convida à competição interna<sup>206</sup>, ao invés de colaboração e coordenação, enfraquecendo o hospital na sua flexibilidade e *performance* – essenciais para a sua sustentabilidade futura.

Novos valores e culturas surgiram nos hospitais: de gestão, de qualidade e de centralidade no doente.

A cultura de gestão surgiu no âmbito da designada NGP e das mudanças que os desafios de racionalização impõem a todos os sistemas de saúde. Veio reforçar a orientação para o exterior e para adaptação às mudanças (de regulação, financiamento, aquisição de cuidados), com focalização em objectivos comuns, uso de técnicas e mecanismos da gestão, envolvimento e participação nas decisões no hospital. A prestação de contas, nas diversas dimensões e em todos os níveis e locais do hospital, é privilegiada e impõe a definição de objectivos, a avaliação das pessoas de acordo com os resultados obtidos e dos comportamentos, face a metas quantitativas e a padrões pré-definidos, dirigidos para doentes, colegas, compromissos éticos do hospital.

A cultura de qualidade assenta na prevenção de riscos e na definição e comparação com padrões de boas práticas, que permitem a decisão baseada na evidência (clínica, de gestão), e visa a melhoria contínua de processos, de produtos e dos seus efeitos – *outcomes* e aprendizagem mútua (gestão-clínicos, dos profissionais entre si). As pessoas são motivadas a comunicar os erros e quase erros, sem receio de crítica e castigo, porque só assim se previnem problemas e cria maior

<sup>204</sup> Desejo de poder mais em gestores e líderes médicos, e de realização, em *campeões* e líderes de grupos de melhoria.

<sup>205</sup> Agrupados em colégios e sob a jurisdição de ordens a que o Estado conferiu poderes especiais.

<sup>206</sup> Lutas internas, conflitos inter-unidades e estratégias de captura que conduzem à fragmentação.

abertura à inovação e à mudança, mas também porque resultará em maior aprendizagem organizacional do indivíduo, unidade e hospital.

Centrar no doente e nas suas necessidades exige mudar processos e comportamentos, adoptando a coordenação interna e externa de cuidados como um requisito imprescindível. Os efeitos nefastos do consumismo na saúde impõem, pelo menos em SNS, o combate à inapropriação através do funcionamento pleno da rede de cuidados.

A satisfação dos profissionais surge como causa (efeito da motivação que gera esforço inicial e investimento pessoal) e como resultado da *performance* do hospital. Assim, a gestão deverá criar um quadro de referência – estratégia, estrutura, sistemas de gestão, etc. – que permita excelentes resultados por todo o hospital e que facilite o desenvolvimento das pessoas, enquadrando-as numa cultura e valores comuns e partilhados.

Que relação da cultura com a *performance*? Um estudo empírico concluiu: o envolvimento e adaptabilidade são indicadores de flexibilidade, abertura e *responsividade* e fortes preditores de crescimento; a consistência e a missão, são indicadores de integração, direcção e visão, e antecipam a rendibilidade; cada um dos *quatro traços de cultura* tem capacidade de antecipar a qualidade, a satisfação profissional e a *performance* global (Denison e Mishra, 1995).

Conclusões que não surpreendem: a cultura de grupo e a cultura hierárquica (foco interno) apontam para estabilidade, requisito para eficiência e rendibilidade, apelando ao controlo; a cultura de desenvolvimento e a cultura racional (foco externo) são indutoras de mudança, produzem resposta e adaptação do hospital, requerendo flexibilidade. Trata-se de um bom equilíbrio que poderá propiciar melhor *performance*.

Mas não basta saber os efeitos dos traços de cultura na *performance* desejada, importa concretizá-la. Como passar dos *silos funcionais* e das várias subculturas que caracterizam o hospital para cultura organizacional comum? A única certeza é a dificuldade da mudança.

Tal como no processo de transformação da gestão do sistema de saúde dos *Veteranos* nos EUA “a *estrutura organizacional apenas fornece um molde sobre o qual novas atitudes e comportamentos serão encorajadas e recompensadas, e a partir dos quais uma nova cultura organizacional possa crescer... esta mudança não será fácil ou sem dor*” (Kizer, 1995).

Os princípios éticos dos profissionais distinguem-se dos da Administração Pública e dos gestores. Naqueles os princípios da profissão impõem a necessidade de proteger a vida e a saúde, de assegurar justiça e equidade nos cuidados de saúde e a primazia da autonomia das pessoas para decidirem sobre quais os cuidados de saúde que desejam (Chantler, 1999). Embora os profissionais e os gestores do SNS estejam sujeitos aos princípios éticos públicos, estes não excluem nem dominam os dos profissionais – ver o quadro nº 7.23 no anexo 1.

Enquanto os clínicos estão orientados para as necessidades do doente (indivíduo) e para a melhoria da sua saúde (*beneficiação*), a gestão centra-se nas necessidades de grupos de doentes e da população, procurando obter os melhores resultados com os recursos existentes e tendo em conta os objectivos dos principais *stakeholders* (ótimo global).

Assim, para garantir que a especificidade da saúde é considerada e que há aproximação de valores clínicos-gestão, parece justificar-se que os gestores do SNS disponham de um código de conduta específico para além do que possa existir para os gestores públicos.



Por outro lado a MCQ (melhoria contínua de qualidade) representa uma síntese de visões (gestão, clínica), de objectivos (eficiência e redução de desperdício, segurança e qualidade) e de saberes. Trata-se de uma metodologia orientada para resultados<sup>207</sup> e integradora (inclui as diferentes ópticas sobre um problema) podendo usar-se onde a melhoria faz mais sentido e a integração é mais necessária embora difícil de concretizar – nos processos e nas áreas operacionais. Como ponte entre o mundo da gestão e os da cura e dos cuidados pode usar-se, no nível de topo, na governação clínica e na gestão da *performance* global, nas dimensões da eficiência, qualidade e segurança. Pressupõe que haja descentralização de poderes e uma cultura que favoreça a sua difusão.

Mais que a eliminação ou sobreposição da cultura dos profissionais pela da gestão, ou da gestão por aqueles, uma nova cultura produzirá integração, garantindo cuidados de elevada qualidade, um serviço que satisfaça os doentes, autonomia técnica e desenvolvimento dos profissionais, eficácia e eficiência globais para garantir a sobrevivência do hospital (com autonomia). A coordenação pela cultura permite maior autonomia e é melhor aceite pelos profissionais (pressupõe o autocontrolo e controlo pelos pares).

Desenvolver uma cultura e valores comuns exige articular e criar sinergias, respeitar os valores essenciais dos profissionais e os novos valores – assim se conseguirá cultura de unidade, que actue como a *cola* que mantém a diversidade e autonomia a trabalhar em uníssono. O desenvolvimento da cultura organizacional far-se-á por dupla convergência: de valores e princípios; da promoção e reforço de atitudes e comportamentos.

O quadro comum de referência inclui a estratégia, com definição da missão, visão e valores do hospital, e mudanças nos sistemas de gestão, nomeadamente: planos, orçamentos e objectivos; informação, comunicação, medição; recrutamento, formação e avaliação; promoção, reconhecimento e retribuição; qualidade, segurança e melhoria de eficiência. Damos dois exemplos:

- i) O *Baptist hospital* e a cultura de “*no secrets and no excuses*” combinando comunicação e transparência, responsabilidade e resultados a obter, todo o apoio da gestão (facilitar e treinar), reconhecimento e recompensa baseada nos resultados e comportamentos (Baptist, 2003).
- ii) A formação dos profissionais deverá dar-lhes uma perspectiva mais ampla do hospital, da sua estratégia e dos seus valores, e conhecimentos e capacidades para colaborar na sua melhoria: novas aptidões pessoais (ex. ouvir, esclarecer e ajudar o doente a decidir); conhecimentos na área da qualidade e em projectos de melhoria; conhecimentos nas áreas de informação e da gestão, incluindo definição de objectivos, medição, avaliação, motivação e incentivos.

O código de conduta do hospital para além de publicado deve ser vivido, ligado à formação e avaliação das pessoas, à motivação e promoção de comportamentos, a mecanismos de garantia contra abusos e maus desempenhos da gestão.

#### 7.3.4. Conclusões

A estratégia do hospital será sempre marcada por um conjunto de responsabilidades e por componentes obrigatórias para melhorar a eficácia organizacional:

---

<sup>207</sup> Detectar e priorizar problemas, definir objectivos e acções, implementar um *piloto*, medir, etc.

- a) Perspectiva de saúde. A gestão considera prioritários os resultados a obter na saúde e adopta uma visão integrada do sistema de saúde – respeito por planos e estratégias supra hospitalares, perspectiva de cooperação, de coordenação e integração de cuidados;
- b) Orientação para o doente. Impõem-se como quadro de referência em todo o hospital o respeito pelo doente, seu envolvimento no planeamento de serviços e na decisão de cuidados;
- c) Melhoria de segurança e de qualidade. A garantia de segurança, a prevenção de erros e outros acidentes, os esforços para melhorar os cuidados, adaptar os processos e as decisões às melhores práticas, assumem no hospital importância *major*;
- d) Redução do desperdício. A procura de eficiência, o combate à inapropriação e a todas as formas de desperdício constituem um dever para todos os profissionais e gestores;
- e) Decisão participada. A natureza<sup>208</sup> do hospital aconselha a que a decisão seja participada, para além de baseada em evidência, e que se procure a integração de objectivos dos profissionais e das unidades, começando por missão e valores partilhados.

A estratégia terá que ser traduzida em objectivos e actividades de curto prazo, com os indicadores correspondentes, que permitam medir, monitorizar e avaliar, de modo a:

- a) Eliminar a confusão e a ambiguidade de objectivos no hospital;
- b) Dar direcção comum e ligar as perspectivas da gestão de topo e das operações;
- c) Focalizar as pessoas nas prioridades e afectar os recursos em conformidade;
- d) Seleccionar as opções de oferta (produtos e serviços, sua quantidade, qualidade e tempo) que melhor se adaptem às necessidades a satisfazer;
- e) Contribuir para orientação para resultados, para o reforço da prestação de contas e de cultura que facilite o cumprimento da missão;
- f) Garantir a concretização eficiente da estratégia e aumentar a sustentabilidade do hospital.

O BSC facilita a implementação da estratégia do hospital, permitindo acompanhamento e controlo adequados, em especial quando a sua aplicação acontece aos diversos níveis de gestão.

A estratégia desempenha um papel fulcral na melhoria da *performance* e na adaptação do hospital. Por isso o papel principal da gestão de topo é a formulação e implementação da estratégia. A avaliação dos gestores passa necessariamente pelo sucesso, maior ou menor, na concretização da estratégia aprovada.

Do planeamento estratégico obtêm-se resultados que traduzem a *performance* do hospital e o grau de sucesso na aculturação e satisfação dos profissionais, que antecipam os resultados futuros – fica assim disponível a informação mais relevante para a avaliação da gestão de topo.

Requisitos para cultura organizacional adequada:

- Estrutura clara, com definição de responsabilidades e poderes, padrões de comportamento e de boas práticas<sup>209</sup>, políticas e procedimentos principais;
- Sistemas de gestão apropriados e a funcionar de modo congruente;
- Promover a valores essenciais do hospital o trabalho de equipa, o centrar nos doentes, a qualidade e a melhoria contínua de resultados, o envolvimento na decisão e nas mudanças;

<sup>208</sup> A transparência e outros requisitos e valores decorrem do carácter público do hospital.

<sup>209</sup> Código de conduta, princípios de bom governo das EP, *guidelines* e protocolos clínicos, regras de gestão, normas de contabilidade aceites.

- Ligar a prática dos novos valores à avaliação, à promoção, às recompensas e à prestação de contas e convertê-los em elementos vivos pela actuação de líderes visíveis e exemplares;
- Usar a MCQ, a definição de objectivos<sup>210</sup>, a avaliação de resultados e comportamentos, a procura de satisfação de profissionais e doentes como pontes para a mudança cultural.

#### 7.4. Incentivos em saúde e hospitais

A descentralização facilita melhores decisões mas dificulta a coordenação e requer incentivos (em sentido amplo, incluindo a avaliação e outros mecanismos) para alinhamento principal-agente. Em contrapartida a centralização diminui o problema de coordenação mas não existem incentivos para boas e rápidas decisões (Eid, 2004) – no quadro nº 7.25, no anexo 1, enumeram-se os benefícios e custos da descentralização. A privatização é vista como o limite máximo da descentralização na AP, mas nem sempre é possível ou politicamente viável.

A NGP introduziu reformas que mitigaram as limitações da AP mas que são insuficientes nos hospitais, considerando a sua natureza e especificidade. Os incentivos na AP terão menor impacto devido a: multiplicidade de objectivos, dificuldade de medir os resultados e compará-los com padrões e boas práticas; *stakeholders* têm objectivos conflitantes; dispersão de propriedade (Tirole, 1994; Eid, 2001).

A empresarialização dos hospitais representa um compromisso entre unidades integradas na AP e a privatização, mantendo a propriedade e gestão pública, oferecendo alguma descentralização através da separação de papéis do Estado – financiar e comprar, regular, poder accionista/de tutela – e de funcionamento em mercado regulado por contrato de aquisição de serviços. Melhora a capacidade de investimento, via capital social e possibilidade de pedir empréstimos, e facilita o desenvolvimento de uma estratégia que irá permitir maior autonomia e responsabilização do hospital, ainda que balizada por mais apertada e diversificada regulamentação (designadamente, submissão de muitas decisões ao regime de autorização prévia). Como, apesar de tudo, haverá maior autonomia e discricionariedade na gestão do hospital, requer-se a esta maior monitorização, o que permite aligeirar o controlo das leis pela gestão da *performance*, e a criação de incentivos que promovam o alinhamento de objectivos do agente com o principal, particularmente do hospital com o Estado e das unidades e profissionais do hospital com a gestão de topo.

Analizamos de seguida o papel que os incentivos podem assumir nessas relações de agência, visto que a relação Estado-gestão de topo está directamente ligada ao tema da dissertação e dado que a relação entre a gestão e as unidades e profissionais é decisiva para o sucesso da gestão global.

##### 7.4.1. Incentivos à gestão e ao hospital

A teoria da agência defende os incentivos, com outros mecanismos de controlo, para alinhamento principal-agente quando há assimetria de informação<sup>211</sup>, diferentes objectivos e capacidades.

Para um principal com objectivos multidimensionais a questão consiste em levar a gestão a esforçar-se em todas as dimensões incluídas na missão do hospital, sendo certo que a ausência de incentivos financeiros fortes (detenção de acções) reduz a motivação da gestão para obter

<sup>210</sup> Pessoas, da Unidade e CRI, de projectos e comissões, do hospital.

<sup>211</sup> Os profissionais de saúde beneficiam de muito maior conhecimento e o seu comportamento é dificilmente observável.

resultados financeiros à custa doutros aspectos, importantes mas dificilmente observáveis (Peyra e Pink, 2001). Assim o risco moral, de a gestão comprometer a qualidade e o serviço prestado à comunidade para favorecer o lucro e a obtenção de ganho financeiro, está à partida mitigado nos hospitais não lucrativos, pelo que haverá maior alinhamento de objectivos e menor problema de agência.

Em sistemas de tipo SNS o problema de agência, na relação do Estado com o hospital e sua gestão, não será agudo se houver: prestação e monitorização de informação com carácter frequente e amplo; estratégia, planos e objectivos anuais aprovados previamente pelo Estado; controlo do hospital através da aquisição de serviços; nomeação da gestão pelo Estado e contrato com ela celebrado. O problema agravar-se-á com politização excessiva e diminuição da acção do Estado, por cedência a *stakeholders* locais poderosos associados a interesses corporativos, ou por deficiências na função accionista.

Pode melhorar-se o alinhamento principal/agente melhorando a informação, a cultura e os incentivos. Relativamente à gestão global do hospital, um sistema de avaliação será um bom exemplo de aplicação dessa conclusão, se integrar: informação comparativa, incluindo metas e padrões de referência, a ser publicitada periodicamente; código de conduta de gestores; incentivos e sanções à gestão em função dos resultados conseguidos.

Sob o ponto de vista económico os incentivos justificam-se para evitar: risco moral (motivar a esforço); selecção adversa (obter maior informação); custos (menor despesa de verificação e controlo<sup>212</sup>). A gestão valoriza-os ainda porque diminuem a resistência e aumentam a cooperação em projectos de melhoria, sobretudo nos de maior drasticidade e complexidade.

Incentivos à gestão de topo podem visar o curto prazo, incidindo sobre os resultados do ano e aspectos operacionais, ou o longo prazo, focalizando-se na missão, cultura, melhoria da qualidade e desenvolvimento de activos (Flannery e Bolster, 1999).

Numa entidade não lucrativa o objectivo da gestão não é o lucro, pelo que a sua *performance*, como o salário e incentivos, será determinada por outro critério, (Newhouse, 1970). Usar apenas medidas financeiras como critério para incentivar não é apropriado porque não representam bem os objectivos do hospital e geram efeitos perversos – ex. “*compor os números*” ou obter melhor resultado financeiro comprometendo a qualidade. Além dos financeiros são objectivos essenciais dum hospital não lucrativo o serviço à comunidade, a educação, a investigação, a qualidade, os serviços de baixo volume e os cuidados não pagos (Peyra e Pink, 2001). Cada uma destas vertentes deve pesar, para mais ou para menos, na definição dos objectivos.

A retribuição dos CEO das empresas é dupla da dos hospitais mas aqueles têm variação oito vezes maior, (Peyra e Pink, 2001), e em hospitais não lucrativos (privados) nos EUA aquela retribuição é significativamente superior à dos Municipais, os quais apresentam pior *performance* (Eldenburg e Krishnan, 2003). Um estudo no Canadá concluiu que a retribuição dos CEO não estava relacionada com a *performance* financeira do hospital (Reiter *et al.*, 2009).

Parece poder concluir-se que os gestores de hospitais não lucrativos são mais avessos ao risco, obtêm satisfação e motivação doutras fontes e enfrentam menor risco global que os das empresas. Por outro lado, salários mais baixos e menores incentivos limitam a capacidade de seleccionar bons gestores, de os reter e de os motivar, o que pode explicar *performance* inferior do hospital. Este aspecto será importante num ambiente de intensa competição, de turbulência e se houver elevada

---

<sup>212</sup> Custo de maior ou menor supervisão, auditoria e fiscalização.

discricionariedade da gestão – na AP, com planeamento e controlo por organismo central, será menos importante.

Os hospitais do RU caracterizam-se por serem numerosos, homogéneos e funcionarem sob controlo central (da gestão e medição da *performance*<sup>213</sup>); daí haver maior constrangimento da gestão e menor assimetria de informação a seu favor. Estas características parecem explicar a forte associação obtida no estudo, entre a rotação dos CEO e a *performance* do hospital, que não encontrou qualquer associação entre esta e a retribuição do CEO (Ballantine *et al.*, 2008).

No RU concede-se maior autonomia e flexibilidade aos hospitais com melhor *performance* (3 estrelas). Motivar intrinsecamente a gestão de topo faz sentido se considerarmos que os incentivos financeiros, na importância atribuída pelos gestores dos hospitais, aparecem apenas em quarto lugar e abaixo de: oportunidade de oferecer serviços que respondam melhor aos doentes; oportunidade para melhorar o moral e as condições de trabalho dos profissionais; maior autonomia e auto-determinação no seu nível de decisão (Mannion *et al.*, 2000).

Deve sancionar-se a *performance* pobre com cessação do contrato de gestão, para além da publicação da *performance* do hospital e de resultados de auditorias. Para reforço da ética pública justifica-se ainda prever a devolução de incentivos indevidamente pagos e a cessação dos gestores que tenham promovido a manipulação de informação, independentemente da sua *performance*.

Avaliação e incentivos à gestão devem conjugar-se com outros mecanismos de regulação e controlo externo como sejam: cumprimento de metas nacionais e de requisitos de qualidade, feitas quer pelo regulador quer pelos compradores de serviços; fiscalização do cumprimento das leis e regras, dos valores públicos e de código de conduta para gestores do SNS.

O problema de agência com a gestão intermédia pode esbater-se através de: replicação do modelo de avaliação da gestão de topo; comprometimento na estratégia e em projectos de melhoria; contrato interno escrito que inclua objectivos, metas e orçamento; mudanças na cultura e valores; introdução de incentivos. Os gestores intermédios e operacionais têm um papel decisivo na *performance* do hospital pelo seu papel de ligação entre os profissionais e a gestão de topo, nomeadamente:

- a) Fazer a ponte entre a estratégia e a sua concretização prática através das políticas, dos planos, objectivos e actividades contratadas;
- b) Acompanhar, apoiar e controlar as actividades e a *performance*, promovendo as mudanças necessárias em recursos e processos;
- c) Fazer cumprir as regras e procedimentos, assim como promover a cultura e valores do hospital;
- d) Alimentar a gestão de topo com os interesses, objectivos e expectativas dos profissionais, bem como alertar para as ameaças e oportunidades percebidas nas áreas que gerem.

Os incentivos (sanções) dirigidos directamente ao hospital, não à sua gestão ou a qualquer unidade, processo ou serviço prestado, são menos potentes pelo carácter difuso dos seus beneficiários ou porque a sua intensidade lhes confere um impacto mais de reputação e imagem<sup>214</sup>. Justificam-se em contrato de aquisição de serviços, onde se preveja o não pagamento de serviços sem a

---

<sup>213</sup> Monitorização e avaliação baseada em resultados de BSC (30 indicadores em que um dos objectivos chave tem natureza financeira).

<sup>214</sup> Naturalmente a concorrência e o risco que impõe é um poderoso incentivo, mas foi tomada como um dado (“mercado regulado”).

qualidade esperada ou um bônus por qualidade superior (neutralidade financeira) ou, ainda, o pagamento adicional por projectos implementados de melhoria. Justificam-se também na aprovação de novos serviços e no desenvolvimento da oferta de hospitais que apresentem melhor *performance*. Em qualquer dos casos, os incentivos devem ser adequadamente ponderados para não afectarem significativamente a equidade do sistema de saúde. Muito principalmente, não pode esquecer-se que, sobretudo em contexto de SNS e de inevitável escassez de recursos, o que for dado a uns será retirado a outros, convertendo-se em mecanismo de punição, não de gestores ou de baixas *performances*, mas das populações pior servidas.

#### 7.4.2. Incentivos a profissionais

O problema de agência é agudo quando há, simultaneamente, assimetria de informação e incongruência de objectivos (Mannion *et al.*, 2007). Na nossa óptica é o que acontece nos hospitais na relação da gestão com os profissionais.

Os problemas da saúde, de observabilidade de comportamentos e de medição de resultados<sup>215</sup> e o seu cariz profissional aconselham a que o controlo normativo e a motivação por valores funcionem<sup>216</sup>, assim como o *feedback* (Golden, 2006). Nos hospitais, além de assimetria de informação e de conhecimento, as actividades são dificilmente observáveis pela gestão pelo que se assume a análise de *performance*. Pela sua especificidade, a capacitação, a coordenação e a motivação dos profissionais são aspectos chave para a *performance*. Ora os profissionais têm objectivos e valores próprios e são motivados intrinsecamente: autonomia e controlo sobre o trabalho; valores e ética profissionais; altruísmo; reputação; carreira; pertença e reconhecimento do grupo. O papel do grupo e das normas profissionais, associados a código de conduta do hospital e à valorização de determinados comportamentos, são essenciais para a integração, a formação, o controlo e a motivação dos profissionais.

Por isso se justifica o equilíbrio entre incentivos implícitos e explícitos. Estes serão mais eficazes se dirigidos à unidade de operação, à prestação de cuidados e a equipas, mais que indivíduos (Marshall *et al.*, 2004). Incentivos de grupo podem melhorar a eficiência e a afectação de recursos, quando o processo de produção se baseie no juízo profissional de múltiplos agentes (Gaynor *et al.*, 2004).

A motivação extrínseca pode funcionar, desde que não contradite os valores profissionais, devendo os incentivos financeiros ser, em primeiro lugar, ligados à estratégia, aos objectivos (do hospital, dos CRI e Unidades) e articulados com outros mecanismos de mudança.

O modo como os incentivos se articularão com os mecanismos de mudança será analisado como um requisito, porque só faz sentido equacioná-los depois de os elementos da arquitectura proposta terem sido definidos. Estão em causa dois aspectos essenciais, técnico-instrumental e de “*software*”:

- 1º A forma como a estratégia se traduz: numa estrutura, incluindo unidades de gestão intermédia, mudanças na organização do trabalho e na afectação de poderes; no contrato externo, nas suas metas e como serão concretizadas através de contratos internos; no alinhamento de objectivos e como serão medidos, monitorizados e controlados, incluindo a publicitação e reconhecimento pelos resultados; no orçamento global, detalhado por unidades intermédias;

<sup>215</sup> Incentivos funcionam melhor onde esses problemas não existam.

<sup>216</sup> Ainda que conjuntamente com incentivos e outros mecanismos de motivação e de controlo.

em políticas, procedimentos e práticas, incluindo governação clínica, protocolos<sup>217</sup>, auditoria e revisão por pares.

- 2º As mudanças nos valores e na cultura, o papel da liderança, da comunicação e da motivação das pessoas, e como se poderá conjugar a motivação intrínseca com a extrínseca.

Por outro lado é fundamental começar por clarificar o contexto dos incentivos (objectivo, critérios, forma de medição e consequências), dar formação e apoio – a profissionais, avaliadores e a quem vai monitorizar e controlar o sistema de incentivos – e adaptar os sistemas de gestão, em especial o de informação e os ligados aos recursos humanos. Outros requisitos de sucesso dos incentivos são: comunicação e liderança para clarificar objectivos, garantir o alinhamento, reduzir incerteza, ex; congruência com os valores que as pessoas defendem e com os do hospital; considerar os diferentes impactos, conforme as pessoas e o período de vida (Bennett e Franco, 1999; Buchan *et al.*, 2000).

O desenho dos incentivos deve fazer-se de acordo com as respostas às seguintes questões, adaptadas de Custers *et al.* (2008):

- 1ª) Objectivos que se pretendem?
- 2ª) Incentivos são mesmo necessários?
- 3ª) Incentivos inserem-se em iniciativas estratégicas ou acordos de prestação de contas?
- 4ª) A *performance* pode ser quantificada?
- 5ª) Incentivos aumentarão a performance?
- 6ª) Custos do processo são inferiores aos benefícios? Há ganhos líquidos para a organização?

A medicina e a missão do hospital impõem restrições aos objectivos dos incentivos. A medicina envolve interações comunais e de mercado, estas podem destruir aspectos profissionais essenciais e não há medida para a qualidade que advém da dimensão comunal da medicina – equilíbrio entre aspectos comunais e de mercado é fundamental (Hartzband e Groopman, 2009). Como a motivação dos profissionais é essencial para o sucesso do hospital os objectivos a incentivar devem considerar as suas expectativas e valores – não serão objectivos financeiros da instituição, eficiência e lucro que os irão motivar.

Sabemos que os incentivos mais eficazes são os que são assumidos pela audiência visada, focam a parte técnica dos cuidados e estão alinhados com os valores dos profissionais (Marshall e Harrison, 2005). Sabemos ainda que a prática clínica é a chave da *performance* e o mais difícil de mudar. Finalmente, sabemos que uma maior qualidade dos actos trará efeitos muito significativos, quer nos resultados de saúde quer na eficiência global:

- Nos EUA: cuidados ministrados conforme recomendado variavam de 10,5% (cuidados para alcoólicos) a 78,7% (catarratas relacionadas com a idade) (McGlynn *et al.*, 2003); erros médicos<sup>218</sup> nos hospitais custaram 8,8 mil milhões de dólares e 238337 mortes evitáveis no período 2004/06. Grol e Grimshaw (2003) referem estudos nos EUA e Holanda que “*sugerem que 30-40% dos doentes não recebem cuidados de acordo com a evidência científica actual e 20-25% dos cuidados prestados não eram necessários ou eram potencialmente danosos*” (Shuster *et al.*, 1998; Grol, 2001b);

<sup>217</sup> Tomadas como práticas de grupo e apoiadas em formação permanente com vista ao desenvolvimento e à motivação individual.

<sup>218</sup> [www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/](http://www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/)

- A diminuição dos erros (inapropriação, infecções, re-operações, reinternamentos, incapacidades, mortes prematuras) gera redução substancial de custos e aumento de benefícios.

Assim, em nossa opinião, dever-se-á incentivar a melhoria de qualidade técnica e de serviço prestado, com pagamentos dependentes da não ultrapassagem do orçamento da unidade.

Incentivos são necessários para aumentar a motivação dos profissionais, considerando que a *performance* das pessoas é função dos recursos disponíveis, das suas capacidades e motivação. As determinantes da motivação dos profissionais de saúde estão descritas no diagrama nº 7.4 (anexo 1) e incluem factores individuais, organizacionais e de contexto social.

- No nível individual – maior motivação intrínseca por auto-percepção (auto-conceito, auto-estima, auto-eficácia), sentimento de que são valorizados<sup>219</sup>, expectativas de resultado ou das consequências do trabalho;
- Contexto organizacional: salário e benefícios, incluindo incentivos; autonomia e controlo sobre o trabalho; sistemas claros e eficientes, incluindo objectivos e metas; sistemas de recursos humanos; recursos necessários; feedback sobre *performance*; cultura organizacional;
- Contexto social: expectativas da comunidade, dos doentes e o respectivo feedback (Bennet e Franco, 1999; Franco *et al*, 2002; Finlayson, 2002).

São ainda necessários porque outros métodos já foram testados e tiveram resultados pobres (motivação individual via formação e protocolos clínicos), porque os incentivos completam e reforçam outros mecanismos de gestão e, ainda, para diminuir a assimetria de informação e obter a cooperação dos profissionais. Dirigidos à melhoria do serviço prestado e a mudanças de processos<sup>220</sup> e práticas clínicas podem potenciar a *performance* desejada do hospital e das suas unidades. Deverão ser integrados na mudança estratégica e previstos em contratos internos escritos.

Incentivos só devem ser usados onde a *performance* for quantificável, de modo compreensivo, com informação fidedigna e que previna a ocorrência das disfuncionalidades identificadas por Smith (1995), sabendo-se que «*sem conjunto compreensivo de medidas, os prestadores tenderão a focar-se nas medidas*<sup>221</sup> *que recompensam e não na melhoria de performance global*» (PBGH, 2005).

Os incentivos deverão aumentar a performance o que impõe o seu uso após os restantes mecanismos de mudança, na forma e nas situações em que houver fortes expectativas de gerarem resultados. Ora há evidência de que os incentivos funcionam na saúde<sup>222</sup> e hospitais:

- Incentivos financeiros demonstraram ser um modo eficaz de influenciar comportamentos de pessoas e hospitais em vários países, (Marshall e Smith, 2003), em especial quando: alinhados com os valores profissionais e dos grupos; talhados para determinadas áreas importantes; representam uma % significativa do rendimento (Gaynor *et al.*, 2004; Marshall *et al.*, 2004);
- Efeitos dos incentivos no comportamento dos médicos dependem do ambiente mas nas mãos de bons gestores e médicos podem gerar melhor qualidade<sup>223</sup> (Chaix-Couturier, 2000).

<sup>219</sup> Formação e desenvolvimento, participação na decisão, trabalho em equipa, reconhecimento.

<sup>220</sup> Nos mais drásticos, complexos e naqueles onde os profissionais detêm conhecimento ou posição decisiva para a implementação.

<sup>221</sup> *Robustas e vastas*, porque várias medidas dificultam o foco apenas no incentivado e diminuem o risco da aleatoriedade na medição.

<sup>222</sup> Incentivos a MGF no RU ligados à qualidade (136 indicadores) tiveram grande aceitação (79% defenderam a implementação) (Marshall e Smith, 2003).

<sup>223</sup> «Desde que exista evidência que clarifique os cuidados e quantidade necessária», autor citado.



Marsden e French (1998) comprovaram o sucesso da utilização de incentivos em dois hospitais, num caso dirigido a indivíduos noutra ao grupo.

Sabe-se também que os incentivos financeiros em meio hospitalar poderão ser negativos e conhecem-se exemplos de riscos e efeitos indesejados:

- Associar competição intensa com fortes incentivos financeiros dirigidos a controlo de custos gera distorções de qualidade e compromete o objectivo de solidariedade social (Eggleston, 2005); fortes incentivos financeiros e informação imperfeita geram consequências inesperadas e perversas (Bevan, 2008);
- Incentivos financeiros a cirurgias (acto vs capitação) nos EUA aumentaram a taxa de cirurgias em 78%, (Shafrin, 2009), a taxa de cesarianas na Tailândia, (Hanvoravongchai *et al.*, 2000) e na Grécia, (Mossialos *et al.*, 2005), vide quadro nº 7.26 no anexo 1;
- Risco de: “*jogo de números*”, manipular resultados, fraude; distorção do esforço em favor do que é incentivado, seleccionar doentes ou doenças, reduzir serviços ao doente e o tempo para ensino e investigação; questões éticas e conflito de interesses com os do doente; mau uso de serviços (ex. da urgência); custos superiores aos benefícios; “*crowding out*” da motivação intrínseca (Chaix-Couturier *et al.*, 2000; Gaynor *et al.*, 2004; Marshall e Harrison, 2005; Young *et al.*, 2005).

Por isso os incentivos devem ser objecto de cuidada ponderação, desenho e implementação.

Relativamente aos custos do processo sublinha-se que os custos não se resumem aos pagamentos – há custos de desenho, monitorização e controlo do sistema –, como os benefícios não se ficam pelo acréscimo de *performance*, podendo haver ganhos de confiança e cooperação, melhorias na avaliação e na informação. Ganhos líquidos para o hospital incluirão parte do aumento de *performance* (partilha de resultados) e os ganhos de oportunidade – evitar os custos de conflitos, os derivados da maior rotação de pessoas e da perda do investimento nas pessoas.

Os efeitos de incentivos dependem do contexto, de medidas a eles associadas, da sua estrutura e intensidade. A relação com resultados está longe de ser directa ou estar garantida, tanto mais que há variáveis de confundimento: relacionadas com o médico<sup>224</sup>, o doente, a severidade da doença, a aceitabilidade dos incentivos, os efeitos de variáveis do contexto – motivação intrínseca e extrínseca, sistemas de gestão, liderança, recursos (Chaix-Couturier *et al.*, 2000; Marshall e Harrison, 2005).

Duas notas finais com aspectos práticos sobre incentivos:

- Será necessário garantir: informação fiável; medidas de qualidade focando processos mais que efeitos na saúde, dirigidas a indivíduos ou grupos; incentivos não têm que ser grandes e podem ser baseados em metas absolutas ou relativas (Young *et al.*, 2003);
- Os dirigidos à qualidade devem ser: equilíbrio de incentivos e sanções; mistura de grupo e individuais; recompensas e penalidades selectivas e específicas; compreensivos, ligados à evidência e em linha com as normas profissionais; predominância de padrões absolutos de *performance*; pagamentos talhados à medida, conhecidos antecipadamente, pagos oportunamente e sustentáveis (Conrad e Perry, 2009).

<sup>224</sup> Exemplo: idade e sexo, formação, especialidade, local de prática.

### 7.4.3. Conclusões

Há evidência que as pessoas que escolhem a gestão hospitalar são motivadas intrinsecamente e pelo desejo genuíno de servir a população. Acresce que em muitos países a sua formação e ligação de grupo reforçam essa motivação. Os incentivos poderão facilitar a mudança estratégica e a assunção de novos papéis – menos controlador e mais líder, facilitador de mudança, treinador e apoiante. Assim, dado o peso dos motivadores intrínsecos para a gestão hospitalar e a dimensão do problema de agência, os incentivos financeiros à gestão do hospital justificam-se como complementares, sem grande intensidade e ligados directamente aos objectivos definidos no contrato de gestão – deverá proceder-se à publicitação de resultados dos hospitais.

Os incentivos a profissionais deverão ser ponderados e definidos em função da situação de partida e dos objectivos visados. Os incentivos de grupo podem justificar-se se pretendemos:

- Contrariar uma cultura fraccionante, demasiado marcada por cada profissão e especialidade, e construir uma cultura e valores comuns do hospital;
- Garantir uma maior dedicação e a não concorrência dos profissionais em actividade privada (embora esta deva ser obrigatória pelo estatuto de hospital empresa);
- Facilitar melhorias significativas de processos e de práticas médicas para maior qualidade técnica e do serviço prestado.

A crescente feminização da profissão médica e a tendência para que o trabalho médico se concentre em empresas hospitalares (públicas, privadas) conduzirá à redução da medicina liberal e a maior dedicação a um local de prática clínica, o que facilitará a adesão a nova cultura, a comprometimento em esforços de melhoria e ao respeito por práticas e procedimentos definidos pelo grupo.

Sugerimos por isso que se comece por incentivos visando a melhoria, dirigidos ao grupo e à Unidade. Assim será possível:

- i) Contornar a dificuldade de medir a *performance* individual;
- ii) Diminuir os custos e a resistência à sua utilização, facilitando a melhoria da avaliação do desempenho dos profissionais, nomeadamente de médicos e de enfermeiros;
- iii) Colher os benefícios esperados de incentivos a grupos: melhor informação, comunicação e aprendizagem dentro das equipas; controlo pelos pares, com comprometimento dos “profissionais-gestores” em grupos *ad-hoc* de melhoria; congruência de objectivos entre os profissionais e a gestão, bem como na definição e concretização da estratégia; pagamento baseado na *performance* do grupo (unidade) gera atenção a todos os objectivos importantes; maior facilidade de adopção dos valores e da cultura hospitalar.

Incentivos individuais ficariam limitados a actos e comportamentos identificáveis com uma pessoa, que no hospital não são a regra.

### 7.5. Avaliação da *performance*

Começaremos por analisar a avaliação dos hospitais abordando depois a avaliação da *performance* da governação (BOD) e da gestão de topo do hospital.

### 7.5.1. Avaliação da *performance* dos hospitais em países de referência

Neste ponto analisaremos as dificuldades de avaliação da *performance* dos hospitais, os modelos alternativos existentes, em particular os *balanced scorecards* referidos na literatura e/ou usados em diversos países. Considerando o tema desta dissertação focar-nos-emos no nível global de avaliação.

#### 7.5.1.1 Dificuldade de medir a *performance* dos hospitais

Medir a *performance* do hospital é difícil pela natureza social do produto, pelo seu modo de funcionar e pelos diferentes *stakeholders*:

- Não é fácil medir o produto hospitalar, dada a sua multiplicidade, heterogeneidade e mutabilidade. Integra ensino, investigação e múltiplos produtos talhados à medida do doente, cujos processos de produção estão marcados pelo conhecimento e capacidades do médico e demais profissionais envolvidos na cura, nos cuidados e na formação do doente, num ambiente de grande evolução técnico-científica e em que se impõem a apropriação e a coordenação com diversos serviços;
- Como a produção envolve diversos profissionais, com grande autonomia, e várias unidades do hospital, assim como de outros serviços públicos e privados, não é fácil relacionar produtos e recursos necessários, nem definir padrões;
- A medição dos resultados, em saúde e na qualidade de vida, é problemática nomeadamente pelo efeito desfasado dos seus efeitos, porque outros serviços contribuem e porque depende da contribuição do doente, de factores que lhe são endógenos e das suas condições de vida;
- O mercado não funciona como nas empresas: elevada regulação; barreiras à entrada e elevado poder de monopólio; assimetria de informação favorece o prestador; dificuldade de comparar produtos e a sua qualidade; consumidor em situação de dependência, não paga o preço nem sabe o que precisa. A intervenção política, mediática e da população influenciam a decisão nos hospitais;
- Finalmente a *performance* do hospital tem significado diferente para os seus *stakeholders*, que têm objectivos, preferências e valores diferentes (Champagne *et al.*, 1986).

A medição da *performance* do hospital não-lucrativo não pode ser obviamente pelo lucro. Dado o produto ser social este desaconselha a valorização exclusivamente em termos monetários<sup>225</sup>. Também não o será a eficiência técnica – não traduz a valorização social da produção<sup>226</sup> e nada diz sobre o cumprimento dos objectivos (Costa e Reis, 1993). A literatura aconselha uma medição da *performance* em saúde equilibrada, compreensiva e com diferenças subtis face à indústria porque há especificidades importantes: foco na saúde é na autonomia dos profissionais e no indivíduo, não em sistemas; há obrigações éticas de prestar serviço, etc.; otimizar a *performance* aqui é muito mais que eliminar ineficiências na indústria (Adair *et al.*, 2006b).

Daí que o sucesso das empresas públicas-hospitais tenha sido menor que noutras áreas, tanto na Nova Zelândia como no RU, porque não tinham medidas de produção claras, encontravam-se em posição monopolista e portanto não orientados pela concorrência, tinham prestação de contas

<sup>225</sup> No mesmo sentido Kaplan e Grossman (2010): “Um relatório financeiro de uma instituição não lucrativa revela virtualmente nada acerca da eficácia ou eficiência na criação de valor social”.

<sup>226</sup> O bem pode não ser necessário ou eficaz, pode ser prestado fora de tempo ou nível de cuidados (ex. hospital vs CSP).

perante um terceiro pagador (restantes empresas públicas dependiam de consumidores individuais) e enfrentavam um mercado de trabalho rígido e resistente (Shaw, 2004).

Os problemas da medição de *performance* em saúde foram identificados há muito e derivam da sua natureza e de problemas organizacionais, (Eddy, 1998), vide quadro nº 7.27 no anexo 1.

As especificidades do hospital só reforçam a importância da avaliação da *performance*. Sabe-se que há dificuldades em cada uma das “*quatro questões centrais*” da avaliação da *performance*: objectivos bem definidos (saber o que estamos a tentar obter); estratégia clara (explicando como lá iremos chegar); indicadores monitorizáveis (saber como faremos o acompanhamento); avaliação de resultados (prestação de contas e aprendizagem) (Baird, 1998). As dificuldades derivam da natureza do hospital, comuns a todos os países, ou estão associadas à forma como é regulado, financiado e gerido, sendo que a avaliação dos hospitais pode induzir melhorias na prestação de contas bem como na *performance* actual e na futura, via mudanças promovidas na gestão, nos recursos e processos.

A avaliação da *performance* do hospital, pelos seus *stakeholders* principais, é um dos instrumentos existentes para melhorar a sua *performance*, cuja mudança resulta de combinação de incentivos, dos actores e de mecanismos, conforme quadro seguinte.

**Quadro Nº 7.28: Geradores de mudança nos sistemas de saúde – Adaptado de Naylor *et al.* (2002)**

<b>Incentivos</b>	Económicos (ex. preços, recompensas); não económicos (ex. prestígio, publicação de resultados).
<b>Actores</b>	Consumidores (doentes), clientes directos e cidadãos; prestadores; compradores/ financiadores; profissionais; gestores.
<b>Mecanismos</b>	Regulação (ex. acreditação obrigatória); instrumentos de mercado, administrativos e de gestão.

Por isso a gestão da *performance* do hospital é uma parte do processo de mudança das organizações, devendo considerar-se em conjunto com os restantes mecanismos, seja numa perspectiva externa (pela tutela-accionistas) ou interna, da gestão de topo até às unidades e processos. Como já vimos a gestão da *performance* compreende: definição de objectivos, padrões e metas, bem como as medidas de *performance* (indicadores<sup>227</sup>); monitorização e acompanhamento da sua concretização; programa para melhorar, eventual publicitação. Abordaremos de seguida, em cada um desses pontos, as especificidades e dificuldades da gestão de *performance* no hospital.

Em primeiro lugar haverá que reconhecer as dificuldades decorrentes da multiplicidade de utilizadores da informação sobre a *performance* do hospital. Para além da simples comunicação, a informação utiliza-se no interior – na motivação, na monitorização e controlo, na aprendizagem, na melhoria de processos e de decisões, como base para retribuir, promover, sancionar; no exterior – na prestação de contas (hierárquica, regulação, doentes, população) e na escolha de prestadores, para fins políticos (recursos, prioridades), epidemiológicos e de mercado.

No nível de desenho e de pilotagem do sistema não é fácil integrar os diversos objectivos e tipos de informação necessária mas deve ser tentado, seguindo o exemplo apresentado na caixa seguinte.

<sup>227</sup> Utilizaremos *indicadores* indiferentemente como a medida ou seu substituto parcial, quantitativo ou qualitativo (medida de percepção).

**Caixa Nº 7.3: Gestão da *performance* no NHS, (McGlynn, 1997; McKee e Chenet, 1997; Appleby e Thomas, 2000; Smith, 2002; CHI, 2004).**

Medição de *performance* provou existirem problemas de eficiência nos hospitais do NHS, por exemplo, a remoção de uma catarata com colocação de lente podia custar até cinco vezes mais, de 337 a 1659 libras, em 1997-8.

Para o quase-mercado de saúde a informação deve obedecer a quatro princípios: apoiar a escolha informada, mas não necessariamente do doente (dos médicos referentes, dos compradores); permitir classificar os cuidados, o que irá apoiar a facturação; resistir a manipulação para ganho financeiro das partes; permitir aos compradores monitorizar os cuidados prestados em relação com as necessidades da população. Informação para compradores e Estado deve evoluir da medição da quantidade de produtos para a apropriação, preocupando-se com a utilização desnecessária<sup>228</sup> ou a reduzida utilização por determinados grupos.

As medidas para melhoria do NHS baseadas no quase-mercado tiveram pequeno efeito na *performance* e foram substituídas pela gestão da *performance*, enfatizando: gestão vs mecanismos de mercado<sup>229</sup>, prazo mais largo para obter resultados e concretizar os objectivos de política previamente definidos. A gestão da *performance* requer esforço da gestão, boa informação, capacidade de análise e auditoria.

Instrumentos de gestão de *performance* classificam-se em: de orientação, para transmitir objectivos de política; de monitorização para garantir que as orientações estão a ser seguidas; de resposta para promover acções de melhoria.

**Orientação.** Baseiam-se na Missão do NHS e nos Acordos de Serviço Público (PSA), traduzindo-se em 8 objectivos: reduzir a mortalidade nas maiores causas; diminuir as disparidades de saúde; tratar os doentes em tempo compatível com as suas necessidades médicas; reduzir o tempo máximo de espera para consulta e internamento; assegurar melhorias anuais de satisfação de doentes; fornecer cuidados de alta qualidade a pessoas idosas, de pré-admissão hospitalar e reabilitação; garantir o rápido acesso a cuidados primários; melhorar o valor para o dinheiro (custo-efectividade). Estendem o foco tradicional da gestão (cumprir orçamento, maximizar a produção, reduzir esperas) à satisfação de doentes e à qualidade clínica.

**Monitorização.** Assentam na monitorização quantitativa do esquema de avaliação da *performance* (PAF) e compreende sessenta indicadores de nível global agrupados em 6 domínios: melhoria da saúde; acesso equitativo; cuidados prestados com eficácia e apropriação; eficiência; experiência do doente e do profissional de saúde; resultados em saúde do NHS.

**Resposta.** Baseiam-se no trabalho da Agência de Modernização e inclui três tipos de instrumentos: fundo de modernização para equipamentos, para melhorias organizacionais e para incentivar equipas e profissionais; recompensar a melhor *performance* com maior autonomia; avaliação pelo sistema de estrelas (zero a 3).

A medição e monitorização da *performance* nos hospitais do NHS fazem-se através de um *balanced scorecard*, definindo-se metas e padrões de referência em cada indicador e procedendo-se a medição periódica, através dos indicadores e de auditorias efectuadas directamente no hospital (por exemplo para a limpeza).

A satisfação dos doentes mede-se regularmente no NHS nas áreas e dimensões seguintes: internamento: acesso pronto, coordenação de cuidados, ambiente e instalações, informação e educação, envolvimento e escolha, necessidades físicas e emocionais, respeito e dignidade; ambulatório: acesso e espera, segurança, alta qualidade e cuidados coordenados, melhor informação, mais escolha, limpeza, conforto, ambiente amigável, relacionamento.

Nota: A avaliação dos médicos de MGF para efeitos de incentivos efectua-se por 146 indicadores: áreas clínicas (76 valendo 550 pontos), organizacionais (56 com 184 pontos), experiência do doente (4 com 50 pontos) e serviços adicionais (10 com 36).

Dão sinais errados os países que não fazem a especificação dos objectivos e das orientações estratégicas para o conjunto dos hospitais, traduzindo um quadro de menor exigência, interpretável como de maior permeabilidade à politização e de complacência com *performance* pobre. No mesmo

<sup>228</sup> Incluindo o uso indevido de cuidados hospitalares quando outros eram apropriados.

<sup>229</sup> Ex. a pressão dos consumidores e população.

sentido concorre a não disponibilização de informação comparativa sobre *performance*, de metas, de padrões e intervalos de variação considerados aceitáveis. Também não é fácil, nem é correntemente praticada para o hospital e para todas as suas unidades, a especificação de objectivos e metas que sejam aceitáveis e responsabilizáveis. Por isso as fases seguintes da gestão da *performance* ficam comprometidas.

Relativamente aos indicadores exige-se relevância e aceitabilidade, para além de solidez<sup>230</sup>: relevância – importância da medida, prioridade da área em causa para afectação de recursos, grau em que os valores da medida facilitarão as acções de melhoria; viabilidade – existem dados e sistema de informação adequado, a medida é compreensiva<sup>231</sup>, a implementação é económica, fácil de compreender e aceite por quem irá ser avaliado (McGlynn, 1997; Gosfield, 2005).

A definição de indicadores para a saúde e hospitais apresenta diversos problemas:

- a) O número de indicadores é elevado<sup>232</sup> e necessita de ser normalizado – JCAHO acredita ter mais de mil indicadores e a AHRQ em 1995 tinha 1197;
- b) Na saúde os indicadores usados são muitas vezes inadequados:
  - Indicadores financeiros são difíceis de usar para a acção, pois muitos custos não são variáveis, há pouca flexibilidade na contratação e despedimento, e como a saúde é complexa e multifacetada focalizar-se neles diminuiu a probabilidade de obter melhorias;
  - Muitas medidas (ex. demora média) são indicadores pobres de *performance*, na falta de relação com os GDH subjacentes e de ajustamento pelo risco;
  - A continuidade e a coordenação de cuidados são raramente medidas.
- c) A mortalidade como indicador de resultados tem várias desvantagens: reflecte acontecimento ligado à fase terminal e raro, relativamente ao total de cuidados prestados; não é fácil de colher, porque os registos nem sempre são fiáveis, podendo ocorrer em casa ou em instituição para onde se fez referência; deve ajustar-se pelo risco (ex. idade); susceptível de manipulação e *gaming*<sup>233</sup> (Pouvourville e Minvielle, 2002; Adair *et al.*, 2006b; Bevan e Hood, 2008).

Nos hospitais haverá que considerar indicadores de estrutura, processo e de resultados; estes focam os efeitos nos doentes, na saúde e na qualidade de vida, ou consequências noutras dimensões. Se o impacto fora da saúde se mede com facilidade, via satisfação de clientes e lucro por exemplo, nos hospitais vários factores tornam difícil o seu cálculo e utilização, colocando a questão de optar por indicadores de processo – mais rápidos e fáceis de obter e de converter em acções –, ou de resultado (*outcome*), menos susceptíveis de manipulação, mais orientados para o fim último do hospital e para o longo prazo. O quadro nº 7.29 no anexo 1 enumera as vantagens das medidas de processo e de resultado.

Os indicadores de processo descrevem a forma como as operações decorreram, em eficiência, qualidade, tempo, satisfação das pessoas envolvidas. São exemplos: % cesarianas no total de partos (ajustada pelo risco); demora média em determinados GDH, em que menor indica ausência de complicações e sucesso – só é válida se houver ajustamento pelo risco e prevenção de altas incorrectas (% readmissão ou fora dos limites esperados para GDH); referência ao volume como

<sup>230</sup> Confiabilidade (medições repetidas conduzem ao mesmo resultado), validade (medida reflecte o que se quer medir), ajustabilidade (outros factores que afectam a performance do que se quer medir) e sensibilidade (detecta modificações no objecto).

<sup>231</sup> Por ex. serviços e locais de cuidados, grupos de pessoas, perspectivas.

<sup>232</sup> E “medir uma coisa torna-a importante e por isso motiva as pessoas. Medir tudo significa que nada é importante e portanto *desmotiva*”, (Johnston e Fitzgerald, 2001), citado por Adair *et al.* (2006b).

<sup>233</sup> Uma morte altera drasticamente o valor do indicador, daí que o cirurgião pode ser tentado a excluir doentes mais graves.

indicador de qualidade, dada a curva de experiência (ex. nº de determinadas operações realizados pelo hospital); eficiência de processos (ex. custo por operação) (Pouvourville e Minvielle, 2002).

Os indicadores de resultados em saúde mais frequentemente utilizados são a mortalidade, os actos que originaram complicações ou que tiveram que ser repetidos de modo não programado (ex. reinternamento), referidos a determinados GDH e ajustados pelo risco. Os problemas referidos quanto à mortalidade promoveram a utilização doutros indicadores, como os questionários directos aos doentes sobre a sua saúde e qualidade de vida, como o EQ5-D (Kind *et al.*, 1998).

Os resultados dos hospitais podem ser finais ou intermédios. Estes são efeitos de uma parte do processo de cuidados, de uma fase em que se procura estabilizar determinadas manifestações da doença (ex. redução do tamanho do tumor) ou são situações indesejáveis e evitáveis (p. ex. infecções no internamento) (Pouvourville e Minvielle, 2002). Os resultados finais incluem aspectos de eficiência, de satisfação, de resultados financeiros, de adaptabilidade organizacional e de qualidade.

A qualidade em saúde exige que os cuidados sejam seguros (não causar dano), eficazes (baseados no conhecimento científico), centrados no doente (respeitando as necessidades, preferências e valores do doente), atempados (sem esperas e atrasos desnecessários e prejudiciais), eficientes (sem desperdício) e equitativos (cuidados não devem variar em função das condições ou características dos doentes) (IOM, 2001). Foram desenvolvidas medidas para as três componentes dos cuidados (estrutura, processo e resultados) e para os diversos níveis de cuidados, do doente à população (Donabedian, 1988).

A qualidade nos hospitais tem aspectos semelhantes aos doutras indústrias (serviços): condições físicas e organizacionais; tempo, atenção e qualidade do serviço; competência, capacidade e conhecimento de profissionais (varia com o prestador); segurança dos consumidores e profissionais. Porém, em alguns aspectos a qualidade hospitalar é específica:

- Coexistem quatro lógicas: profissional (racionalização das práticas); gestão (novas formas de organização e monitorização dentro da unidade); regulador/pagador (reduzir variabilidade das práticas, evitar a degradação da qualidade); social (maior informação sobre o serviço prestado pelas unidades). Essas lógicas são simultaneamente princípios de acção e critérios de medida de resultados (Minvielle, 2003);
- Maior variabilidade de processos: não há normalização de processos, práticas e recursos por acto; variabilidade e complexidade de alguns processos geram maiores riscos para o doente<sup>234</sup> – sendo que a falta de qualidade é em saúde drástica; depende do estado e disposição do doente que além de beneficiário é co-produtor<sup>235</sup>. Além dos processos internos deve medir-se a coordenação externa;
- Relação processo/*outcomes*: dificuldade de medir e avaliar os impactos<sup>236</sup> na saúde, embora medir apenas os aspectos de relação e de processo seja redutor.

A qualidade fundada na reputação profissional (fruto da educação e formação) vem cedendo o lugar à melhoria contínua de qualidade. Esta baseia-se em esforços internos e externos<sup>237</sup>:

<sup>234</sup> Ex: Erros/omissões clínicas, acidentes por incompatibilidade de medicamentos ou reacção adversa do doente.

<sup>235</sup> Auto-cuidados e medir a glicemia (ex. diabético) ou cooperação com o tratamento (ex. tomar a medicação a horas).

<sup>236</sup> Aliás em saúde há resultados intermédios (ex. infecção nosocomial) e finais (ex. recuperação da visão).

<sup>237</sup> Pelo Estado, reguladores, pagadores, compradores, organismos profissionais, entre outros.

- a) Organização, políticas, procedimentos e práticas de grupo; adesão voluntária a mecanismos externos de garantia; na criação de estrutura e de esquemas de prestação de contas pela qualidade; na detecção de desconformidades e de quase erros para a procura de alternativas de organização; na medição e comparação com outros, de modo a detectar o que melhorar; utilização da cultura e de incentivos para obter melhorias de processos e de resultados mais significativos ou em menor tempo.
- b) Imposição de padrões e objectivos de qualidade, auditoria e fiscalização das condições de funcionamento, análise e avaliação dos sistemas de qualidade e segurança implantados.

Outro aspecto importante relacionado com os indicadores é a sua agregação em índices ou indicadores compostos. É especialmente aliciante no nível global (do sistema, do hospital) pois permite diminuir o número de indicadores e dar uma imagem agregada de variáveis ou dimensões. Porém não está isenta de riscos e desvantagens, como se pode ver no quadro nº 7.30 no anexo 1. Pollit (2006) cita diversos autores e conclui que a criação de indicadores compostos deve resultar de processo rigoroso em que quatro passos têm impacto decisivo: especificação da escolha dos indicadores; tradução da *performance* medida em cada indicador; especificação dos pesos de cada indicador; combinação de indicadores e o uso de métodos de agregação ou regras de decisão.

A gestão da *performance* requer registos completos e fiáveis, normalização de informação (definição de indicadores, recolha de dados, cálculo/manipulação estatística) e sistemas de informação adequados.

Os sistemas de monitorização de saúde focam-se frequentemente apenas em aspectos quantitativos (produtos, aspectos financeiros e orçamentais), situação que também é frequente dentro dos hospitais, e que impede uma análise séria de *performance* e prejudica as suas conclusões e consequências. Para a implantação da gestão de *performance* seria muito importante que os hospitais dispusessem de: recursos adequados (pessoas, sistemas de informação e outros recursos); sistema de apoio que forneça informação comparativa, padrões e boas práticas, que promova melhorias na medição e nos processos; sistema de avaliação, ligado ao mandato e ao contrato dos gestores. Há, então, um significativo contributo, de incentivação e de recursos, que aos accionistas (MF e especialmente MS) compete considerar e disponibilizar aos hospitais.

Quanto ao impacto da publicação de informação recordamos algumas conclusões:

- 1) Sobre utilizadores. Pouvourville e Minvielle (2002) sublinham a complexidade da informação clínica atribuindo carácter ambíguo à sua publicitação, pois pode ser mal entendida e levar a decisões erradas tendo alguns efeitos apenas no curto prazo. Apenas 12% dos doentes de cirurgia cardíaca da Pensilvânia conheciam e consultavam o guia existente sobre CABG (*Coronary artery bypass graft*) e menos de 1% conhecia a pontuação correcta do hospital ou cirurgião, ou afirmavam que a informação teve influência significativa na selecção do prestador (Schneider e Epstein, 1998). Noutros estudos a informação teve impacto reduzido na escolha dos doentes, (Marshall *et al.*, 2000), mas gerou melhorias de processos e resultados na saúde (Malenka *et al.*, 1995);
- 2) Sobre financiadores e compradores. Informação sobre determinadas doenças e procedimentos influencia a escolha de planos de saúde, (Meyer *et al.*, 2002), e melhora a decisão dos compradores na escolha de prestador (Pouvourville e Minvielle, 2002);
- 3) Sobre prestadores. Pode provocar grandes alterações de procura nos prestadores mas também melhorias nos que tiveram pior *performance* (Pouvourville e Minvielle, 2002).



Bevan e Hood (2006) também se referem aos efeitos nefastos da publicação e de associar incentivos a metas reconhecendo, no entanto, que foram notáveis as melhorias de *performance* induzidas pelo sistema de metas e incentivos, apesar do desconhecimento de três fontes de dúvida: extensão de *gaming*, de erros de medição e efeitos do “*olho de Nelson*”<sup>238</sup>.

Embora a publicitação de resultados de qualidade para os doentes e população não tenha revelado eficácia, é importante para os agentes *informados* – reguladores e compradores, médicos (do hospital e referentes), gestores, representantes de doentes e da população. Publicar resultados de *performance* de hospitais motiva duplamente, apela para a ética (melhor qualidade) e promove a competição (resultado melhor que competidores), mas os seus efeitos são variáveis (Custers *et al.*, 2008).

Apesar das vantagens do *reporting* e da publicitação da informação sobre hospitais parece justificar-se alguma prudência, tendo em conta as disfuncionalidades e os efeitos indesejados referidos na literatura, ver a este respeito o quadro nº 7.31 no anexo 1.

Tudo somado parece ser de tomar como conclusão o consenso que Adair *et al.* (2006b) afirmam existir sobre este assunto (quadro seguinte).

**Quadro Nº 7.32: Consenso sobre medição da *performance* em saúde (Adair *et al.*, 2006b)**

- *Performance* pode ser medida e melhorada, e a medição da *performance* pode ser benéfica.
- Devem incluir-se medidas de *performance* não financeiras com foco na qualidade, necessidades do cliente e, genericamente, necessidades dos *stakeholders*.
- Há necessidade de orientação para medidas com mais significado e estratégicas.
- Deve dedicar-se esforço suficiente à conceptualização, incluindo a consideração da relevância das medidas para as mudanças do sistema, assim como aos seus efeitos potencialmente perversos.
- Medição da *performance* é um exercício complexo e tecnicamente difícil que precisa de *expertise*, de outros recursos apropriados, de ser baseada na evidência e ter consciência das suas armadilhas.
- Implementação da medição de *performance* representa uma significativa mudança organizacional, não apenas meramente coligir dados e reportar informação.
- É necessária maior ênfase em medidas que apoiem e orientem acções para melhoria.

**7.5.1.2. Modelos de avaliação da *performance* de hospitais**

Começaremos por rever as características e requisitos desejáveis de um modelo de avaliação de *performance* dos hospitais, analisando depois os inúmeros modelos presentes na literatura ou em uso em países ou regiões.

A eficácia organizacional é uma construção conceptual ligada à especificidade de uma instituição e de uma situação, (Van Peurseem *et al.*, 1995), e a eficiência requer a quantificação e valoração do produto, o que não é fácil no hospital. Como os *stakeholders* têm diferentes objectivos<sup>239</sup> e avaliam de modo diverso determinado resultado podemos ter boa *performance* para um, avaliada negativamente por outros.

Apesar disso pode construir-se um modelo que integre aspectos comuns da *performance* dos

<sup>238</sup> Quando o Estado não procura descobrir problemas na realidade (ou não os quer ver) porque quer apresentar sucessos.

<sup>239</sup> Alguns objectivos são diferentes e, quando partilham um, o seu peso é diferente ou é diversa a utilidade de determinados valores.

hospitais que sirva para motivar a melhoria da decisão, da eficiência e eficácia das operações e como auxiliar para a definição e implementação da estratégia do hospital – um estudo em hospitais do Canadá confirma esta posição (Yap *et al.*, 2005). Será mais provável encontrar pontos comuns de medição de *performance* hospitalar nas operações e nas finanças que na estratégia. Como os aspectos operacionais (desenvolvimento da missão) são comuns e como os aspectos estratégicos (visão e objectivos estratégicos) são naturalmente distintos e, ainda, como se deseja que a estratégia seja verdadeiramente local<sup>240</sup> e amplamente partilhada no hospital, deve separar-se a medição ligada às operações, modelo comum de *performance* relativa, da ligada à estratégia, tratada individualmente.

Um modelo insere-se num determinado contexto e visa uma situação específica, devendo evoluir com a mudança do contexto, dos problemas e da *performance* atingida. Por isso um modelo óptimo, único e independente do país, do período e dos hospitais (com missão, papéis, estratégia, *stakeholders* e problemas específicos), não parece praticável. O modelo pode ter um objectivo específico – melhoria e aprendizagem, monitorização, prestação de contas – e dirigir-se a determinados *stakeholders*, na instituição ou fora dela, ou ser compreensivo quanto aos objectivos e aos interessados. Em qualquer dos casos deve esclarecer quais as áreas e dimensões prioritárias para fins de melhoria a acontecer no curto prazo ou no âmbito da estratégia.

Se o objectivo for apenas o controlo e a prestação de contas externa então a qualificação e os *rankings* são uma opção aceitável. Visando também, ou preferencialmente, a melhoria da gestão então indicadores operacionais comuns, que podem ser discriminados e usados em *benchmarking* e na cooperação com vista à melhoria, são a opção certa. Mais do que classificar ou qualificar um hospital é necessário identificar áreas e dimensões em que um hospital pode melhorar, estimulando a cooperação e a comparação com vista à melhoria geral de resultados. Assim o modelo de avaliação deve privilegiar a disponibilização de informação comparativa de cada aspecto de *performance*, bem como das políticas, práticas e procedimentos em que os melhores resultados assentam.

O modelo de avaliação da *performance* dos hospitais deve obedecer aos seguintes requisitos:

- i. Ligado à estratégia, envolvendo os directamente interessados no desenho do modelo e integrando as preocupações de melhoria operacional e de transformação organizacional;
- ii. Ser compreensivo, usando um conjunto equilibrado de medidas que integre as perspectivas dos diferentes *stakeholders*, as principais dimensões de *performance*, considerando medidas de estrutura, de processo e de resultado (também satisfação) bem como os valores envolvidos<sup>241</sup>;
- iii. Ser sintético, apesar da compreensibilidade, reflectindo as variáveis críticas para os principais *stakeholders*, incluindo os utilizadores do serviço;
- iv. Garantir a qualidade dos dados e dos indicadores, traduzir as medidas em acções, considerar o custo e eventuais efeitos indesejados de todo o sistema;
- v. Sistema de avaliação deve fundar-se na melhoria, não em cultura de crítica e acusação, ser discriminado e concretizado por toda a organização (Leggat *et al.*, 1998; Moullin, 2004).

O esquema de Fotler (1987), diagrama nº 7.6 no anexo 1, ajuda-nos a situar os *stakeholders* e os factores que influenciam a *performance* na organização, estruturais, de processo e de resultado. No

<sup>240</sup> Medir a estratégia de forma comum tenderia a provocar centralização e igualização de estratégias.

<sup>241</sup> Vide Buenger *et al.* (1996) que concluiu que há valores em competição, correspondendo aos quatro modelos de Quinn (relações humanas, sistema aberto, processos internos, racional/objectivos), que os gestores devem considerar e equilibrar.

modelo sugerido por Lied e Kazandjian (1999) a *performance* das organizações de saúde inclui a qualidade dos cuidados, o custo, o acesso e a satisfação:

$$P = f(Q/C) \times (A) \times (O_p/O_e) \times (I_e/I_p)$$

P=*performance*; Q=*qualidade*; C=*custo*; A=*acesso*; O<sub>p</sub>=*outcome* percebido; O<sub>e</sub>=*outcome* esperado; I<sub>p</sub>=*inputs* percebidos; I<sub>e</sub>= *inputs* esperados.

O esquema presente no diagrama nº 7.5 (anexo 1) integra quatro conceitos de *performance* organizacional:

- Organização existe para atingir objectivos específicos (*Atingir objectivos*);
- Organização como arena onde vários stakeholders interagem, *performance* definida pelo clima e desenvolvimento das pessoas (*Manutenção, cultura e valores*);
- Organização existe na relação com o Meio, para quem funciona e donde obtém os recursos (*Adaptação*);
- Organização deve funcionar de modo estável, sem esforço ou recursos desnecessários (*Produção*) (Sicotte *et al.*, 1998; Guisset *et al.*, 2002).

Esses autores apresentam também as dimensões da *performance* em cada uma das funções e alinhamentos referidos (quadro nº 7.33, anexo 1), onde se equilibra o foco – interno (relações humanas/processos internos) vs externo (sistema aberto/objectivos a atingir) – e a flexibilidade (relações humanas/sistema aberto) vs estabilidade e controlo (processos internos/objectivos a atingir).

WHO (2003) considerou 6 dimensões de *performance* do hospital (BSC) e efectuou comparação dos projectos de avaliação da *performance* dos hospitais, quadros nº 7.34 e 7.35 no anexo 1.

Um BSC deve medir apenas o que se revelar crítico para a *performance* da organização – factores críticos de sucesso são “*características, condições ou variáveis que podem ter um impacto importante no sucesso da empresa numa certa indústria se forem adequadamente sustentados, mantidos e geridos*” (Leidecker e Bruno, 1984). Traduz a missão e a estratégia da organização num conjunto alargado de medidas e indicadores ligados à acção, por isso algumas medidas são específicas à organização e à situação actual, outras serão comuns à indústria. O BSC desenvolveu-se ao longo de três fases, de instrumento de medição, a mecanismo de alinhamento estratégico e de gestão da mudança (Urrutia e Eriksen, 2005).

**Quadro Nº 7.36: Três fases do *Balanced Scorecard*- Adaptado de Urrutia e Eriksen (2005)**

<b>1ª Fase: medição</b>	Conjunto de medidas, financeiras e não financeiras, focando as operações e aspectos <u>táticos</u> , e procurando determinar as <u>causas</u> da <i>performance</i> , na senda do <i>tableau de bord</i> . Faltava informação de geradores ( <i>drivers</i> ) da <i>performance</i> .
<b>2ª Fase: alinhamento estratégico</b>	Identificação dos <u>indicadores</u> antes de a estratégia estar definida, através do desenvolvimento de mapas estratégicos e da ligação dos objectivos principais às acções necessárias. Assim é mais fácil <u>comunicar a estratégia</u> , os seus <u>objectivos</u> e as <u>acções</u> necessárias (alinhamento), convertendo-se num <u>instrumento de gestão e formação da estratégia</u> (não só medir e controlar).
<b>3ª Fase: gestão da mudança</b>	BSC <u>comunica</u> o plano estratégico, através dos mapas estratégicos onde se podem ver as <u>relações de causa-efeito</u> entre os objectivos estratégicos, o que permite utilizá-lo como <u>instrumento para a gestão da mudança</u> .

O BSC é essencialmente um instrumento para a concretização da estratégia, embora deva usar-se no processo para a sua formação – fornece informação para explorar oportunidades (ou problemas) e para a preparação de medidas que irão concretizar os objectivos estratégicos (mapas causa efeito). Como em cada perspectiva se enumeram os objectivos, os indicadores, as metas e as acções principais de melhoria, permite compreender num relance o que se vai fazer e gerir facilmente a implementação da estratégia subjacente.

São conhecidos os princípios para implementação do BSC numa qualquer organização<sup>242</sup>:

- 1- Traduzir a estratégia em termos operacionais (objectivos, acções, indicadores);
- 2- Alinhar a organização com a estratégia e objectivos definidos (global, unidades, indivíduos);
- 3- Fazer da estratégia a preocupação diária de todos (envolver, comprometer, comunicar, explicar, ligar às actividades diárias, à compensação e à cultura);
- 4- Fazer da estratégia um processo contínuo, ligando-a à orçamentação, afectação de recursos, revisão da *performance* e ajustamento contínuo das relações causa efeito;
- 5- Mobilizar a mudança através da liderança (Kaplan e Norton, 2000).

O BSC é aplicável a qualquer organização, ainda que com modificações. Nas organizações não lucrativas deve ser modificado para incluir a perspectiva de missão, (Kaplan, 2001), e os hospitais devem adequá-lo à sua natureza e necessidades específicas, como veremos de seguida.

A missão do hospital público não é maximizar lucros, resultado que poderá ser conseguido à custa de menores serviços prestados e/ou redução da qualidade dos actos. Num ambiente público e não lucrativo, como o dos hospitais, a perspectiva financeira afasta-se da vigente nas empresas, onde o lucro sustentado surge como a medida de criação de valor para os accionistas e sinaliza a facilidade de captar recursos financeiros (alfa e ómega no médio e longo prazo). Naqueles é apenas um meio (não um fim em si mesmo) para garantir que podem continuar a cumprir a missão e que o podem fazer *bem*, adequando a capacidade e produtos oferecidos à evolução das necessidades. Nos não lucrativos o sucesso terá que medir-se como o grau de eficiência e eficácia na satisfação das necessidades dos *stakeholders*, e a perspectiva financeira só contribui na medida em que facilita, ou restringe, o seu objectivo último (Kaplan, 2001).

De modo semelhante o interesse comercial apaga-se e o consumidor encontra-se entre múltiplos *stakeholders*. O ambiente fortemente concorrencial cede à cooperação, à elevada regulação e ao funcionamento em rede de serviços – provedores do interesse público estão mais presentes. Neste papel o objectivo é maximizar a utilidade dos *stakeholders* principais, começando pelos doentes e população, incluindo os compradores e outros serviços, os reguladores e o Estado. Porque no hospital não há apenas consumidores directos, mas também clientes não consumidores, a perspectiva dos clientes deve alargar-se aos *stakeholders* externos. Os médicos e restante pessoal clínico pelo seu papel decisivo na inovação e na *performance* do hospital devem ser autonomizados.

No topo do BSC ficará a missão, finalidade superior e razão principal da sua existência, como o aspecto essencial de prestação de contas perante os seus *stakeholders* – nas empresas esse papel era desempenhado pela perspectiva financeira na relação com os accionistas, (Kaplan, 2001), ver diagrama nº 7.7 no anexo 1. No mesmo anexo o diagrama nº 7.8 põe em paralelo os dois BSC – empresas vs não-lucrativos – mostrando o papel da missão e o diferente posicionamento da perspectiva financeira nos hospitais.

<sup>242</sup> O diagrama nº 7.10, no anexo 1, enumera os cinco passos proposto por Groene *et al.* (2009) para implementação do BSC no hospital.

Importam tanto as medidas do BSC como o seu processo de construção, em que se garanta que reflectem a estratégia da organização, os seus resultados e processos principais (Moullin e Soady, 2008). O mapeamento estratégico, ao explicitar as relações de causa e efeito entre os objectivos e as estratégias do hospital, captura a sua complexidade e inter-relação e facilita as escolhas entre custos, qualidade e acesso aos cuidados (Inamdar, 2002).

O BSC requer uma estratégia que possa ser traduzida em objectivos e melhorias operacionais, balizadas e priorizadas. Não pode ser a lista de desejos, a enumeração de investimentos e projectos ou a ausência de delimitação da missão que Kaplan (2001) encontrou nos não-lucrativos. Doutro modo não há foco estratégico, a organização “*tenta fazer tudo para todos*” e a medição é incapaz de acompanhar, monitorizar e contribuir para a melhoria da *performance* global. É necessário partir de estratégia clara e partilhada, escolher as medidas certas que garantam que a gestão da *performance* forneça o controlo (monitorizar resultados no curto prazo) mas também a orientação, através do *reporting* dos geradores de futura *performance* (Voelker *et al.*, 2001).

O BSC apresenta os seguintes benefícios para o hospital: melhora a aprendizagem, o conhecimento e a sua tradução em melhorias de *performance*; melhora a comunicação e cooperação, actualiza as estratégias e aumenta a sua visibilidade; promove a formulação, monitoriza e avalia a implementação da estratégia; melhora o alinhamento entre as estratégias e objectivos organizacionais, divisionais e individuais – define responsabilidades pela *performance* em todo o hospital –, das estratégias com os planos e com a avaliação da *performance* (Pineno, 2002; Inamdar *et al.*, 2002).

O BSC contribui ainda para eliminar a sobrecarga de informação nos diversos níveis de gestão e, sobretudo, corrigir a tendência das organizações se focarem na informação errada. O foco deve ser na informação sobre a missão e nos indicadores críticos de sucesso<sup>243</sup>, comparados com os dos concorrentes e os locais de melhores práticas – o BSC global deve ser detalhado em cascata para os diversos níveis do hospital (Pieper, 2005; Cleverley e Cleverley, 2005).

Um BSC adaptado a organizações não-lucrativas – PSS (*public sector scorecard*) – foi proposto no RU, reivindicando um foco especial para a contribuição e satisfação de *stakeholders*/utilizadores do serviço, assim como para a gestão do risco e mapeamento estratégico (Moullin, 2004b). O diagrama nº 7.9, no anexo 1, mostra o PSS e a articulação entre as diferentes perspectivas nele incluídas (Moullin e Soady, 2008). Noutra abordagem o BSC, combinado com o modelo EFQM, revela-se um instrumento útil para guiar o desenvolvimento e implementação da estratégia nos hospitais (Groene *et al.*, 2009). No quadro nº 7.37, no anexo 1, incluímos alguns exemplos de BSC usados em hospitais.

### 7.5.1.3. Conclusões

Num hospital não lucrativo não é possível ter critério único de *performance*. O lucro e a perspectiva financeira têm aí um papel substancialmente diferente do das empresas, apenas um meio para cumprir a sua missão. A eficiência técnica nada diz sobre a forma como foi atingida (socialmente) e sobre o grau de concretização dos objectivos do hospital. A natureza e complexidade da produção, assim como a multiplicidade dos seus *stakeholders*, que têm objectivos diversos, impõem o reconhecimento do “*carácter multidimensional da performance hospitalar... e necessidade de*

<sup>243</sup> Como geradores de performance e factores que antecipam problemas e oportunidades futuras.

avaliação e difusão pública da informação” (Minvielle, 2003). A difusão pública de informação é susceptível de melhorar a *performance* dos hospitais havendo, no entanto, que acautelar eventuais disfuncionalidades e efeitos perversos.

A qualidade é particularmente difícil de medir porque: coexistem quatro lógicas – profissional, gestão, regulação, social – com critérios e princípios de acção diversos; a produção hospitalar é difícil de padronizar e apresenta uma variabilidade muito elevada; a relação entre os meios, processos e resultados finais (saúde) é problemática dadas as variáveis envolvidas<sup>244</sup>.

A avaliação da *performance* deve inserir-se num conjunto de mecanismos (multi-instrumentação) a accionar para melhorar a forma como os hospitais se organizam e são geridos. Dever-se-á promover o *benchmarking*, a cooperação e a análise de informação comparativa com vista a adoptar (adaptar) as melhores práticas, clínicas e de gestão, detectadas em cada hospital. Defende-se por isso a ligação da avaliação da *performance* dos hospitais a uma função de facilitação e apoio da mudança dos hospitais.

É um papel relevante a desempenhar pelos órgãos da tutela accionista.

Um modelo de avaliação da *performance* dos hospitais incluirá aspectos comuns, nomeadamente ligados às operações e aos resultados da missão, mas também aspectos específicos, derivados da visão, estratégia e situação particular de cada hospital, pelo que faz sentido separar a medição ligada às operações, tratada em modelo comum, da ligada à estratégia, tratada individualmente.

O BSC confere poder de motivação e de concretização dos objectivos e metas, o que resulta de melhor formação da estratégia e da sua implementação – mais ainda se associado a incentivos ligados a resultados. Será um contributo forte para a solução de dois problemas do hospital: a formulação e implementação da estratégia; a integração interna. A concretização de resultados irá acontecer em ciclos de aprendizagem e desenvolvimento de todas as pessoas do hospital: definir expectativas, executar acções para atingir os objectivos; medir, detectar problemas e oportunidades, discutir alternativas e aprender; mudar objectivos, metas e acções a concretizar, etc.

A gestão da *performance* através de um BSC facilita o estabelecimento de pontes, a aprendizagem e partilha de informação em todo o hospital, desenvolvendo as pessoas e aumentando o *stock* de conhecimento da organização: entre a gestão e os clínicos – estratégia, objectivos e acções partilhadas, medição e revisão; entre a gestão global e intermédia – alinhamento de objectivos e acções, avaliação e controlo. A gestão de topo tenderá a privilegiar a adopção de boas práticas e os objectivos que permitam obter simultaneamente qualidade e eficiência.

O BSC deverá ser detalhado para os níveis intermédios e operacionais do hospital e permitir a descentralização de poder e a autonomia responsabilizante, que os profissionais desejam e a gestão de topo precisa, para integrar objectivos num nível superior, evitando a tendência para dispersão e fragmentação. A responsabilização individual por acções e resultados, a medição e avaliação periódicas, as acções correctivas e o reconhecimento, contribuem para libertar as pessoas para objectivos comuns, para sugerirem ideias e acções que explorem oportunidades e solucionem problemas, qualquer que seja o local ou nível em que se insiram.

No quadro nº 7.38, no anexo 1, comparamos as dimensões e indicadores usados em BSC de nível global em três hospitais vencedores do prémio Baldrige. Estamos conscientes que, para a

---

<sup>244</sup> Por exemplo, a reacção e colaboração do doente, intervenção doutros serviços.

*performance* de um hospital, terá maior importância a qualidade e os resultados conseguidos na saúde e na qualidade de vida dos doentes. Doutra modo um hospital sem doentes e sem médicos, como o descrito no “*Yes Minister*”, arriscava-se a obter alta classificação global sem tratar doentes – visto ser então mais fácil ter máxima limpeza, zero infecções e custos baixos (Moullin, 2004).

Finalmente, quanto às dimensões da *performance* a incluir, sublinha-se o consenso de inclusão de: perspectiva interna, *performance* operacional em qualidade, eficiência e tempo de processos; contribuição e satisfação de stakeholders, dividida em duas perspectivas – de profissionais, a incluir em inovação e aprendizagem, e de doentes e outros interessados; eficácia organizacional, traduzindo os resultados em saúde e na qualidade de vida dos doentes, assim como o grau de cumprimento dos objectivos – alguns traduzirão a satisfação de *stakeholders* externos, ex. grau de da produção contratada; finanças, actividade e eficiência global, numa perspectiva simultaneamente de eficácia (resultados financeiros), de bom uso global de recursos e de adaptação ao meio (novos produtos);

O cumprimento da missão, grau em que o hospital presta bons cuidados diferenciados e contribuiu para a melhoria da saúde e bem-estar da população, traduz-se na concretização da produção e dos objectivos definidos, na formação de doentes e coordenação externa de cuidados, na cooperação na promoção de saúde – aspectos já traduzidos nas alíneas anteriores. O ensino e investigação incluem-se na missão mas a medição da sua *performance* não pode ser colocada ao nível da dos cuidados, seja pela relevância (investigação) seja pela dificuldade de medir e pelo reduzido impacto que a avaliação teria em área muito regulamentada e controlada (ensino).

## 7.5.2. Avaliação da governação e da gestão dos hospitais.

### 7.5.2.1. Questões sobre a avaliação do BOD e da gestão de topo

A avaliação da *performance* dos hospitais é complementar mas diferente da da gestão de topo. Esta está relacionada com os resultados alcançados pelo hospital mas requer:

- i) Definição de objectivos e metas organizacionais para os gestores, objectivos individuais de gestão, acções e projectos a concretizar;
- ii) Delimitação dos resultados devidos à gestão actual, não ao acaso, ao meio exterior ou a medidas tomadas pela gestão anterior;
- iii) Valorização do que vai aumentar a *performance* futura do hospital: concretizar acções e objectivos estratégicos; mudanças em comportamentos; melhorias em pessoas e na organização. De modo semelhante valorizar a melhoria de satisfação dos clientes, da sua imagem e credibilidade externa.

Será também de frisar que no topo das organizações agigantam-se os problemas e dificuldades que se atribuem à avaliação – ambiguidade e relatividade da medição, limitações decorrentes da sua natureza, contexto de racionalidade limitada<sup>245</sup>, de ser uma construção de gestão (por ex. medir o fácil não o importante), de estar sujeita a disfuncionalidades e efeitos indesejados (Vakkuri e Meklin, 2006).

Depois importa perceber que não sendo a avaliação um fim, antes um meio de aprender e melhorar, a sua importância mede-se pelo que dela resulta: melhor prestação de contas, alinhamento e

<sup>245</sup> Produto da acção humana, relação causal directa é difícil de acontecer, nem todos os aspectos são representados num indicador.

focalização no essencial, aprendizagem, esforços individuais de melhoria, planos e acções para melhorar processos e resultados. Conforme o motivo e a finalidade visada (ex. retribuição), assim os recursos, processos e resultados serão diversos. Ora pode querer-se a avaliação do BOD e da gestão de topo para:

- Identificar problemas nos processos de governação, os melhores e piores *performers*;
- Servir de base a recompensas em função de resultados, a prestação de contas conforme a legislação ou perante accionistas e outros *stakeholders*;
- Fomentar a coesão do grupo de gestão à volta da estratégia, dos objectivos e dos valores definidos, promover a introdução de melhorias, maior empenho no cumprimento das metas e acções definidas, motivar à transformação e a cultura orientada para resultados;
- Facilitar a melhoria de sistemas, da informação de gestão, da avaliação da gestão intermédia e operacional e dos profissionais;
- Aprender sobre o que pode ser feito, o que é normal e excepcional, definir padrões e limites aceitáveis de variação, desenvolver a gestão, os gestores e os profissionais envolvidos.

É também essencial compreender as diferenças da avaliação do BOD e do CEO das empresas e do hospital, em função do contexto, natureza e especificidade dos hospitais.

Primeiro a razão de ser da avaliação é diferente. Nas empresas visa-se contornar o problema de agência – gestão não agir de acordo com o interesse e objectivos dos accionistas (maximizar o lucro), tomando decisões indesejadas ou não tomando as certas. Nos hospitais não lucrativos não há accionistas nem objectivo de lucro, nos públicos (SNS) há apenas um accionista e, nuns e noutros, os objectivos são vários, contraditórios e sem hierarquia definida – dada a ambiguidade vigente no Estado e nas entidades não lucrativas (Eeckloo *et al.*, 2004, 2007). O BOD deixa de ser o guardião do interesse dos accionistas para, considerando o carácter social da saúde, ser a estrutura de ligação à sociedade e aos diversos stakeholders, procurando obter maior legitimidade social (Eeckloo *et al.*, 2004). Quando os accionistas são uma corporação, a prestação de contas do BOD faz-se perante a sua missão e valores, passando a ser o guardião das finalidades e dos intangíveis do hospital – relacionamentos, reputação, valores e cultura (Drucker, 1992; Taylor, 2000).

Dado o objecto e função do hospital a qualidade dos actos é decisiva e faz apelo a liderança clínica. Daí a importância de concretizar a governação clínica, que integra a garantia profissional de qualidade na institucional, e assegura a prestação de contas pela qualidade em todos os níveis do hospital: “*sistema através do qual as organizações do NHS respondem pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de altos padrões de qualidade de cuidados pela criação de um ambiente no qual a excelência de cuidados clínicos florescerá*”, (DH, 1999).

Molinari *et al.* (1993) concluíram que a presença no BOD do hospital do CEO e de médico (*insiders*) aumentam a *performance* financeira do hospital, ao contrário do postulado pela teoria da agência. Esta conclusão resulta da enorme assimetria de informação que haveria com um BOD constituído apenas por independentes (*outsiders*), o que impediria boas e atempadas decisões e eliminaria o aconselhamento especializado e a ligação que os *insiders* assumem.

Os hospitais são muito influenciados pelo poder dos profissionais e pela complexidade da produção, bem como pelos múltiplos principais que aumentam a ambiguidade quanto aos objectivos do hospital e ao papel do próprio BOD. Na empresa privada nada disso se passa.

Nos hospitais é importante ultrapassar as especificidades que prejudicam a *performance* e a



prestação de contas: politização, dualidade de objectivos e linhas de responsabilidade (clínica, gestão), múltiplas estratégias de grupos profissionais e serviços, valores e culturas distintos em serviços e profissionais. Por isso o BOD tem uma função externa de ligação e legitimação e, internamente, um papel fundamental de integração<sup>246</sup> e unificação de objectivos. Aumenta o potencial do hospital focalizar a sua atenção na estratégia, apoiar e avaliar a *performance*, melhorar a capacidade de aprender da organização (Arrington *et al.*, 1995).

As empresas e hospitais lucrativos nos EUA até poderiam não avaliar o BOD e a gestão de topo, porque outros mecanismos actuam: mercados de produtos, de capital e de gestores; incentivos e participação da gestão (e do BOD) no capital garantem maior alinhamento; controlo externo e mecanismos internos de controlo a funcionar plenamente. Na ausência, ou deficiência, desses mecanismos ganha importância acrescida a avaliação dos órgãos de topo das organizações cujo funcionamento é complementar de instrumentos de *quase mercado* (ex. contrato externo), da acção de reguladores e do Estado. Ao contrato-programa, do hospital com os compradores para a prestação de serviços, junta-se o contrato de gestão, entre o accionista (ou BOD) e os gestores de topo, no qual se deve alicerçar a sua avaliação.

Por outro lado teoricamente, que não na prática muitas vezes, o hospital público está sujeito a maior escrutínio externo<sup>247</sup> que as empresas, o que diminuiu o problema de agência.

#### 7.5.2.2. Avaliação do BOD

Falascchetti e Miller (2000) justificam a existência do BOD: um agente externo é necessário na produção pública para garantir a eficiência e evitar o “*free-riding*”, mas não é suficiente, pois pode agir de modo oportunista, daí que um grupo de agentes tenha maior capacidade de evitar o oportunismo.

As responsabilidades<sup>248</sup> do BOD dum hospital seriam:

- a) Princípios e finalidades. Definir e concretizar a missão, visão, objectivos estratégicos e valores; identificar os *stakeholders* principais, a população a servir e as necessidades a suprir; definir os programas e serviços a disponibilizar no longo prazo e aprovar a estratégia;
- b) Gestão excelente. Recrutar um CEO, fixar-lhe o salário e os objectivos, definir as suas competências, a forma de prestação de contas e as consequências da sua avaliação;
- c) Qualidade e gestão de riscos. Aprovar objectivos, indicadores e programas de qualidade – respeitando padrões e regras de boa prática – e monitorizá-los; assegurar que há processos e procedimentos estabelecidos para gerir os riscos principais;
- d) Sustentabilidade financeira. Aprovar o plano operacional, o orçamento, os objectivos e indicadores de *performance*, monitorizá-los e garantir que são tomadas as medidas correctivas; garantir a fiabilidade da informação e aprovar os relatórios de prestação de contas;
- e) Eficácia do BOD. Definir políticas e procedimentos que garantam a eficácia do BOD; liderar eticamente exigindo respeito pela legalidade e código de conduta; equilibrar interesses e objectivos dos *stakeholders*, envolvendo-os e estabelecendo uma comunicação eficaz (Hundert e Crawford, 2002a; DHS, 2003; OHA, 2004; DH, 2006).

<sup>246</sup> Integração a um nível superior de objectivos clínicos e de gestão, incluindo a integração da governação clínica.

<sup>247</sup> Ex. Compradores, financiadores, reguladores, ministério da saúde e finanças, tribunal de contas, auditorias financeiras e qualidade.

<sup>248</sup> No anexo 1 no quadro nº 3.2.1.10 detalharam-se os princípios de boa governação.

Em vários países aos deveres tradicionais do BOD do hospital foi acrescentado o dever de qualidade, o que impõe maior atenção a essa dimensão da *performance*, conferindo-lhe a importância devida na estratégia e nas operações, actuando para melhorar os recursos, processos e resultados. Esta evolução implica mudanças internas, na estrutura, nos sistemas, na cultura e valores, bem como na relação com o exterior, maior colaboração e coordenação de esforços com outros serviços.

A chave para uma boa governação reside na competência e integridade dos seus membros, no relacionamento com a gestão e no envolvimento e na interacção social dentro do BOD (Nadler, 2004). Ao BOD incumbe o duplo papel de parceiro de liderança e superior hierárquico do CEO a quem cabe concretizar as suas directivas, daí que o relacionamento com a gestão seja vital. Em estudo no NHS concluiu-se que mau relacionamento BOD-gestão de topo era inimigo da *performance* mas que um *bom* não a garantia, sendo essencial criar uma “*tensão construtiva que facilite uma parceria efectiva e evite a complacência*” (Exworth e Robinson, 2001).

Esta parceria e tensão criativa correspondem a “*cultura onde se possa divergir... clima de confiança... avaliação e prestação de contas em toda a organização*” (Sonnenfeld, 2002). Outro estudo concluiu no mesmo sentido: *performance* do BOD aumenta quando há clareza no seu papel, nos objectivos e papéis do BOD e do CEO; partilha e discussão aberta da informação; prestação de contas efectiva; clima de respeito, apoio e confiança; equilíbrio entre o cumprimento e a inovação, entre a autonomia individual e a responsabilidade (Bevington *et al.*, 2004).

Espera-se que o BOD dos hospitais exerça a sua liderança do seguinte modo:

- Assumir os seus papéis, envolvendo-se em parcerias com a gestão e parceiros externos;
- Manter o foco na estratégia, no exterior e no futuro, promovendo uma cultura de qualidade;
- Monitorizar e avaliar a *performance* do BOD, do CEO e do hospital;
- Desenvolver o conhecimento organizacional;
- Promover o envolvimento dos profissionais, dos doentes e do público;
- Actuar eticamente e garantir, em todo o hospital, actuação conforme os valores definidos (Arrington *et al.*, 1995; Bevington *et al.*, 2005; NHS, 2005; Stanton, 2006).

A actuação do BOD corresponde, por regra, a um ponto intermédio do que Nadler (2004) classificou como *certificador* e *comprometido*, conforme a escala de envolvimento que se pode ver no quadro nº 7.39 no anexo 1.

O papel do BOD é diferente nos dois modelos existentes: hospital *não lucrativo* e corporativo.

Nos hospitais *não lucrativos* a Missão ganha um relevo ainda maior por não existirem accionistas, tanto mais que, na falta daqueles, são “*pertença*” da comunidade e dela dependem para existir, via donativos e apoio de voluntários. Por isso não se estranha que o BOD reflecta a comunidade que elege a maioria dos seus membros, o que pode prejudicar a eficácia de governação quando, por exemplo, seja necessário *downsizing* e os representantes da comunidade se oponham.

O BOD do hospital *não lucrativo* funciona sob constrangimentos pouco usuais: são voluntários; têm papel importante na recolha de donativos; muitas vezes as reuniões do BOD parecem conferências mais que reuniões deliberativas; ampla gama de *stakeholders* a quem responder sem objectivo único e comum. Não surpreendem alguns resultados do estudo: apenas 17% dos membros sentiam que o BOD era tão eficaz quanto possível e só 46% acreditavam que os outros membros eram

capazes de resumir a missão e a visão da organização; só 40% acreditavam que o BOD tinha um papel activo na avaliação da *performance* do hospital (Jansen e Kilpatrick, 2004).

O modelo corporativo de BOD tem menos membros, menor diversidade e representação menos alargada que o filantrópico, mas é mais orientado para a estratégia, para a assunção de riscos, para um comportamento competitivo e para maior integração com a gestão. Por isso é mais flexível, responde melhor perante mudanças organizacionais ou do Meio, apresentando vantagens sobre o dos *não lucrativos*, em eficiência, actividade e *market share* (Alexander e Lee, 2006). Também Orlikoff (2005) questiona a eficácia do modelo de governação dos *não lucrativos* nos hospitais, tendo em conta a evolução recente do seu ambiente externo – concorrência, risco de financiamento, exigência dos reguladores e escrutínio externo –, mais exigente e desafiador para o BOD, colocando em causa o trabalho em tempo parcial, voluntário e pouco activo. Resumimos na caixa nº 7.2 informação sobre as práticas de governação nos hospitais públicos no RU, Austrália, Nova Zelândia e Canadá.

Com funções idênticas às das empresas o BOD no NHS evoluiu, na sua composição, substituindo os directores eleitos e representantes dos profissionais por *não executivos* poderosos. “*Como operam em ambiente mais político, com objectivos menos claros, função de produção complexa, prestação de contas menos clara... e respondem perante o Secretário de Estado... vários estudos provam que têm contribuição limitada e apenas se envolvem na aprovação de decisões feitas por outrem*” (Peck, 1995; Farrell, 2005).

Estudos empíricos provaram que os BOD tiveram, na primeira vaga de empresarialização no NHS, uma contribuição marginal para a governação dos *Trusts*, sendo o seu papel essencialmente de facilitadores do relacionamento externo (Peck, 1995) – nos hospitais do cancro o papel dos BOD das redes está limitado a função de “assinatura” (Addicot, 2008). Esta conclusão é semelhante à de Farrel (2005) quanto aos BOD das escolas no RU: não tinham grande envolvimento em aspectos estratégicos, actuando como “*carimbadores de decisões*”.

A governação do sector público na Austrália (NSW) apresentava problemas que conduziram a recomendações que são elucidativas:

- a) Papel: 80% dos BOD pensavam que a sua função principal era a gestão de recursos (função da gestão) e só 32% reconheciam a responsabilidade de monitorizar a gestão;
- b) Avaliação: apenas 35% reviam a *performance* da organização, 31% não tinham procedimento formal para avaliar o BOD e só 36% tinham um código de ética aprovado;
- c) Recomendações: BOD devem ter papel, poderes e prestação de contas claros; idem quanto ao papel e responsabilidades do ministro e das agências centrais; deviam fixar-se regras mínimas para a nomeação e composição do BOD e do CEO, bem como para a sua avaliação; deve ser estatuído claramente que o BOD nomeia o CEO (AONSW, 1997a; AONSW, 1997b; AONSW, 1998).

A governação dos hospitais na Nova Zelândia começou por modelo burocrático, passando depois para o modelo corporativo, que oferece maior flexibilidade, mantém a prestação de contas, enfatiza a mudança estratégica, o foco em objectivos organizacionais e de serviço e a maximização de *market share* (Barnett *et al.*, 2001). Os autores concluíram pela existência de benefícios na maioria das áreas, excepto nos custos de pessoal, reconhecendo haver dúvidas sobre se os ganhos eram devidos à nova estrutura de governação ou eram antecipáveis por posição *managerialista* dos antigos BOD. A governação nos hospitais do Canadá é abordada resumidamente na caixa nº 7.3.

**Caixa Nº 7.2: Governação dos hospitais no NHS (Exworthy e Robinson, 2001; Sausman, 2001; Klein, 2003; NHS, 2005; Storey et al., 2008)**

Os hospitais eram geridos através de uma hierarquia administrativa tripartida (médico, administrador e enfermeira) privilegiando a gestão por consenso sendo nos anos oitenta objecto de empresarialização – da administração para a gestão pública – que aumentou o escrutínio externo: auditoria e inspecção; monitorização e revisão da *performance*; prestação de contas alargada.

Na primeira vaga os hospitais empresa (*Trusts*) dependiam da gestão do NHS (*NHS Executive*) e do Ministério (*Department of Health, SHAs*<sup>249</sup>), para além da prestação de contas via aquisição de serviços dos PCT (*Primary Care Trusts*), da sujeição a auditoria e inspecção (*Commission for Health Audit and Inspection*) e ao cumprimento de metas (*Healthcare Commission*). Os *Trusts* estão obrigados a serem, prioritariamente, “financeiramente robustos” e os que falham têm mudanças na gestão. Os novos FT (*Foundations Trusts*) representam uma devolução de poderes local – respondem perante representantes da população – e uma maior autonomia, prestando contas já não ao Ministério e seus departamentos mas a um novo regulador independente (*Monitor*), que procede ao seu licenciamento (e extinção), monitoriza e decide a gama de serviços a prestar, podendo impor requisitos adicionais (p. ex., impor limites, a investimentos ou outros relacionados com a situação financeira particular de um FT), substituir elementos do BOD e provocar novas eleições – mantém-se a prestação de contas “*de mercado*” perante os PCT, a sujeição a auditoria e ao cumprimento das metas e padrões definidos.

Este *mix* de prestação de contas (mercado, direcção e controlo, auditoria e inspecção) visava uma maior ligação às necessidades da população e um posicionamento mais estratégico, de modo a gerar duas mudanças: de interesses do produtor para os do cliente; de produção uniforme para dirigida às necessidades e preferências do consumidor. Combinam a burocracia, o mercado e a gestão, cada uma actuando de modo incompleto e provocando sobreposição na prestação de contas.

Em cada *Trust* existe um BOD que superintende no hospital directamente sobre a gestão de topo – CEO e equipa de gestão – um presidente (diferente do CEO<sup>250</sup>), elementos executivos e *não executivos* (cinco membros executivos e outros tantos *não executivos* na versão inicial), alguns representando as autoridades locais – responsável pela estratégia (definição, monitorização, implementação), pela definição de políticas, pela monitorização da *performance*, pela especificação dos papéis (BOD, gestão de topo), da informação requerida e da agenda do BOD para cumprimento dessas obrigações. Inicialmente enfatizavam-se as características privadas do BOD (escolha de membros, papéis) mas com os *Trabalhistas* dá-se preferência à ligação à comunidade, ao conhecimento e experiência de gestão. O BOD no RU tem, nos termos da lei, oito deveres, cinco que podemos considerar comuns às empresas e três específicos: eficiência, economia e eficácia; cumprir as leis e autorizações; desenvolver o próprio BOD; trabalhar em parceria com a gestão de topo; obter equilíbrio financeiro; envolver o pessoal, público e doentes (no planeamento, prestação e monitorização de serviços); cumprir os padrões de saúde e as metas nacionais; qualidade (conforme governação clínica).

O BOD tem um papel algo indefinido, combinando poder executivo (decisão última) e representação do hospital, com o ser parceiro (complementar saberes), mentor e conselheiro da gestão. Em conjunto com a gestão, o BOD é responsável pela gestão de riscos, pela viabilidade financeira e pelos resultados de *performance*.

A prestação de contas pela qualidade<sup>251</sup>, inicialmente ligada aos clínicos e estruturas profissionais, passou igualmente a ser um dever da governação e da gestão, através de novos mecanismos – *clinical governance*, acreditação, papel do NICE, protocolos, processos, padrões e metas de qualidade. A gestão passou a ser co-responsável pelo funcionamento de mecanismos, estruturas e projectos de qualidade, assim como pela concretização de metas e por relações externas relacionadas com a qualidade. Esta evolução foi o resultado de problemas de qualidade devidos aos falhanços de liderança, comunicação e trabalho de equipa (ex. *Bristol Infirmary*), que provaram a insuficiência da responsabilidade profissional. O CEO e a equipa de gestão são responsáveis pelo papel *interno* (*front line*) – implementação da estratégia, das políticas e dos objectivos definidos pelo BOD, assim como pela gestão corrente do hospital. Cabe-lhes a responsabilidade pelos métodos e instrumentos característicos da empresarialização, p. ex., definição de objectivos, controlo de gestão, avaliação do desempenho e ligação a incentivos. A gestão partilha com o BOD o papel *externo* (*political flack*), ligado à comunicação com os *media*, com a comunidade e com os *stakeholders* externos – espera-se dos gestores dos hospitais do NHS um papel externo, de cooperação e parceria com serviços externos, de *advogados* e elementos de ligação com as autoridades de saúde (MS, reguladores).

O sistema de avaliação da *performance* dos hospitais do NHS é de sanções e recompensas: efeitos de reputação (*reporting de performance*); concessão de maior autonomia à gestão dos melhores classificados (3 estrelas); bónus e renovação de mandatos para a gestão (Bevan e Hood, 2008).

Um código descreve pormenorizadamente as boas práticas de governação que os FT deverão seguir, incluindo o cumprimento dos princípios e valores públicos, *Monitor* (2006), existindo ainda outros documentos orientadores, ver por exemplo NHS (2009).

<sup>249</sup> Há entidades regionais (*Strategic Health Authorities*) e distritais, que representam o Ministério, cada uma com um BOD e gestão.

<sup>250</sup> A inexistência de dualidade gera a necessidade de negociação (BOD-gestão) para delimitação dos seus papéis.

<sup>251</sup> Para alguns esta decisão retira autonomia aos profissionais e mudou o poder “*dos médicos para o dinheiro e para os números*”.

### Caixa Nº 7.3: Governação nos hospitais do Canadá (Taylor, 2000)

Os hospitais são governados por um BOD que delega a gestão corrente num CEO. O relacionamento entre o BOD e o CEO é considerado essencial para o sucesso, sendo visto (desejavelmente) com uma parceria.

O BOD é responsável pelo desenvolvimento de políticas e planos; por medir e monitorizar a *performance*; por actuar como a voz do proprietário do hospital. Três das responsabilidades do BOD são indelegáveis: estabelecer a ligação entre o hospital e os proprietários; monitorizar a *performance* do CEO; definir a Missão, a Visão e os valores do hospital.

O CEO é responsável, perante o BOD, pela concretização das políticas, dos planos e da direcção estratégica – o que deve fazer em tempo, dentro do orçamento, cumprindo as metas.

Os hospitais públicos pertencem e são governados por uma autoridade regional. Os BOD são quase todos voluntários.

Consideram-se cinco *benchmarks* contra as quais os hospitais devem medir a sua *performance*:

- i) Missão e Visão claramente articuladas, implica objectivos mensuráveis e um plano estratégico quantificável e balizado no tempo. As decisões do BOD e do CEO são medidas em função da contribuição para a missão, visão e plano estratégico;
- ii) Cultura orientada para resultados, que facilita e motiva à concretização da missão. Para a concretização dessa cultura considera-se essencial a boa selecção e avaliação de um CEO, competente e que lidere pelo exemplo;
- iii) Parceria de liderança, sendo a excelência dependente de um BOD e CEO comprometidos, em interacção vigorosa e partilhando a liderança do hospital – médicos são também considerados com parte dessa parceria;
- iv) Foco na melhoria, da gestão do BOD e da actividade operacional, como denominador comum dos hospitais de alta *performance* que se comparam e medem periodicamente contra as melhores práticas em cada área;
- v) BOD com dimensão funcional, de sete a dez membros por regra.

No NHS o Estado simultaneamente saiu da prestação e aumentou o controlo, através do orçamento global e da contratação e, sobretudo, da fiscalização, da decisão sobre metas e avaliação dos prestadores e da gestão (Greener e Powell, 2008). O instrumento mais poderoso para prestação de contas nos hospitais do NHS tem sido a gestão da *performance*, incluindo a classificação, as metas impostas centralmente e as consequências, (Greener e Powell, 2008). As reformas recentes deram maior legitimidade à gestão, melhoraram a informação e o enquadramento das decisões clínicas: mais regulação e maior escolha de doentes, que traduz posição consumista mas também responsabilizante<sup>252</sup> (Greener e Powell, 2008).

A prestação de contas do hospital integra o *reporting* de informação, como resposta perante os *stakeholders*. O *reporting* de *performance* do BOD foca os aspectos essenciais para os diversos constituintes, pelo que necessita de uma família de medidas que responda aos objectivos daqueles e que inclua «*resultados para doentes, saúde da comunidade, percepção dos consumidores, conformidade com padrões, medidas de sucesso em processos críticos, incluindo o seu valor, tempo, precisão, apropriação, eficácia, eficiência e continuidade*» (O'Rourke e Bader, 1993).

Um estudo no NHS concluiu que a avaliação dos BOD era irregular, poucos separavam a sua *performance* da da organização e, para vários dos seus membros, não era claro que informação era útil para avaliar adequadamente o BOD e/ou a organização (NHS, 2005).

A avaliação do BOD dos *não lucrativos* faz-se nos EUA recorrendo a questionário estruturado de auto-avaliação, o GSAC (*Governance Self-Assessment Checklist*), que incluiu 144 questões divididas em 12 escalas (Gill *et al.*, 2005) – ver descrição seguinte.

<sup>252</sup> Doentes chamados a actuar como “bons” consumidores: não abusarem, preocupar-se com a sua saúde e estilos de vida.

1. Avaliação rápida da eficácia	Compreende 15 itens que a literatura identifica com os BOD de sucesso.
2. Estrutura do BOD	Avalia a extensão em que a estrutura é clara, incluindo normas, políticas e procedimentos
3. Cultura do BOD	Avalia a dinâmica do BOD, os valores organizacionais, os estilos de comunicação e o grau de confiança.
4. Responsabilidades	Integra 6 subescalas que abarcam o “quê” da governação: missão e planeamento; provedoria financeira; provedoria de pessoal; monitorização da <i>performance</i> e prestação de contas; representação da comunidade e <i>advogar</i> pelo hospital; gestão de riscos.
5. Processos e práticas	Compreende 3 subescalas que descreve como o BOD <i>funciona</i> : desenvolvimento do BOD; gestão do BOD; tomada de decisão.

Um estudo comprovou que as organizações *não lucrativas* especialmente eficazes tinham BOD também mais eficazes (não estabelece uma relação causal, a associação pode dever-se a um terceiro factor por ex. CEO mais eficaz) e que estes usavam um número significativamente maior de *boas práticas* que os menos eficazes (Herman e Renz, 2000). Também McDonagh e Umbdenstock (2006) concluíram que o melhor desempenho dos BOD, lucrativos e *não lucrativos*, nas 6 dimensões que integram o questionário BSAQ<sup>253</sup> de auto-avaliação correspondia a melhor *performance* do hospital, especialmente em rendibilidade e menores despesas. Margolin *et al.* (2006), num estudo incluindo 1500 CEO e 900 presidentes de BOD de hospitais dos EUA, concluíram:

- BOD tinha em média 13 membros (moda de 7) e 48% reuniam pelo menos mensalmente, os BOD em *não lucrativas* tinham maior dimensão e reuniam mais frequentemente;
- 86% dos BOD especificaram o processo formal de avaliação do CEO, com critérios predefinidos onde o financeiro tinha maior peso;
- Performance* operacional do hospital era revista periodicamente, sendo mais comuns os critérios financeiros, qualidade e segurança, satisfação de doentes (90% dos BOD usavam-nos), 65% dos hospitais avaliavam a *performance* dos hospitais relativamente a padrões e “*benchmarks*”;
- 67% avaliavam formalmente a *performance* do BOD (destes 74% apenas o conjunto).

Concluiu-se também que nos hospitais com alta *performance* os BOD tinham reuniões mais participadas, com decisões mais discutidas e cultura mais proactiva e interactiva (Prybil, 2005).

### 7.5.2.3. Avaliação do CEO e da equipa de gestão

Como nas empresas, a avaliação do CEO dos hospitais gera resultados positivos: maior prestação de contas do CEO; ligação da retribuição à *performance*; clarificação da direcção estratégica; promoção de melhores relações BOD-CEO; promoção do desenvolvimento do CEO (Conger *et al.*, 1998).

Essa avaliação é importante pelo que dela vai resultar no hospital:

---

<sup>253</sup> “Board Self-Assessment Questionnaire” com 6 dimensões: contexto, formação/educação, relações interpessoais, capacidade de análise, aspectos políticos, estratégia.

- CEO focaliza-se na estratégia e objectivos essenciais, nas modificações de sistemas e nas acções que podem levar à *performance* desejada – a adaptação e o maior alinhamento no hospital permitem esperar maior *performance* global;
- CEO preocupa-se com a melhoria da sua prática e capacidades, promove comportamentos éticos, o envolvimento das pessoas e a sua avaliação – maior motivação, formação e desenvolvimento de pessoas conduzem a maior *performance*;
- A avaliação induz melhorias no hospital, no CEO e nos restantes gestores – estes via influência e emulação do CEO, pela replicação da avaliação noutros níveis de gestão, pelos efeitos dos contratos internos e sua ligação à retribuição.

Objectivos e metas são uma forma de focalizar e motivar que, associada ao feedback e a consequências conforme a *performance* – publicação de resultados, reconhecimento, recompensas e penalizações –, conduz a maior esforço e investimento directo dos visados e indirecto, nos restantes níveis de gestão e grupos de trabalho.

Os objectivos e metas facilitam a mudança, de recursos, processos e resultados, que doutro modo esbarra na indiferença/oposição dos envolvidos, no caso de serem promovidas – por ex., um estudo no NHS encontrou inércia nas unidades com custos em linha ou acima da média nacional, recorrendo-se às “justificações” conhecidas<sup>254</sup>, apesar da receptividade ao *benchmarking* operacional ser grande (convergência dos objectivos com a ética e cultura profissionais) (Jones, 2002). Este aspecto é muito importante no hospital, onde os profissionais têm grande autonomia e dominam o processo produtivo.

A importância dos incentivos associados a objectivos e metas aumenta por se tratar de um serviço de cuidados, com variação de práticas pessoais e médicas (ciência e arte aliam-se, pouca normalização e variabilidade da prática médica). Por isso a motivação obtida nos profissionais (“*contar sorrisos*”) tem consequências positivas no serviço prestado aos doentes e no seu resultado.

A gestão de topo dos *Trusts* actua como *ponte* entre grupos de médicos, políticos e gestores envolvidos na competição interna (Sausman, 2001). Esta conclusão é congruente com a de Griffith *et al.* (2005): gestão de topo dos hospitais vencedores do prémio Baldrige, prestam contas duplamente, pelos resultados perante superiores, BOD e accionistas, e perante subordinados, pelo apoio e formação dado a gestores, profissionais e equipas. O BOD deve esclarecer primeiro se quer um “*Mr. Outside*”, voltado para o exterior e para relacionamento político, ou antes um “*Mr. Inside*”, concentrado na gestão interna, definindo depois a *performance* que dele pretende, em metas específicas da organização e na concretização de projectos/actividades (Browdy, 1989).

Para avaliar o CEO do hospital é necessário:

- a) Clarificar o contexto organizacional, definindo a missão, visão, valores e um plano estratégico actualizado e com um plano para o ano vigente;
- b) Especificar por escrito o papel, os poderes e as responsabilidades do CEO (*job descriptions*), assim como do BOD, para delimitar funções e áreas de prestação de contas;
- c) Objectivos, metas, acções e projectos a completar pelo CEO no ano em curso;
- d) Contrato de gestão, escrito, onde se inclua o previsto nos pontos anteriores bem como a descrição do processo de avaliação (metodologia e fases começando por auto-avaliação, periodicidade de análise<sup>255</sup>, intervenientes, consequências, etc.) (Orlikoff e Totten, 1996; Newman *et al.*, 2001).

<sup>254</sup> Custos não são fiáveis, *mix de GDH é diferente, somos um centro de excelência com custos naturalmente maiores.*

<sup>255</sup> Normalmente prevê-se pelo menos uma apreciação intermédia, para análise e eventual revisão de metas, e uma avaliação final.

Acrescentaríamos duas notas:

- 1ª Devem ser especificados os indicadores a usar, as metas e os valores de base, os padrões e os limites de variação considerados aceitáveis, assim como os instrumentos em que se baseiam – ex. inquéritos de satisfação de doentes – e a enumeração das actividades e projectos a completar<sup>256</sup> descrevendo a situação inicial e a situação final desejada;
- 2ª O CEO deveria entregar, com a auto-avaliação, breve resumo onde descreva: esforços desenvolvidos relativamente à comunidade e à colaboração com outros serviços; aspectos de estratégia – execução, evolução do contexto estratégico que o hospital enfrenta.

O processo de avaliação da *performance* do CEO:

- 1) É melhor coordenado através de comissão do BOD, mas todos os membros devem participar em pequeno inquérito no fim do ano de exercício;
- 2) Avaliação incide sobre os objectivos que tinham sido definidos pelo BOD, começa com auto-avaliação e não termina sem a reacção do CEO à avaliação que o BOD faz da sua *performance*;
- 3) Deve haver oportunidade para comentários bem como para resposta a questões específicas;
- 4) Compensação do CEO fica dependente da avaliação da sua *performance*;
- 5) Presidente do BOD e o CEO devem partilhar a avaliação (Bryan e Jacobson, 2005).

Em estudo no NHS concluiu-se que a gestão de topo tinha medidas de *performance* que reflectem as da organização que gerem – essencialmente financeiras<sup>257</sup> e de actividade –, sendo o seu pagamento relacionado com a *performance* e os seus contratos para um prazo fixo (Exworthy e Robinson, 2001). Muitos dos membros do BOD eram reformados, acumulavam essa actividade com outras em organizações *não lucrativas* e muitos dos presidentes tinham papéis cerimoniais e de representação.

Os CEO dos hospitais públicos tendem a ser pior remunerados, donde resultam problemas de selecção e de incentivo, o que explica a menor *performance* encontrada em estudo nos EUA relativamente a hospitais *não lucrativos* (Eldenburg e Krishnan, 2003). Nos hospitais do NHS, no período 1998-2005, concluiu-se haver uma “forte associação” entre *performance* financeira fraca do hospital e a rotação do CEO, mas não se encontrou qualquer relação entre a *performance* global dos melhores hospitais e a retribuição dos CEO (Ballantine *et al.*, 2008). Estas conclusões sugerem a prevalência dos efeitos do controlo central sobre a estrutura de governação (comissão de remuneração) pondo em causa a sua importância na monitorização do CEO.

A maioria dos autores prevê avaliação do CEO relacionada com execução da estratégia, resultados organizacionais e individuais (desenvolvimento pessoal e profissional). Os quadros nº 7.40, 7.41, 7.42 e 7.43, constantes do anexo 1, enumeram alguns critérios de avaliação.

Para evitar problemas de *gaming* e de medição da *performance* no NHS será necessário ter acompanhamento e avaliação por entidades independentes (reguladores ou avaliadores) e seguir a prática da JCAHO que, apesar de usar medidas de *performance* e estimular a melhoria contínua, baseia a sua avaliação em auditorias a cada três anos (Bevan e Hood, 2008).

<sup>256</sup> Deve estar predefinida a ponderação de cada área de avaliação (ex. resultados organizacionais, aspectos profissionais).

<sup>257</sup> Obter equilíbrio financeiro e gerar 6% sobre os activos (Goddard *et al.*, 1999).



#### 7.5.2.4. Conclusões

O BOD do hospital apresenta diferenças face às empresas, deixando de ser o guardião do interesse dos accionistas (máximo lucro), para passar a ser, também, uma estrutura de ligação à sociedade e aos diversos *stakeholders*, prestando contas perante a missão e valores do hospital, actuando como guardião dos intangíveis e procurando obter legitimidade social. Os deveres acrescidos do BOD no hospital, de envolvimento dos doentes e dos profissionais, assim como na melhoria contínua da qualidade, reforçam o seu papel unificador de objectivos e de integração interna, incluindo da governação clínica. Na falta dos mecanismos de controlo de mercado a avaliação do BOD e do CEO ganham importância acrescida no hospital público, ainda que neste o problema de agência esteja diminuído dado o maior escrutínio externo.

O BOD pode fornecer quatro tipos de capital, pelo que a sua composição e modo de funcionamento podem potenciar maior *performance* do hospital: capital intelectual (conhecimento, experiência, aprendizagem conjunta através do diálogo); capital social (relações, redes externas e internas); reputacional (imagem pública, reputação técnica e de integridade); capital político (habilidade para advogar em favor do hospital, de se relacionar e de integrar interesses em conflito).

O sucesso do BOD funda-se na competência dos seus membros, passa pela interacção social no BOD mas fica muito dependente do relacionamento estabelecido com o CEO, que aplicará as suas decisões e directivas. Uma parceria caracterizada por tensão criativa num clima construtivo, de respeito e de abertura são essenciais. Vimos que o modelo corporativo de BOD se adapta melhor à complexidade do hospital e ao ambiente exigente e desafiador que actualmente o caracterizam. Vimos igualmente que a aplicação prática do BOD nos hospitais de diversos países não estava isenta de problemas ou de eficácia reduzida.

A avaliação do BOD efectua-se por auto-avaliação do órgão, seguida, em muitas situações, por avaliação inter-pares das capacidades, comportamentos e contribuições individuais.

Um modelo que assente na individualidade do hospital (BOD, estratégia e objectivos definidos internamente) oferece flexibilidade e maior possibilidade de ajustar a avaliação do CEO. A maior flexibilidade na avaliação e na gestão da carreira do CEO provoca variação nos objectivos, indicadores e ponderações usados, motivo por que não encontramos um modelo único em países de referência (EUA, RU, Espanha, Canadá, França, Alemanha).

Como contraponto àquela maior flexibilidade, perdem-se alguns benefícios da medição da *performance* relativa, de aprender e adaptar as melhores práticas de um conjunto de hospitais.

A avaliação do CEO gera impacto positivo pelos resultados que o hospital dela irá colher, nomeadamente na organização e funcionamento das suas unidades, na melhoria dos seus serviços assim como na maior focalização, motivação e desenvolvimento do CEO, da gestão e dos profissionais.

Na avaliação do CEO, como em qualquer outra, requer-se a definição de: finalidades; objectivos, metas e acções requeridas, papéis, responsabilidades e poderes; informação adequada, organizada em relatórios e BSC ou semelhante; periodicidade, metodologia, consequências dos diversos níveis de *performance*, planos e acções a desencadear. Vimos ainda, mais especificadamente, que era necessário descrever o contexto externo e interno, clarificar adequadamente os papéis do BOD e do CEO, especificar os objectivos e metas do CEO, a forma da avaliação e as consequências – a prever num contrato de gestão. O processo de avaliação do CEO faz-se através dos objectivos predefinidos incidindo, por regra, em resultados organizacionais, na execução da estratégia e em resultados individuais.

## Capítulo VIII - O Hospital Público Português e a Avaliação

Este capítulo começa por digressão breve sobre a evolução do sistema de saúde Português, comparando-o com o do *National Health Service* (NHS), do Reino Unido, e do hospital público e da sua gestão, procedendo depois à análise dos mecanismos de controlo interno e externo do hospital.

### 8.1. Sistema de saúde e hospital público em Portugal

#### 8.1.1. Evolução do sistema de saúde em Portugal

Após pequena resenha histórica analisamos os resultados e as especificidades do SNS, comparando-o com o NHS.

##### 8.1.1.1. Resenha histórica

No fim do século dezanove e início do século vinte assiste-se ao despontar dos sistemas de saúde de raiz *Bismarckiana* na Alemanha (1883), na Bélgica (1894) e na Noruega (1909), e, após a segunda guerra mundial, o RU institui o primeiro Serviço Nacional de Saúde em 1948 (WHO, 2000).

Em Portugal, até à década de sessenta do século vinte, o Estado, no seguimento da Lei nº 2011/46 de 2 de Abril, assumia apenas responsabilidades na área da Saúde Pública (controlo de sanidade do meio ambiente e doenças transmissíveis, vacinações, além de competências burocráticas), através das Delegações Distritais e Sub-distritais de Saúde. Na área assistencial de prestação de cuidados primários e hospitalares, era ainda maior o distanciamento do Estado, pois assumia um papel meramente supletivo, com cobertura muito limitada e assente essencialmente em hospitais das Misericórdias, e na actividade das Caixas de Previdência, estas com intervenção na área da consulta externa e apenas em relação aos seus beneficiários que eram a minoria da população.

Como características mais importantes deste período – muito importantes, porque algumas resistiram ao passar dos tempos – podem referir-se:

- A natureza privada das entidades prestadoras (entidades particulares de assistência, mesmo que, ocasionalmente, pudessem receber algum subsídio do Estado), com excepção dos Hospitais Cíveis de Lisboa, dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Hospital de São João, este já no final da década de cinquenta, e dos então chamados hospitais especializados (alguns sanatórios e alguns hospitais psiquiátricos);
- O financiamento de origem caritativa (bens próprios, heranças e donativos às instituições) e através de derramas adicionais aos impostos cobrados pelos municípios, ou de pagamentos dos próprios assistidos e, portanto, carecendo de qualquer garantia de suficiência e de equidade;
- O deficiente, quase inexistente, planeamento da rede prestadora, sendo os hospitais e os seus serviços a resultante de iniciativas fortuitas e desgarradas;
- A predominância dos serviços de urgência, em recursos e na procura atendida, sobre a consulta externa, com os impactos esperáveis;
- A inexistência de formação profissional prévia, com excepção dos médicos e de alguns enfermeiros laicos;
- O voluntariado dos prestadores (remuneração simbólica ou inexistente, muitas vezes enfermagem religiosa), e, evidentemente, a ausência de profissionalismo;

- O pluriemprego, sobretudo médico, sendo a prestação de serviço hospitalar vista como mais um contributo caritativo.

Por influência de factores diversos (tradicionalismo, de periferia geográfica, grande debilidade industrial e predomínio de agricultura de subsistência, quase isolamento cultural e político), apenas na década de sessenta do século passado, com a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais, em 1967, seria previsto o que, impropriamente, chamaríamos um sistema de saúde. Impropriamente porque: a concretização dos princípios contidos naqueles diplomas foi lenta e atribulada (sobreviveu a revolução de Abril de 1974); faltou a percepção da importância condicionante da área de cuidados primários, persistindo a predominância de serviços hospitalares, de ambulatório e de urgência; consequência do contexto temporal e político em que surgiram, aqueles diplomas (e o laxismo na implementação dos princípios neles acolhidos) não eliminaram algumas das condicionantes que afectaram o período precedente. Mais concretamente, sobreviveram a responsabilidade supletiva do Estado, embora mais interventiva, com a inexistência de uma lei global<sup>258</sup> de financiamento para a saúde, o pluriemprego e a promiscuidade no exercício profissional. A maior intervenção do Estado traduziu-se, designadamente, na construção de novas instalações (Centros de Saúde e Hospitais Distritais, para além do novo HC de Coimbra), sendo de referir e saudar o abandono da anterior prioridade que durante várias décadas tinha sido atribuída aos então chamados hospitais sub-regionais, de âmbito concelhio e com muito escassa capacidade de intervenção.

Os resultados em indicadores de saúde mostravam a enorme distância que nos separava da Europa, que tinha organizado adequadamente os seus serviços de saúde pública, cuidados primários e hospitalares. Empenhado numa guerra colonial prolongada (1961-1974) e com a debilidade crónica da sua economia, o Estado Português não dispunha dos recursos necessários para acompanhar o esforço dos restantes países europeus de construção e exploração de hospitais e outras unidades de saúde.

Após a revolução de Abril de 1974, com a nova Constituição da República de 1976 e a legislação que se lhe seguiu em 1978 (“Despacho Arnaut”), a população portuguesa viu consagrado o direito à saúde<sup>259</sup> e o acesso generalizado aos serviços de saúde – em 1979 foi instituído um SNS acolhendo os princípios fundamentais do NHS do RU. Os hospitais conquistaram finalmente autonomia administrativa e financeira com a legislação de 1977 (Decreto Lei nº 129/77 e Dec.-Reg nº 30/77), embora persistindo o grave condicionamento da escassez de recursos disponibilizados pelo Orçamento do Estado. A descentralização do SNS ensaia um pequeno passo com a instituição de Administrações Regionais de Saúde (ARS) em 1982, legislação avulsa que, paradoxalmente, extinguiu o SNS, mais tarde reprimado por Acórdão do Tribunal Constitucional. Estranhamente, com a criação do SNS não se extinguiram os subsistemas públicos, provocando duplicação e indefinição de cobertura de saúde sob o Orçamento do Estado.

A década 1988-98 ficou marcada por várias modificações inspiradas na NGP e nas reformas do sistema de saúde do RU (*Livro Branco de Saúde* no governo de Margaret Thatcher): nova legislação hospitalar (1988), Lei de Bases da Saúde (1990), criação de taxas moderadoras (1982) e Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993). Com estas modificações estruturam-se as redes de prestação de cuidados, definindo-se o papel da iniciativa privada e clarificando-se a

<sup>258</sup> A primeira legislação sobre financiamento, em 1965, inspirada pelo saudoso Dr. Augusto Mantas, apesar de pioneira era ainda incipiente.

<sup>259</sup> Ficou consagrado (não garantido) pelo artigo 2º do Dec-lei nº 413/71 de que a política de saúde «visa garantir o direito à saúde».

responsabilidade do cidadão pela sua saúde e pela participação no custo dos serviços. Os profissionais das áreas dos SCDT, (entre outros, de Rx e de Laboratório) já tinham sido integrados em carreiras legalmente reconhecidas.

São revistas as carreiras médicas (Dec-Lei nº 73/90) e de enfermagem (Dec-Lei nº 473/91) e, em Novembro de 1995, inicia-se a concessão da gestão de um hospital público, de Amadora-Sintra (quadro nº 8.1, anexo 1).

Em 1998 inicia-se um novo modelo de gestão pública de hospitais, através da modelo da experiência inovadora de gestão: Hospital de São Sebastião; Hospital do Barlavento Algarvio; Hospital da Cova da Beira; Unidade de Saúde Local de Matosinhos. Em 2002 publica-se nova lei de gestão hospitalar e transformam-se 31 hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA), os quais em 2005 serão convertidos em Entidades Públicas Empresariais (EPE). De 2002 a 2005 é criada uma Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e instituem-se parcerias públicas privadas para a construção e gestão de dez hospitais.

O período 2005-09 fica marcado por uma primeira fase de racionalização do SNS – reestruturação parcial da rede de urgências e de maternidades, um conjunto de medidas na área do medicamento – e pela criação da rede de cuidados continuados e das unidades de saúde familiares.

#### 8.1.1.2. Resultados e especificidades do SNS

Não é fácil estabelecer uma relação directa entre a criação do SNS e as melhorias em saúde que induziu. Sabe-se que o maior rendimento nacional, a melhoria das condições e os hábitos de vida influenciam a mortalidade e a esperança de vida. Ainda assim uma evolução comparativa entre um grupo de países permitirá ilustrar os efeitos verificados na saúde (OCDE, 2009):

- 1º) A esperança de vida à nascença em Portugal em 2007 era semelhante à média da OCDE (79,1 anos) fruto de evolução assinalável: de 1960 a 2007 verificou-se um aumento de à volta de 50%, melhoria bem superior à média da OCDE e superada apenas por 3 dos restantes 29 países.
- 2º) A esperança de vida aos 65 anos também aumentou acima da média da OCDE de 1970 para 2007, sendo idêntica àquela em 2007.
- 3º) A mortalidade infantil de 1970 para 2007 teve a maior diminuição entre os 30 países da OCDE, sendo que, em 2007, Portugal apresentava a 9ª melhor taxa.
- 4º) Nos anos de vida potencialmente perdidos Portugal recuperou do 2º pior resultado em 1970 para o 6º pior apresentando a maior redução (10094 contra 5147 da média da OCDE).
- 5º) Não obstante Portugal apresentava em 2006 indicadores preocupantes, por exemplo, tinha o 2º pior resultado dos países da OCDE nas taxas de incidência de SIDA, mortalidade por acidentes de viação e mortalidade por acidente vascular cerebral.

Melhorou visivelmente a quantidade e a qualidade das instalações de saúde assim como a disponibilidade de equipamentos e de tecnologias inovadoras. Também o tempo de resposta dos cuidados hospitalares, medido pela lista de espera para consultas e cirurgias, melhorou substancialmente em anos recentes (2004-2009).

A produção em saúde aumentou fortemente desde a criação do SNS. Nos hospitais portugueses, em 2007, a frequência no internamento (108), medida em doentes saídos por 1000 habitantes, era idêntica à de diversos países da EU, Espanha (107) e Holanda (109), não se afastando muito da do

RU (126) e EUA (126) (OCDE, 2009). A frequência hospitalar nas consultas é inferior à média da EU mas na urgência Portugal tem, infelizmente, uma frequência consideravelmente superior.

O número total de consultas por pessoa em 2007 era em Portugal de 4,1, valor significativamente inferior ao de Espanha (8,1) e da média da OCDE (6,8) (OCDE, 2009). Como a maioria das consultas se processam nos cuidados primários, normalmente 4 em 5 ou mesmo mais, aquela reduzida frequência traduz a ainda insuficiente produção dos cuidados primários. A rápida difusão das Unidades de Saúde Familiar, iniciadas em 2005, poderá eliminar esta escassez relativa que é, por vezes, apresentada como justificação para o elevadíssimo recurso à urgência hospitalar em Portugal.

No entanto a produção dos cuidados primários aumentou fortemente desde a institucionalização do SNS.

Como o quadro nº 8.2 mostra, o número de consultas em cuidados primários aumentou mais de 65% de 1985 para 2006, mas os atendimentos urgentes aumentaram muito mais (+ 280%).

**Quadro Nº 8.2: Produção em Cuidados Primários (DGS, 2008)**

	1985	1995	2000	2006	% 2006/1985
<b>Total de consultas</b> (milhares)	<b>20.519</b>	<b>29.469</b>	<b>32.204</b>	<b>33.997</b>	<b>65,69%</b>
<b>Nº de consultas</b> (milhares)	19.033	24.882	26.734	28.341	48,90%
<b>Nº de urgências</b> (milhares)	1.486	4.587	5.470	5.656	280,62%
<i>Nº consultas/urgências</i>	<i>12,8</i>	<i>5,4</i>	<i>4,9</i>	<i>5,0</i>	
<b>Nº Total consultas/habitante</b>			<b>3,15</b>	<b>3,21</b>	

A evolução recente nos recursos e na produção de 2002-07 pode considerar-se favorável (quadro nº 8.3): a média do Continente evoluiu favoravelmente, em recursos e frequências, salvo nas CE de CSP por habitante onde o crescimento foi modesto e insuficiente; a equidade regional, medida pela amplitude entre regiões nos diversos indicadores melhorou bastante, salvo em CE hospitalares e em enfermeiros por habitante.

Registe-se ainda que a produção de cuidados em 2007 apresentava em Portugal alguns desafios:

- A demora média hospitalar (6,8 dias) situava-se acima da média da OCDE (6,5) e era muito superior à dos EUA (5,5), Suécia (4,5) e Dinamarca (3,5).
- A percentagem de cesarianas (31,2) era a quinta maior da OCDE, francamente acima da média (25,7) e mais do dobro da Noruega (15,9) e da Holanda (14,9).
- As cirurgias de catarata por 1000 habitantes (7,56) situavam-se ligeiramente acima da média da OCDE, mas o valor em Espanha<sup>260</sup> atingia 11,43.
- O número estimado de consultas por médico era de 1168 (3º valor mais baixo da OCDE), contra 2543 da média (2232 em Espanha) (OCDE, 2009).

<sup>260</sup>Como em Portugal a % de idosos é maior que em Espanha e muito maior que na OCDE, a frequência tenderá a ser maior.

Quadro Nº 8.3: Equidade regional – Adaptado de Oliveira (2009)

		Camas/1000 hab	Enf/1000 hab	DS Int/1000 hab	CE HH/1000 hab	CE CSP/1000 hab
2002	<b>Continente</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>	<b>117</b>	<b>916</b>	<b>2780</b>
	Norte	2,9	3,5	112	920	2697
	Centro	3,5	4	113	739	3179
	LVT	4,5	4,6	144	1217	2532
	Alentejo	2,4	3,3	73	519	3257
	Algarve	2,1	3,6	90	594	2044
2007	<b>Continente</b>	<b>3,3</b>	<b>5</b>	<b>118</b>	<b>1262</b>	<b>2862</b>
	Norte	2,9	4,8	115	1316	2914
	Centro	3,4	5	112	990	3218
	LVT	4,1	5,7	142	1640	2503
	Alentejo	2,2	4,1	74	679	3162
	Algarve	2,3	4,3	100	864	2253
<b>% ev. Continente</b>		<b>-3%</b>	<b>28%</b>	<b>1%</b>	<b>38%</b>	<b>3%</b>
<b>Amplitude/média 02</b>		<b>71%</b>	<b>33%</b>	<b>61%</b>	<b>76%</b>	<b>44%</b>
<b>Amplitude/média 07</b>		<b>58%</b>	<b>32%</b>	<b>58%</b>	<b>76%</b>	<b>32%</b>

Na produção de saúde Portugal empregava em 2007 (quadros nº 8.4 e 8.5):

- Menos enfermeiros por mil habitantes (5,1) que a média da OCDE (9,5) e a Espanha (7,5).
- Mais médicos por mil habitantes (3,5) que a média da OCDE (3,1) mas menos que a Espanha (3,7). Embora a dotação de médicos hospitalares (1,7) fosse idêntica à média da OCDE (1,8), os clínicos gerais (1,8) representavam o dobro da média, só ultrapassados pela Bélgica (2,0).
- O rácio enfermeiros/médicos em Portugal (1,5) era o quarto mais baixo da OCDE e situava-se a menos de metade da sua média (3,1).

Quadro Nº 8.4: Nº de pessoas na saúde 1980-2005 (OCDE, 2008)

	% 2005/80	% 2000/80	1980	1990	2000	2005
<b>Nº pessoas na saúde</b>	67%	56%	89.000	108.956	138.816	148.405
<b>Nº pessoas /1000 Hab</b>	32%	27%	2,2	2,3	2,8	2,9
<b>% pessoas HH no total</b>	12	11	68	73	79	80
<b>Méd. insc/1000 Hab</b>	79%	63%	1,9	2,8	3,1	3,4
<b>Enf insc/1000 Hab</b>	100%	61%	2,3	2,8	3,7	4,6
<b>Nº Enf/médico</b>	12%	-1%	1,21	1,00	1,19	1,35
<b>Camas agudas/1000 hab</b>	-27%	-22%	4,1	3,4	3,2	3
<b>Nº Enf/camas agudas</b>	267%	200%	0,3	0,5	0,9	1,1

**Quadro Nº 8.5: Médicos por mil habitantes 1970-2007 (OCDE, 2004, 2009)**

	1970	1980	1990	2000	2007	% 2000/70	%2007/70
<b>% Portugal /OCDE</b>	<b>69%</b>	<b>105%</b>	<b>117%</b>	<b>110%</b>	<b>113%</b>		
<b>Portugal</b>	0,9	2	2,8	3,2	3,5	2,3	2,6
<b>Média OCDE</b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	<b>2,4</b>	<b>2,9</b>	<b>3,1</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>
<b>Espanha</b>			2,3	3,3	3,7		
<b>Grécia</b>	1,6	2,4	3,4	4,5	5,4	2,9	3,8
<b>Irlanda</b>			1,6	2,2	3		
<b>RU</b>	0,9	1,3			2,5		
<b>Média 4 países</b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>	<b>3,7</b>		

O quadro nº 8.6 mostra a evolução da despesa total de saúde em Portugal, em % do PIB e por comparação com a média da OCDE e um conjunto seleccionado de países. Portugal em 1970 tinha uma despesa que pouco ultrapassava metade da média da OCDE e, passados 35 anos, gastava 15% mais que a média, claramente acima dos países semelhantes<sup>261</sup> e numa percentagem que aparenta estar acima do limite de sustentabilidade para um país como Portugal.

**Quadro Nº 8.6: % Despesa total em saúde no PIB (1970-2005) (OCDE, 2004, 2009)**

	1970	1980	1990	2000	2005	% 2000/70	%2005/70
<b>% Portugal /OCDE</b>	<b>52%</b>	<b>81%</b>	<b>86%</b>	<b>111%</b>	<b>115%</b>	-	-
<b>Portugal</b>	2,6	5,6	6,2	9	10,2	6,4	7,6
<b>Média OCDE</b>	<b>5</b>	<b>6,9</b>	<b>7,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,9</b>
<b>Espanha</b>	3,6	5,4	6,6	7,5	8,3	3,9	4,7
<b>Grécia</b>	6,1	6,6	7,5	9,4	9,4	3,3	3,3
<b>Irlanda</b>	5,1	8,4	6,6	6,4	7,3	1,3	2,2
<b>RU</b>	4,5	5,6	6	7,3	8,2	2,8	3,7
<b>Média* 4 países</b>	<b>4,8</b>	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>	<b>7,7</b>	<b>8,3</b>		

(\*) Média simples.

Para aquela importância relativa da despesa de saúde contribuem certamente: i) extensa duplicação de cobertura no sector público e privado; ii) consequências da insuficiência de produção dos CSP e do excesso de urgências hospitalares; iii) peso excessivo dos gastos com medicamentos (Portugal gastava 469 USD ppp em 2007 quando a Dinamarca, por exemplo, gastava apenas 301) e em MCDT; iv) elevado desperdício existente no SNS, incluindo baixa produtividade, e o deficiente controlo da aquisição de actos ao sector privado – com importância muito maior que nos restantes sistemas públicos de saúde.

Portugal apresenta dificuldades na implementação de reformas dos cuidados de saúde, o que segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde OPSS (2004) se deve a diversos factores: decisões pouco baseadas no conhecimento; tradição normativa que não valoriza factores importantes do processo de mudança; administração *comando e controlo*, típica da Administração Pública; descontinuidade política; limitações à governação e resistência à mudança.

Existem algumas “bombas-relógio” para o crescimento dos gastos do SNS, como sejam: a população acima de 65 anos em Portugal passou de 9,1% em 1970 (valor abaixo da média da OCDE) para 17,3% em 2007 – o 6º maior valor da OCDE, 2,6 pontos acima da média (14,7);

<sup>261</sup> Os últimos valores mostram uma redução de 10,2 para 9,9% do PIB em 2006.

elevada prevalência da SIDA, esperado crescimento do cancro e das doenças da “civilização”; o poder dos profissionais que poderão obter aumentos de salários sem contrapartida de resultados. Ora em 2007, por exemplo, o salário dos enfermeiros hospitalares já era o 2º maior face ao salário médio e em USD ppp vencendo muitos acima de alguns congéneres de países mais ricos (Portugal 37, Japão 36, Grécia 34, Finlândia 31).

O SNS apresenta ainda outras especificidades:

- a) Existem taxas moderadoras, mesmo na urgência, porém as isenções abrangem mais de 55% da população e, da restante, uma parte substancial não é cobrada.
- b) Para além do SNS, que cobre 100% da população, existem subsistemas públicos e privados de contribuição obrigatória<sup>262</sup>, o que aumenta a indisciplina de acesso e multiplica a despesa global em saúde, tanto mais que o controlo dos subsistemas públicos é ineficaz, para além das reservas que suscitam em termos da equidade de distribuição dos recursos públicos disponíveis e até em termos de conformidade constitucional da contribuição obrigatória;
- c) Portugal apostou forte em mecanismos de privatização, mas fê-lo com base em informação e conhecimento insuficiente e não preparou nem instituiu resposta apropriada: na fiscalização e controlo da aquisição a privados de actos e cuidados, bem como no financiamento, acompanhamento e revisão dos contratos firmados com outras instituições; nas parcerias público privadas para construção e exploração de hospitais parece não ter equacionado devidamente a complexidade de medir e controlar a produção hospitalar, da debilidade dos mecanismos de controlo do Estado (Ministério da Saúde em particular) e da estreiteza do mercado fornecedor;
- d) Os cuidados continuados (CCI), que se iniciaram apenas em 2006 e que têm recolhido algumas críticas dos hospitais por «burocracia excessiva», irão contribuir para aumento da despesa global da saúde visto privilegiarem o internamento e não se preverem mecanismos adequados de comparticipação do doente e/ou família – o risco moral está, por isso, presente. Além disso, a falta de avaliação do que nos CCI está a ser feito legitima dúvidas sobre se, efectivamente, não estão a ser defraudadas as expectativas que motivaram a intervenção nesta área.

### 8.1.1.3. Evolução comparada face ao NHS

O NHS foi acusado de actuar através do racionamento, da uniformidade, da rigidez e do centralismo burocrático e de ser insensível aos clientes, suas necessidades e preferências. Para reduzir esses problemas e mantendo os pontos fortes – compreensividade, universalidade e equidade de acesso, autonomia dos profissionais e eficiência macroeconómica – introduziram-se alguns mecanismos de mercado, tendo implícitas as vantagens e desvantagens do mercado em saúde (quadro seguinte).

<sup>262</sup> De acordo com o OPSS (2003) em 2002 abrangiam 2,25 milhões de pessoas, seja 22% da população. INE (2006) refere 18% da população coberta por subsistemas públicos e privados e 9% com seguro de saúde.



**Quadro Nº 8.7: Mecanismos de mercado na saúde – Adaptado de Enthoven (2000)**

A favor do mercado:	Contra o mercado:
<p>– Propicia <b>escolha</b>. Se não houver problemas (informação, externalidades<sup>263</sup>) haverá óptimo social e os prestadores têm incentivo para oferecer maior qualidade e eficiência;</p> <p>– Impõe <b>prestação de contas</b><sup>264</sup>, permitindo que consumidores penalizem a má qualidade/serviço<sup>265</sup>. Estado favorece os prestadores melhor organizados, mais que os consumidores.</p>	<p>– Com apenas instrumentos do mercado os pobres e fracos perdem acesso (perda de equidade);</p> <p>– Mercado não permite a adaptação dos prestadores ineficientes, ainda que únicos ou que não possam adaptar-se no curto prazo;</p> <p>Especificidade da saúde leva a falência do mercado: doente sem informação para escolher; seu estado (doente) impede escolha racional; dever profissional de tratar sobrepõe-se à relação comercial.</p>

As reformas introduzidas no NHS<sup>266</sup> centraram-se no reforço da gestão, na descentralização de poder, na separação de funções do Estado (regulação, financiamento, gestão, prestação e inspecção/auditoria) e no reforço do papel da competição e do mercado. Os aspectos centrais da reforma foram os seguintes:

- Autoridades distritais foram convertidas em compradores em representação da população – aquisição onde a relação benefício/custo fosse maior, independente do prestador (promover a competição dos prestadores por financiamento);
- Financiamento por capitação das autoridades distritais, não em base histórica como até então (incentivar boas contratações);
- Empresarialização de hospitais, competindo pelo financiamento através da prestação de serviços, cuidados primários acumulam a prestação de cuidados com a função de compradores de cuidados secundários – para promover concorrência entre prestadores e introduzir risco nos hospitais (Enthoven, 2000, 2003).

Estas mudanças geraram alguns benefícios no NHS: i) actividade do NHS aumentou mais depressa que os recursos (ganhos de eficiência); ii) contratação pelos Cuidados Primários gerou melhorias na resposta dos prestadores, motivou os clínicos gerais a maior actividade e trouxe equilíbrio entre hospitais e CSP – a redução de listas de espera deveu-se em parte à intervenção dos CSP; iii) passou a haver maior prestação de contas pela produção e introduziu-se risco nas organizações, na gestão e nos profissionais – forçando a orientação para cumprimento do contrato; iv) gestão foi valorizada, passou a haver maior informação, preocupação com o valor para o dinheiro gasto e com indicadores de qualidade, de satisfação e de tempo de espera; v) foram limitadas as mudanças na cultura e a competição no mercado, visto que as condições essenciais para o mercado funcionar não existiam (Dowling 1997; Le Grand, 1998; Enthoven, 2000; Gravelle *et al.*, 2002).

O moderado sucesso das reformas pode explicar-se pela ausência de requisitos de mercado (quadro nº 8.8), predominando no NHS uma cultura dominada por profissionais e sindicatos, não orientação para o consumidor, centralização de decisão e politização e, ainda, recursos globalmente escassos para as exigências (Enthoven, 2000). Estas questões foram mais tarde parcialmente supridas, com o aumento substancial de peso do NHS no PIB e a introdução de mecanismos para limitar os problemas da produção estatal: descentralização e auto-organização, contestabilidade, utilização de padrões nacionais (Reid, 2005).

<sup>263</sup> Note-se que a situação na saúde não é essa - veremos depois que escolha do doente é limitada e não soberana.

<sup>264</sup> E, diríamos nós, disciplina através do efeito lucro/prejuízo e do risco de falência.

<sup>265</sup> Saindo (deixando de comprar, optando por outro prestador), influenciando outros consumidores e reclamando.

<sup>266</sup> Na sequência da publicação em 1989 do Livro Branco, “*Working for Patients*”, inspirado no modelo do “*managed care*” Americano.

Quadro Nº 8.8: Requisitos para o mercado funcionar – construído a partir de Enthoven (2000)

	Geral	Saúde (NHS)
<b>Espaço político</b>	<b>Mudança é impessoal.</b> Compradores e prestadores actuem no seu próprio interesse, nada impede a acção para melhoria da eficiência e qualidade.	<b>Politização da saúde.</b> Qualquer mudança em serviços de saúde é atribuída ao governo, nomeadamente <i>downsizing</i> , daí ser difícil e exigir, muitas vezes, prévio consenso. A reforma “não tinha nem criou esse espaço”.
<b>Informação</b>	<b>Disponível</b> <sup>267</sup> . Permite aos compradores escolher, discutir e mudar. Prestador promove mudanças <sup>268</sup> , reguladores podem intervir adequadamente. Essencial mesmo em sistemas hierarquizados e centralizados.	<b>Gap de informação (consumidor e comprador).</b> No NHS quase não havia informação sobre qualidade de actos, enquanto a existente sobre custos e actividade (GDH) era limitada e pouco fiável. Dado o <i>Gap</i> a melhoria e o reconhecimento/ recompensa são difíceis no NHS.
<b>Compradores</b>	<b>Motivados para a melhor compra.</b> Para o mercado funcionar é necessário que comprador tenha: objectivo claro, <i>accountability</i> , liberdade de escolha. Para isso precisa de informação, recursos adequados e incentivos para mudar e melhorar as decisões.	<b>Motivação muito limitada:</b> – Objectivos conflituantes (ex. melhor qualidade ou menor custo; eficiência ou manter empregos na comunidade); – Sem liberdade de contratação (ex. deixar falir hospital ineficiente?); – Sem os recursos (ex. pessoas qualificadas) e a informação necessários (ex. pouca informação sobre qualidade); – Sem incentivos suficientes para mudar, face à resistência à mudança e às pressões políticas.
<b>Prestadores</b>	<b>Respondem ao mercado.</b> Não existem limitações de capital, de orçamento ou administrativas, antes a procura de optimização global no curto e longo prazo.	<b>Resposta muito limitada:</b> – Limitações dos compradores reduzem incentivos para mudar; – Hospitais fazem investimentos injustificados <sup>269</sup> , obtêm ajuda financeira sem plano obrigatório de adaptação/ melhoria; – Fixidez de recursos dos HH (ainda que mais política que real) dificulta ajustamento do pessoal e serviços (ex. emergência).
<b>Incentivos alinhados?</b>	a) Compradores (distritais) sentiam-se obrigados a cobrir custos fixos dos seus hospitais, para não os desestabilizar. Assim o pagamento a fazer por mais serviços era a custo marginal, o que incentiva a contratação local e desincentiva melhorias (no hospital, na racionalização na rede); b) GP tinham interesse em incentivar a contratação de cuidados onde fossem melhores (tempo, qualidade, custo). Manutenção de hospitais ineficientes (e serviços que lhes tinham sido contratados) impede a obtenção de mais e melhores serviços (incentiva hospitais ineficientes, desincentiva GP).	

Por outro lado a introdução de mecanismos de mercado em modelos do tipo de Serviço Nacional de Saúde é susceptível de provocar alguns problemas e consequências negativas em consumismo, qualidade, tratamento de doentes crónicos e graves, *managerialismo*<sup>270</sup>.

A tendência para consumo irracional de cuidados pela população será um risco limitado no NHS, considerando o papel central dos CSP (*gatekeeping*, contratação) e o seu elevado prestígio e aceitação no sistema, sendo a escolha do consumidor orientada e organizada, obviamente com menor assimetria de informação do que a do doente. Foram clarificadas as limitações e benefícios da escolha do doente em saúde e no NHS (ver quadros nº 8.9 e 8.10) (Appleby, 2003; (Reid, 2005)

<sup>267</sup> Sobre qualidade, custos e prestadores alternativos.

<sup>268</sup> No local e nas condições de prestação, no produto (qualidade por exemplo) e serviço envolvido, no preço e na informação.

<sup>269</sup> Insuficiência de capital pode também impedir que se façam os necessários (ex. grande remodelação ou investimento tecnológico).

<sup>270</sup> Ex., uso indevido ou inapropriado de técnicas, mecanismos e cultura de gestão, abuso de poder.

**Quadro Nº 8.9: Escolha do doente no NHS (Reid, 2005)**

<p><b>Escolha significa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilitar a opção, conforme preferências;</li> <li>– Aumentar o acesso a novos serviços nos CSP;</li> <li>– Aumentar o acesso a medicação;</li> <li>– Marcações em horário que convenha ao doente;</li> <li>– Alargar opções de tratamento (princípio, fim de vida);</li> <li>– Garantir às pessoas informação, no tempo, com o apoio necessário.</li> </ul>	<p><b>Não é:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Escolha de tudo, como “supermercado médico”;</li> <li>– Contra as regras existentes (ex.: medicamentos e MCDT prescritos, não os que doente quer);</li> <li>– Escolha de cuidados electivos não é absoluta, faz-se conforme, não contra, recomendação dos CSP; de entre prestadores reconhecidos e capazes de efectuar procedimento em causa.</li> </ul>
--	--

**Quadro Nº 8.10: Escolha em saúde (Appleby, 2003)**

<p><b>1. Limitar a escolha?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sistemas de saúde têm limitações (ex.: quem pode prescrever ou exercer medicina; doentes em HMO);</li> <li>– Escolha pode ser: não ética (clonagem humana); impossível (coma); indesejável (psiquiatria: internamento compulsivo).</li> </ul> <p><b>2. Tipo de escolhas que são possíveis e desejáveis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Relativas à segurança na doença (comportamento pessoal/hábitos, escolha do pagador/comprador e do pacote de seguros) e relativo ao prestador (ex. CG, auto-cuidados, SU) e acto (ex. aceitar conselho, tipo de tratamento e seu tempo);</li> <li>– Algumas escolhas levantam questões (benefício pessoal/custo global) e conflituam com os objectivos do sistema.</li> </ul> <p><b>3. Benefícios da escolha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consumidores informados seleccionam os melhores serviços em função das suas características, do valor que atribuem à saúde, dos riscos que querem correr e das suas preferências (âmbito, tempo, configuração do serviço);</li> <li>– Escolha traz disciplina competitiva (encoraja a melhorar qualidade, tempo, custo) e maior envolvimento do doente.</li> </ul> <p><b>4. Custo de aumentar a escolha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Maior flexibilidade de capacidade leva a maior custo de exploração do hospital (sobrecapacidade, menor produtividade das pessoas) e a maior escolha de alguns doentes reduz a de outros (com recursos finitos);</li> <li>– Escolha não pode prejudicar os objectivos do NHS ou ser desproporcionada (ex.: inapropriação; reduzir acesso a menos favorecidos; benefício pessoal pequeno/custo elevado para todos) ou violar regras clínicas (recusa de alta hospitalar).</li> </ul> <p><b>5. Envolvimento e escolha eficaz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nalguns casos o envolvimento substitui em parte a escolha (dá voz); quanto maior a escolha maior envolvimento deve haver (em escolhas locais e nacionais);</li> <li>– Para maior escolha é necessário aumentar primeiro a informação e a flexibilidade das Unidades o que nem sempre é fácil – pode partir-se de informação sobre espera e ir aumentando (qualidade, resultados em saúde).</li> </ul>
---

No SNS português, apesar do consumo de actos ser globalmente inferior ao do NHS britânico, poderá aumentar o consumismo devido a deficiente resposta dos CSP e ao recurso excessivo aos serviços de urgência, à tradição de consumo elevado de medicamentos, à concentração geográfica excessiva de recursos e hospitais (nomeadamente em Lisboa, Porto e Coimbra) e à insipiência dos mecanismos de regulação e controlo do sistema.

Reconhecendo os problemas e o carácter central da qualidade Enthoven (2000) apresentou diversas sugestões para melhoria da qualidade no NHS (quadro nº 8.11).

**Quadro Nº 8.11: Propostas para melhoria da qualidade no NHS (Enthoven, 2000)**

	<b>Propostas</b>
<b>Garantia de qualidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Auditoria clínica: baseada em informação uniforme e normalizada, práticas comuns e análise comparativa de resultados (Vs prática local/não normalizada que não detecta “casos” de qualidade<sup>271</sup>).</li> <li>b) Indicadores de alerta: mortalidade perioperatória baseada em indicadores (não meros n<sup>o</sup>s) e específica das condições e procedimentos analisados.</li> <li>c) Licenciamento de médicos: deve ser baseado no conjunto de condições (não foco em “<i>bad apples</i>”).</li> </ul>
<b>Novos Organismos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>NICE</i>: educação e aprendizagem mais que prescrição e sanção;</li> <li>b) <i>CHIMP</i><sup>272</sup>: perspectiva ampla e baseada em estatística, garantindo que as bases de dados nacionais necessárias existem, são analisadas e podem fundamentar decisões.</li> </ul>
<b>Melhoria de qualidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Melhoria contínua de qualidade (CQI) como veículo/ instrumento para comprometimento geral (gestores, profissionais) e maior transparência da informação.</li> </ul>
<b>Papel do Governo (qualidade)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Definir expectativas e fixar prioridades;</li> <li>b) Fornecer recursos necessários apoiar treino intensivo necessário;</li> <li>c) Ajudar a terminar a cultura de crítica/julgamento (tirando o hospital da arena política).</li> </ul>
<b>Informação, ajustamento ao risco (RAMO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Focar na qualidade e resultados, diagnosticando aspectos operacionais mais importantes.</li> <li>b) Defende a utilização geral de metodologia semelhante à usada em Nova Iorque para CABG (em três anos a mortalidade passou de 4,17% para 2,45%).</li> </ul>
<b>Papel dos Médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Defende, aduzindo sete motivos, que sejam os médicos e cirurgiões a liderar e comprometer-se com a melhoria de qualidade e a transparência no NHS.</li> </ul>

A publicação de informação para melhorar a qualidade em saúde esbarra na prática médica, bem como na sua complexidade para o cidadão, pelo que não há consumidores informados e os compradores têm informação limitada. Alguns autores comprovaram não haver evidência de impacto na prática médica da informação sobre resultados clínicos nos hospitais Escoceses (Mannion e Goddard, 2001). “*Numa amostra de 50% dos cardiologistas da Pensilvânia, 87% afirmaram que o relatório (sobre mortalidade ajustada em coronary artery bypass graft) teve pouca ou nenhuma influência nas suas recomendações de referência*” e “*o Presidente Clinton fez-se operar em hospital... ordenado em 22º entre 36º*”; “*líderes do estudo relataram que não houve redução de doentes nos hospitais com taxas de mortalidade mais elevadas*” (Enthoven, 2005).

O quadro nº 8.12 resume o consenso encontrado sobre os efeitos de mercado (Dixon *et al.*, 2003).

Os problemas de qualidade no NHS estão circunscritos pelo funcionamento de vários mecanismos, nomeadamente: governação clínica, regulação de qualidade, objectivos e metas nacionais. Por outro lado, a reduzida presença de prestadores privados no sistema e os mecanismos existentes de licenciamento, acreditação e inspecção limitam os problemas de qualidade no sistema de saúde do RU.

Em Portugal aqueles mecanismos não actuam, ou não são eficazes, e o peso da actividade privada na saúde é muito maior que no RU, pelo que a introdução de mecanismos de mercado poderá originar problemas de qualidade, visto que actuam no mesmo sentido a facilidade de transferir doentes (entre os sectores, público e privado), o incentivo do ganho e a convicção da inexistência de controlo de qualidade ou outro.

<sup>271</sup> Entre outros: Bristol e mortalidade em cirurgia do coração; Kent e Canterbury e falhanços na detecção de cancro; Birmingham e cirurgia desnecessária e mutiladora (tumores ósseos); Baixas taxas globais de sobrevivência ao cancro na GB.

<sup>272</sup> *Commission for Health Improvement.*

**Quadro Nº 8.12: Usar forças de mercado em cuidados secundários? Adaptado de Dixon *et al.* (2003)**

Benefícios da competição (geral)	Riscos da competição em saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Encorajar a eficiência de gestão e à redução de custos;</li> <li>– Estimular a entrada de prestadores (se oferta é insuficiente/inadequada em qualidade e tempo);</li> <li>– Reduzir a capacidade, quando excessiva;</li> <li>– Promover a melhoria da qualidade e a inovação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Defender o poder de monopólio e impedir a difusão de inovações/ práticas clínicas para vantagem competitiva;</li> <li>– Omitir ou manipular informação sobre produção e resultados;</li> <li>– Desencorajar o tratamento de doentes mais graves e dispendiosos (ou eximir-se a despesas, afectando os doentes e outros serviços);</li> <li>– Encorajar o tratamento de casos favoráveis, de menor risco e custo (induzir), cujo tratamento pode não se justificar.</li> </ul>
Hipóteses	Consenso
<p><b>Incentivos:</b></p> <p>i) Em 1991 houve efeito limitado porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Incentivos não eram significativos;</li> <li>– Objectivos não estavam alinhados (médicos e gestores do hospital);</li> <li>– Poucas entradas e saídas de hospitais, manutenção do controlo central.</li> </ul> <p>ii) Defende incentivos fortes aos médicos para maior produtividade (ex. pagar ao acto).</p> <p><b>Estruturas</b> (regulação, medição <i>performance</i>): minimizam efeitos indesejados.</p>	<p><b>Incentivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuidados electivos: podem usar-se incentivos para hospitais, conjugados com a acção das novas estruturas do NHS;</li> <li>– Cuidados complexos/para crónicos<sup>273</sup>: estrutura, organização<sup>274</sup> e incentivos apropriados (diferentes dos electivos);</li> <li>– Actuação da gestão seguindo incentivos diferentes nas 2 áreas (<i>também cumprir contrato, preservar ética no hospital</i>).</li> </ul> <p><b>Estruturas:</b> avaliam a equidade e possíveis efeitos adversos (<i>também monitorizar efeitos na ética e satisfação profissional</i>).</p>

Há consenso quanto à dificuldade em usar instrumentos de mercado em doentes de maior complexidade e crónicos (não electivos). Este assunto é analisado por comparação com o “*managed care*” americano (Dixon 2004; Enthoven, 2005). Dixon justifica a sua importância pelo elevado custo, pela eficácia demonstrada do tratamento ambulatorio e pela grande variabilidade nas taxas de internamento no RU. Analisa a experiência de cinco organizações americanas, *Managed Care Organizations* (MCO), no que respeita a três áreas: meio ambiente; domínio organizacional; processos clínicos. Lista as vantagens e desvantagens que os CSP do RU têm relativamente àquelas organizações assim como os factores organizacionais que conduzem a boa gestão da doença.

Embora um sistema do tipo serviço nacional de saúde fosse, teoricamente, mais apropriado à correcta gestão de doentes crónicos na verdade as MCO apresentavam vantagens claras, com mecanismos que posteriormente foram adaptados ao NHS. Em Portugal a coordenação externa de cuidados é muito limitada no seio do SNS e praticamente inexistente fora dele.

O *managerialismo* aumentará na razão directa da discricionariedade atribuída à gestão e, inversamente, quanto menos presente e eficaz for o acompanhamento e o controlo externo – metas nacionais e gestão da *performance*, auditoria e inspecção nas diversas áreas. Em Portugal alguns desses mecanismos são pouco efectivos e houve orientação marcadamente financeira no período da Estrutura de Missão Hospitais SA, vide por exemplo o designado *Tableau de Bord dos Hospitais SA*.

<sup>273</sup> Referimo-nos aos também designados crónicos-agudos (porque têm muitos episódios agudos), por ex.: asma, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica, falência cardíaca, insuficiência renal.

<sup>274</sup> Pela importância para saúde defendemos que a coordenação entre diferentes prestadores de cuidados nos crónicos devia ser um requisito, regulamentando-se aspectos essenciais e motivando ao seu desenvolvimento (ex. monitorização e avaliação periódica).

A introdução de mecanismos de mercado e a empresarialização, em qualquer sistema que inclua um serviço nacional de saúde, sempre será algo lento devido aos factores que se enumeram de seguida.

- a) Experiência e cultura prevalente nas pessoas, mais adeptas do profissionalismo e serviço a prestar que de relações “comerciais”;
- b) Gestão de hospitais: o processo de transformação de dirigentes em gestores e líderes não é fácil nem imediato, havendo um número reduzido de pessoas disponíveis para arriscar; o poder da gestão nos hospitais é limitado, dada a natureza da empresa, em contraponto com os poderes dos profissionais e dos seus representantes;
- c) Unidades públicas e disponibilidade de capital: inexistência de condições políticas para encerrar algumas unidades; a reestruturação de hospitais e a promoção de maior prestação de contas é um processo difícil e lento, sobretudo quando os incentivos não são significativos; indisponibilidade de capital para efectuar grandes investimentos;
- d) Lentidão de inovação nos prestadores não públicos: compradores privilegiam os hospitais públicos existentes; a abertura de novas unidades demora alguns anos, sobretudo em hospitais, e o reduzido consenso político limita o incentivo a grandes investimentos privados.

O sucesso das reformas da saúde depende muito do seu planeamento, desenho e preparação, assim como do grau de apoio político recolhido junto dos principais partidos e entidades com capacidade de influenciar a sua implementação. Se no NHS se construiu um amplo consenso sobre documentos técnicos de orientação para o longo prazo (muito para além do tempo do mandato governamental), em Portugal viveu-se mais ao sabor das políticas formuladas por cada governo, provocando maior politização e conflituosidade.

A viabilidade da prestação de contas local do hospital suscita, em nossa opinião, algumas dúvidas, para além da representação em conselho consultivo mais interventor, devido às assimetrias de informação e conhecimento, bem como à frágil “voz” dos representantes dos consumidores na área da saúde. Uma possibilidade seria a inclusão de representantes das Câmaras Municipais no CA dos hospitais, tendo como contrapartida a sua participação no capital estatutário assim como no financiamento de programas e projectos específicos, sejam de interesse local (ex. educação, promoção da saúde e prevenção da doença) ou de extensão de serviços para além do previsto tecnicamente. A eleição de representantes dos profissionais para o CA do hospital já foi testada em Portugal com maus resultados, que não se devem repetir.

O quadro nº 8.14 descreve as estratégias e acções desenvolvidas no NHS, as quais se apresentam com um todo coerente. A partir dele é possível concluir como o SNS ficou longe da reforma do NHS, nomeadamente na fixação de incentivos, na definição de padrões, na difusão de informação, no apoio, prestação de contas e avaliação de prestadores – um asterisco assinala os pontos em que as reformas introduzidas no NHS não foram acompanhadas por Portugal (nos incentivos houve excepção nas USF).

Quadro Nº 8.14: Evolução recente do NHS (Stevens, 2004)

Estratégias	Descrição
<b>Apoio aos prestadores</b>	
Aumentar a oferta de profissionais de saúde	– Aumento do nº de entradas nas escolas médicas; – Incentivos a profissionais; (*) – Aumento do nº de médicos, enfermeiros, etc.
Modernizar as infra-estruturas	– PFI em edifícios de CS/HH (construção, grande remodelação); – Grande investimento em informática (processo clínico, prescrição electrónica) com processo de aquisição nacional.
Apoiar a aprendizagem e o desenvolvimento	– Agência de modernização (difundir reengenharia e redesenho de serviços); (*) – Universidade do NHS, Agência nacional segurança doente (regulador independente). (*)
<b>Desafio hierárquico</b>	
Padrões e metas nacionais	– NSF – padrões para tratamento (ex. diabetes) – NICE – agência de avaliação tecnológica; – Metas detalhadas para a melhoria do sistema de saúde. (*)
Inspeção e regulação	– Médicos sujeitos a relicenciamento cada 5 anos, <i>National Clinical Assessment Authority</i> (NCAA) avalia médicos cuja <i>performance</i> preocupe; (*) – Hospitais sujeitos a inspeção externa independente (garantia de qualidade e padrões específicos).
Publicar informação de <i>performance</i>	– Informação publicada inclui <i>rating</i> baseado em indicadores clínicos, de qualidade e satisfação de doentes (agência independente – <i>Healthcare Commission</i> ) (para modificar o comportamento dos prestadores). (*)
Intervenção directa	– Hospitais com bom <i>rating</i> têm maior autonomia e pequeno bónus; com mau <i>score</i> , “medidas especiais”, substituição gestores. (*)
<b>Desafio local</b>	
Contratação activa	– “ <i>Primary Care Trusts</i> ” compram serviços de saúde (ex. a hospitais) e têm programas piloto para melhoria de gestão de doença a crónicas; (*) – PCT com incentivos para fazer: MCDT, pequenas cirurgias, cuidados à doença crónica. (*)
Escolha pelo doente	– Doentes podem escolher o prestador (público, privado, não lucrativo).
Incentivos alinhados para prestadores	– Preço nacional baseado em GDH; – Custo devido a alta tardia do internamento, após alta clínica, é facturado aos serviços sociais; (*) – Incentivos para médicos hospitalares e clínicos gerais; – Avaliação nacional de postos de trabalho para quebrar demarcações de papéis por grupo profissional (enfermeiras, terapeutas, outros). (*)
Oferta plural	– Estimular novas entradas (cirurgia, MCDT, CSP “ <i>fora-de-horas</i> ”).
<i>Accountability</i> local e democrática	– Enfatizar a prestação de contas local dos hospitais (cidadãos e comunidades; “ <i>board</i> ” híbrido) em substituição do controlo “ <i>top-down</i> ”; (*) – Agência independente acompanha os hospitais fundações. (*)

Também a regulação da saúde em Portugal se afasta significativamente do verificado no RU, nomeadamente na qualidade.

A criação de um mercado (regulado) e a introdução de alguma competição entre prestadores de saúde supõe a separação de funções do Estado Português e a existência de regras e de padrões comuns. Ao invés de entidade administrativa, correspondente ao SNS estatizado, poderá haver funções divididas por várias entidades, como sejam:

- a) Definição de planos<sup>275</sup>, programas e objectivos de saúde, seu acompanhamento e controlo;
- b) Fixação de padrões de qualidade e de regras mínimas para a entrada e manutenção no mercado de saúde – com adequada verificação/inspecção;

<sup>275</sup> Inclui: planear a saúde, definir regras – referenciação e coordenação de cuidados, “boas práticas” (clínicas, de gestão), etc.

- c) Regulamentação do sistema de saúde, dos vários mercados de recursos e dos segmentos de mercado de cuidados e actos;
- d) Financiamento e contratação de serviços clínicos (inclui a monitorização e controlo dos contratos);
- e) Gestão de serviços integrados no SNS, função accionista para as Unidades empresarializadas;
- f) Prestação de cuidados nos diversos níveis, âmbitos e locais;
- g) Definir a informação clínica e de gestão, monitorizar e avaliar o sistema de saúde.

Algumas dessas funções poderão ser exercidas parcialmente por reguladores.

Essa evolução, a acontecer, permitirá antecipar uma maior qualificação e especialização nas diversas funções de enquadramento, acompanhamento e avaliação externa, e terá como consequência a aproximação progressiva do SNS à qualidade da regulação em sentido amplo já evidenciada no NHS.

Em Portugal, ao contrário do NHS, não se verificou a estabilidade nas políticas<sup>276</sup>, na definição de papéis e objectivos que permitissem dispor de uma estratégia e objectivos para o SNS e para os hospitais da rede. Também não ficou clara a separação entre os níveis político e de gestão do SNS – o “chefe” do SNS é o Ministro ou Secretário de Estado ou a ACSS? Assim, permanecem dúvidas sobre quem deve formular e responder pela estratégia e pelos objectivos para o SNS e para os hospitais e, nessa situação, pode prevalecer a “ditadura do urgente” sobre o importante, ainda que não urgente.

A função de acompanhamento e avaliação nunca terá sido devidamente pensada, organizada e dotada. A inexistência de objectivos para as instituições de acompanhamento, nacionais e regionais, e para os seus dirigentes prejudicou naturalmente a sua avaliação, de modo semelhante ao que aconteceu para os hospitais e sua gestão.

Em Portugal existe uma Entidade Reguladora da Saúde (ERS) criada pelo Decreto-lei Nº 309/2003 de 10 de Dezembro, depois revogado pelo Decreto-lei Nº 127/2009 de 27 de Maio. Esse diploma confere-lhe um objecto vasto de “*regulação da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*”, onde se incluiu nomeadamente “...*a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos... quanto ao cumprimento dos requisitos de exercício... à garantia dos direitos de acesso e demais direitos dos doentes... à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores...*”. Deve apresentar um relatório anual ao Governo, não ao Parlamento como seria de esperar.

Na prática a ERS tem actuado essencialmente como:

- a) Provedor de doentes: queixas e reclamações – seguindo-se inquéritos e eventual sanção de prestadores ou a emissão de instruções, pareceres e recomendações – e prestação de informação;
- b) Regulador económico: estudos diversos, de concorrência, estrutura de mercado em sectores e caracterização de prestadores não públicos, de acesso (ORL, MFR), do processo de licenciamento, do modelo de convenções pelo SNS; acções, como o registo obrigatório de prestadores e a proibição da prática de preços mínimos, e informação aos prestadores.

---

<sup>276</sup> Referimo-nos à duração efectiva dos mandatos dos Ministros da saúde mas também à inexistência de documentos técnicos estruturantes para o médio e longo prazo.



Na regulação de qualidade prevê-se a criação de um Sistema Nacional de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde, através de contratação externa.

O regulador de qualidade em Portugal justifica-se ainda pela maior importância do sector privado de saúde face ao RU, pela coexistência e importância dos subsistemas, públicos e privados, e pela menor relevância atribuída à qualidade no SNS e nos hospitais públicos.

O sucesso da regulação concretizar-se-á em melhores resultados obtidos pelos CA dos hospitais e pelos reguladores, uns e outros actuando dentro dos papéis prescritos e divulgados. Porém, para tal terá que haver infra-estrutura apropriada no SNS:

- i) Leis que clarifiquem a estrutura, os poderes e papéis no hospital (também da tutela e da regulação), regulamentos e normas de boa prática;
- ii) Boa governação do hospital e sistemas de controlo interno<sup>277</sup> instalados;
- iii) Tecnologias e sistemas de informação que facilitem as relações entre prestadores e permitam melhor decisão, monitorização, avaliação e prestação de contas;
- iv) Apoio, facilitação e aconselhamento aos CA dos hospitais.

Estamos convictos de que a legislação relativa aos hospitais EPE é minimamente adequada. Porém, parece haver deficiências em áreas como a centralização de decisão no SNS e a clarificação de papéis (ex. entre a ARS e a ACSS, entre a ARS e a Agência de Contratualização). Nas restantes componentes o panorama será de ainda menor adequação.

Em nossa opinião no sistema de saúde Português verifica-se uma lacuna na regulação da qualidade dos prestadores que urge resolver.

## 8.1.2. Evolução do hospital e da sua gestão

### 8.1.2.1. Evolução do hospital Português

Apenas depois da revolução, em 1977 e com o Dec-Lei nº 129/77 de 2 de Abril, os hospitais ganharam o estatuto de pessoas colectivas de direito público, dotadas de «autonomia administrativa e financeira», deixando para trás décadas onde, apesar do pioneirismo da legislação<sup>278</sup>, os hospitais eram geridos como serviços incluídos em Misericórdias (salvo alguns poucos hospitais oficiais). Finalmente no fim da década de setenta efectivou-se uma carreira específica de «administração hospitalar» que teve campo de aplicação nos recém-oficializados hospitais das Misericórdias.

A legislação de 1988 (Dec-Lei nº 19/88 e Decreto Regulamentar nº 3/88, respectivamente de 21 e 22 de Janeiro) consagra princípios de natureza empresarial e reforça o papel da gestão do hospital, arredando a eleição *inter pares* como método de indigitação para a gestão que passou a ser designada pela tutela. Os hospitais foram emergindo como entidades que respondiam à procura, ainda que de modo não inteiramente satisfatório, pioneiros na utilização de várias técnicas e instrumentos de gestão sendo os primeiros na AP Portuguesa a dispor de Plano Oficial de Contabilidade, Contabilidade Analítica, Plano Director de Informática, *benchmarking* com empresas privadas no aprovisionamento (Correia, 2008).

Antes da empresarialização a produção pública na área hospitalar apresentava várias falhas:

<sup>277</sup>Gestão de risco, garantia de qualidade (auditoria clínica e revisão de utilização; auditoria económico-financeira), controlo de gestão.

<sup>278</sup> Seja da legislação de 1946 (Lei nº 2011 de 2 Abril) ou da de 1968 (Estatuto Hospitalar, Regulamento Geral dos Hospitais).

- Ineficiências em instalações e equipamentos de saúde, num quadro global que promovia o excesso de capacidade;
- Baixa produtividade do pessoal com estatuto de funcionário público, em que a gestão tem reduzido controlo e em que a flexibilidade praticamente não existe;
- Orçamentos impossíveis de fazer cumprir, seja pela sua inadequação inicial, pela pressão da procura ou pela politização e rigidez existente;
- Atraso tecnológico, devido aos défices persistentes e inexistência de capital do hospital;
- Problemas significativos na acessibilidade (elevadas listas e tempos de espera);
- Reduzida qualidade técnica e de serviço (Campos, 2004).

As experiências inovadoras de gestão de hospitais, instituídas com o objectivo de responder àquelas falhas e de agilizar a gestão pública, correspondiam a institutos públicos já *quase empresas*, embora com natureza semelhante aos restantes hospitais nos órgãos, poder de tutela, contrato-programa e enquadramento de mercados públicos.

Ainda nos anos noventa emergiram novas soluções: subcontratação externa de serviços; concessão privada de gestão de um hospital público (de Amadora-Sintra em 1995); PPP para a construção e exploração de hospitais públicos; experiências de quase empresarialização de hospitais. Esta assentava na superioridade dos resultados da experiência inovadora (Hospital São Sebastião) relativamente, quer ao modelo público tradicional, quer à concessão privada de gestão (Simões, 2003).

Ainda no fim dos anos noventa instituíram-se: Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde; órgãos de gestão intermédia dos hospitais como os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) e Sistemas Locais de Saúde.

A empresarialização do hospital exige requisitos essenciais: instituição como empresa (estatuto, órgãos, direito privado, autonomia de gestão); financiamento pela produção, não por subsídios do Estado, e independentemente de quem paga, consumidores (doentes) ou seus representantes (essencialmente SNS e Subsistemas); mercados de factores a funcionar nomeadamente o de pessoal, dada a sua importância decisiva nos custos e nos resultados; prestação de contas da gestão perante os accionistas, com avaliação e consequências dependentes do seu desempenho (Marques e Moreira, 2008).

Pereira (2008) justifica a opção de estatuto público (função pública) dos trabalhadores do Estado: *“Se a natureza das funções é de soberania, se existe uma necessidade de estabilidade de prestação de um serviço, dadas as suas características, então a opção pública parece ser predominante”*. Mas os hospitais afastam-se do quadro referido pelo que é ajustada a opção pelo estatuto privado (CIT) para os seus trabalhadores.

A institucionalização de um mercado para o pessoal, através do contrato individual de trabalho, permite maior flexibilização quanto à sua utilização e retribuição, exigindo a eliminação da rigidez excessiva proveniente da função pública, de carreiras e dos poderes das ordens e sindicatos. Desde 2002 existiam alertas para as consequências negativas da inexistência de um verdadeiro mercado de profissionais num quadro de escassez relativa de médicos (Marques e Moreira, 2008).

A legislação de 2002 (Dec-Lei nº 39/2002 de 26/2, Lei nº 27/2002 de 8/11, diplomas para cada uma das 31 sociedades anónimas hospitalares criadas) institui o modelo empresarial de gestão dos hospitais, hospitais SA – posteriormente o Dec-Lei nº 188/2003 vem regular o funcionamento dos hospitais do Sector Público Administrativo (SPA). Com o Dec-Lei nº 233/2005, a legislação anterior

dos hospitais SA é, de algum modo, adaptada sob a forma de hospitais Entidades Públicas Empresariais (EPE).

### 8.1.2.2. Empresarialização: contexto, características e desafios

Em Portugal as empresas públicas possuíam, desde as nacionalizações de 1975, um estatuto próprio em que sobressaía a submissão ao poder de tutela. Nos anos oitenta, inúmeras empresas públicas passaram a sociedades comerciais com a única particularidade de serem geridas pelo Estado. Com o Dec-Lei Nº 558/99, de 17 de Dezembro, aquela designação passou a abranger todas as empresas em que o Estado tinha domínio, de acordo com o direito comunitário europeu. Criaram-se assim duas entidades: empresas públicas de tipo comercial (SA) e entidades públicas empresariais (EPE) – estas dispondendo de capital «estatutário», não «social» (Marques e Moreira, 2008). Como é bom de ver as EPE dispensavam as assembleias-gerais, onde se sentavam apenas representantes do ministro das finanças e da tutela directa, podendo o conselho de administração ser nomeado directamente pelos dois ministros referidos.

A criação, em 2002, de 31 empresas hospitalares (hospitais SA) marcou a ruptura com o modelo anterior, incrementalista e experimentalista das experiências inovadoras de gestão, e a adesão ao modelo das sociedades comerciais, com assembleia-geral, comissão de vencimentos e demais órgãos.

A legislação supriu os dois primeiros requisitos anteriormente referidos, instituição como empresa e financiamento pela produção, porém falhou nos restantes, visto que não garantiu a viabilização de mercado de profissionais nem efectivou mecanismos de prestação de contas da gestão.

Nos profissionais, como a esmagadora maioria tinha estatuto de função pública, carreiras rígidas e sobre regulamentadas, haveria que prever mecanismos que facilitassem a transição para o contrato individual de trabalho (CIT) e cuidar de definir novos organismos para regulação profissional, mantendo as Ordens profissionais, de modo semelhante ao que foi efectivado no NHS. A legislação compelia à adesão ao CIT sem hipótese de regresso e sem vantagens visíveis, dado que os incentivos foram prometidos ao longo de anos mas nunca efectivados e o acordo colectivo de trabalho também não chegou a concretizar-se. Como seria de esperar, esta situação gerou desconfiança nos profissionais e nos sindicatos e foram poucos os funcionários públicos que aderiram ao CIT.

Relativamente aos mecanismos de prestação de contas verificaram-se equívocos na identificação do objecto, do accionista e do tipo de contrato.

Na identificação do objecto visou-se o hospital, não o seu CA, para a definição de objectivos e metas, da forma como seria feita a avaliação e das suas consequências. Os incentivos também aqui foram prometidos mas não explicitados, tendo-se preparado um instrumento para avaliar o hospital designado por *Tableau de bord* dos hospitais SA. Este integrava apenas objectivos financeiros e de eficiência e, no que era designado por qualidade, indicadores da espera dos doentes (acessibilidade/tempo de resposta). A aplicação deste instrumento rapidamente provou a sua inadequação – por ex. hospitais de fraca *performance* percebida classificavam-se nos primeiros lugares – e pouca utilidade, seja por não se reconhecer validade à classificação, seja por não haver relação com a actividade da gestão.

Um segundo equívoco aconteceu quanto ao avaliador. Politicamente desvalorizou-se a experiência anterior de regionalização e centralizou-se o acompanhamento e avaliação numa Unidade de Missão Hospitais SA, a funcionar em Lisboa no próprio Ministério da Saúde. Esta centralização teve aspectos positivos onde fazia sentido, por exemplo, na formação e no apoio aos novos elementos dos CA, na comparação de indicadores e no *design* e acompanhamento de programas verticais. Porém desvalorizou-se o acompanhamento próximo da exploração dos hospitais e da execução de projectos de expansão e inovação, o aconselhamento local e a promoção de acordos entre níveis de cuidados. A avaliação da estratégia dos hospitais, que requer a compreensão da sua envolvente e a compatibilização com a dos hospitais da área, converteu-se num exercício formal e financeiro, por isso pobre e desvalorizado pelos interessados. A fé no mercado e no empreendedorismo dos CA cedo geraram problemas de oferta (ex. capacidades duplicadas em vários hospitais), de falta de regulação, como no pessoal<sup>279</sup>, ou simplesmente de má gestão, com conflitos abertos e prejuízos avultados nalguns casos.

Finalmente o último equívoco. Havia um contrato-programa nas mãos das agências de contratualização (ARS), instrumento de aquisição de serviços ao hospital e de regulação da procura e oferta de cuidados na região (função compra e distribuição de recursos do SNS). Porém o contrato necessário era da função accionista (ministérios das finanças e da saúde) com a gestão, um contrato de gestão. Assim nunca existiu verdadeira prestação de contas da gestão dos hospitais SA.

Por outro lado salienta-se o ambiente e contexto negativo que os hospitais SA viveram. O lançamento destes hospitais se provocou entusiasmo nos gestores envolvidos, gerou desconfiança ao nível dos profissionais, incluindo dos sindicatos e ordens, e criou na sociedade uma divisão artificial, com dois campos, bem delimitados e explorados politicamente<sup>280</sup>, de quem era a favor dos SA ou a favor dos *preteridos* SPA. Este ambiente de combate político, de intensa exposição mediática e de divisão prejudicaram a análise objectiva das vantagens e desvantagens do modelo<sup>281</sup> e não facilitaram a sua credibilização junto dos *stakeholders* principais.

No início da legislatura o novo governo beneficiou do estudo realizado por grupo de peritos de reconhecido mérito, liderados por Miguel Gouveia, cujas conclusões comprovaram as vantagens do modelo dos hospitais SA sobre o tradicional SPA (CAHSA, 2006). A legislação subsequente fez apenas pequenas alterações no modelo, transformando os hospitais em EPE.

O novo governo encontrou um contexto difícil, seja pelos problemas específicos de saúde nomeadamente o défice elevado do SNS e a descrença na capacidade do SNS de se conter nos orçamentos, seja pela situação do Estado (défice do OGE bem acima do limite dos 3% impostos pela EU/Euro) e do país, com baixo crescimento económico, perda de competitividade, desequilíbrio das contas externas e endividamento crescente. Dentre os objectivos do programa do governo para a saúde salienta-se a melhoria de acessibilidade e qualidade do SNS e as três prioridades, correspondendo aos *objectivos centrais*: reforma profunda dos CSP através do modelo das USF; criação de uma rede de cuidados continuados; medidas para sustentabilidade financeira do SNS (Campos, 2008).

---

<sup>279</sup> Verificou-se competição dos hospitais por especialistas escassos os quais fizeram valer a maior informação para obter maiores salários e manter a escassez relativa. Seguiu-se a perda da autonomia da gestão e centralização de poder na Unidade de Missão.

<sup>280</sup> Por ex. acusação de que se pretendia a privatização futura dos hospitais na senda do contrato do hospital Fernando da Fonseca.

<sup>281</sup> Pelo meio houve alterações de metodologia estatística e utilização de verbas (subsídios de convergência e transferências de fim do ano para evitar prejuízos) que geraram acusações de manipulação.

Apesar da difícil situação das contas públicas o novo governo conseguiu pela primeira vez um orçamento ajustado às necessidades do SNS, requisito para a responsabilização e para o projecto que se propunha concretizar. A conjugação de medidas genéricas de contenção na AP (ex. congelamento de salários) com medidas de racionalização na saúde permitiu o cumprimento do orçamento atribuído e reforçou a credibilidade da saúde perante as finanças, essencial já que algumas medidas iriam provocar aumento de despesa numa fase inicial – ex. redes de USF e de CCI.

Entre as medidas de racionalização concretizadas na saúde salientamos pelo seu impacto na despesa: programa de controlo de gastos com medicamentos; mudança de pagamento de horas extraordinárias aos médicos em urgências; redefinição da oferta de serviços, com concentração de maternidades e de *urgências*<sup>282</sup>.

A aplicação à saúde do PRACE (Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado) induziu contenção nas despesas de estrutura da saúde mas pode ter provocado prejuízos no SNS, visto que a centralização de decisão na ACSS não fez a diferença necessária em várias áreas: no acompanhamento e controlo dos hospitais, dos serviços e dos contratos do SNS; a desvalorizada qualidade passou ao estatuto de *ausente*; a função instalações e equipamentos desapareceu, num período em que se lançavam 10 hospitais em PPP; a auditoria económico-financeira é praticamente inexistente; o sistema de informação continua a ser um ponto fraco do sistema, apesar das intenções repetidamente anunciadas.

Os primeiros anos deste ciclo político viram ainda iniciar-se vários programas essenciais para melhorar o acesso e a qualidade do SNS: *call-center* para a saúde; programa de redução das listas de espera para cirurgias (SIGIC); aumento de cobertura da emergência médica (INEM); construção de dez hospitais em PPP; saúde oral; procriação medicamente assistida; IVG em unidades públicas.

Na primeira fase verificou-se aumento de actividade do SNS e melhoria genérica nos indicadores de resultados em saúde, tendo a % da saúde no PIB passado de 7,3% e 10,2% em 2005, para 7,1% e 9,9% em 2006, – percentagens correspondentes, respectivamente, a despesa pública e a despesa total (OCDE, 2009).

Apesar dos bons resultados globais verificou-se, ao nível da gestão dos EPE, algum marasmo, fruto da centralização da decisão (já referida), da imposição de metas de cariz administrativo, da inexistência de avaliação e incentivos, e de esforços para apoiar e melhorar a gestão hospitalar.

Estabeleceram-se metas nacionais genéricas<sup>283</sup> de despesas por *input* que reforçaram o carácter burocrático e a centralização de decisão e em nada contribuíram para maior prestação de contas e incentivo à melhoria. Estas medidas visavam o controlo da despesa, bem sucedido de resto, mas tinham implícitos factores de desmotivação da gestão: pelo seu carácter algo cego e arbitrário, deixando a ideia (errada) que basta cumprir metas orçamentais, mesmo que sem significado (ex. hospital que perdeu serviços); por atingirem a autonomia das EPE, quando havia outros processos de obter o mesmo resultado, e por serem fraco substituto para a inexistência de orientações gerais, de uma estratégia para a rede hospitalar e de metas nacionais em áreas clínicas e de serviço.

<sup>282</sup> Visto que muitas “urgências” não o eram (são) de facto e resultaram não de abordagem técnica mas de pressões políticas e interesses locais a rede precisa ainda de ser profundamente alterada.

<sup>283</sup> Iguais para todos os hospitais independentemente da situação de partida e do que lhes era pedido em evolução da produção.

No que respeita ao enquadramento dos recursos humanos não se avançou em vários aspectos nucleares como seria concluir o ACT para os EPE e definir as regras essenciais para avaliação e atribuição de incentivos. Fica a ideia de alguma indefinição quanto ao rumo – aguardar a reforma da AP, usar os seus instrumentos e centralizar/normalizar<sup>284</sup> vs aprofundar o carácter específico da empresa e descentralizar. A avaliação da gestão dos EPE não chegou a efectivar-se, bem como outros projectos que visavam modernizar a organização hospitalar e alguns dos serviços essenciais (ex. profissionalizar o SU).

Note-se ainda que os poderes de decisão descentralizados no CA dos EPE podem na prática esfumar-se, seja por pressão hierárquica, para controlar despesas e rubricas orçamentais apenas, seja pela dificuldade de motivar, mudar relações internas e flexibilizar (ex. directores de serviço quase inamovíveis). A desmotivação da gestão e a inexistência de avaliação podem facilitar actuação conducente à reprodução da cultura, das relações hierárquicas e burocráticas de antes dos hospitais EPE, desvalorizando e anulando o potencial de melhoria do novo estatuto dos hospitais e dos profissionais (CIT).

Uma nota final para os desafios impostos pela qualidade e pelos mercados de factores dos EPE<sup>285</sup>.

No NHS existe um sistema de qualidade, comum a todos os hospitais, com reguladores de qualidade e impacto no financiamento, exigência de acreditação, verificação de resultados, imposição de metas nacionais e de governação clínica. Esta corresponde a um “*sistema através do qual as organizações prestam contas pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de cuidados através da criação de um ambiente no qual a excelência dos cuidados clínicos florescerá*”, (DH, 1999), e integra-se na governação do hospital. Se antes a qualidade dos cuidados assentava na competência e boa prática individual, certificada pela Ordem, com a governação clínica passa a exigir-se gestão da qualidade, incluindo o seu planeamento, medição, *reporting* e actuação subsequente, com responsabilidade individual e de toda a organização (unidade, serviço, hospital), em todas as áreas e níveis de gestão.

Em Portugal assiste-se, desde a implementação do PRACE, a alguma desvalorização da qualidade em saúde, ao nível da estruturação nacional da função, da definição de objectivos, metas e políticas de qualidade e da gestão do risco clínico. O sistema de financiamento não reflecte suficientemente a qualidade, por exemplo através de penalizações ou incentivos conforme os resultados obtidos, e a regulação não se faz sentir. À ausência de metas nacionais de qualidade, ou por hospital incluídas no seu contrato de gestão, acresce a inexistência de auditorias específicas ou de fiscalização dos mecanismos que deveriam garantir a continuidade de cuidados. Assim não apenas se desvaloriza esta importantíssima função como se promove o alargamento do fosso entre os objectivos dos médicos, mais ligados aos doentes e à qualidade dos cuidados, e os da gestão, tendencialmente mais ligados à eficiência e às finanças.

O mercado de profissionais não existe em Portugal mantendo-se as estruturas características da função pública – carreiras com elevada rigidez, salário igual em todo o país, profissionais sem verdadeira avaliação e incentivos, com elevado poder decorrente da condição de peritos, da organização sindical e profissional. Assim os hospitais Portugueses têm o problema, único nas empresas públicas, de disporem de maioria de funcionários públicos donde resulta maior rigidez e maior dificuldade de gestão.

<sup>284</sup> Carreiras, estatutos e regimes de trabalho iguais, niveladas previsivelmente pelas da AP.

<sup>285</sup> As questões relativas aos mecanismos de controlo serão abordadas posteriormente.

Predomina o oligopólio nos restantes factores, medicamentos, material de consumo clínico e exames de diagnóstico. Assim, perante a incapacidade de os hospitais pagarem a tempo e a inexistência de verdadeira central de compras (que só produzirá as vantagens dela esperáveis se a referida incapacidade estiver superada), os benefícios do estatuto de empresa têm importância mas não tanta como desejável. Por outro lado muitas decisões sobre medicamentos situam-se no nível central – por ex., entrada e saída no mercado, comparticipação, preços – limitando a capacidade de extrair benefícios locais. Como os medicamentos prescritos em ambulatório hospitalar deixaram de ser seu encargo, também fica diminuído o incentivo para maior adequação da prescrição em consulta e urgência.

Não é fácil fazer boa gestão nos hospitais EPE dado o ambiente próprio – produção complexa, cuja informação a gestão não domina, grande politização e mediatização, elevado poder dos profissionais –, e as debilidades do enquadramento, do acompanhamento e controlo, nomeadamente a inexistência de avaliação, as limitações óbvias dos mecanismos de regulação, de auditoria e fiscalização dos hospitais.

É neste contexto que analisaremos posteriormente os mecanismos de controlo interno e externo, pois à maior autonomia da empresa deveria corresponder um ambiente simultaneamente apoiante e exigente, constrangedor para as más práticas de gestão, já que, como vimos, além de mercado de trabalho a empresa requer efectiva prestação de contas.

### 8.1.3. Conclusões

Vimos que o SNS apesar da sua relativa juventude já conseguiu excelentes resultados, em actividade e efeitos na saúde. As lacunas evidentes em cuidados continuados começam agora, com a criação recente dos CCI, a ser supridas e, de modo semelhante, nos CSP as USF geram esperança na rápida eliminação das insuficiências de resposta. Para os hospitais o sucesso nestas áreas pode abrir uma janela de oportunidade para apropriação ao nível do internamento e do SU.

Comparando este processo com a evolução verificada no NHS observa-se neste maior fundamentação técnica e menor politização das reformas, pois foi obtido o consenso prévio dos partidos principais sobre documentos de longo prazo, o que não se passou no SNS. Assim, apesar da adopção de várias reformas, o SNS fica longe do seu inspirador, na regulação, onde o NHS dispõe de regulador adequado para a qualidade e de um regulador para os hospitais empresa, nos mecanismos de aquisição, acompanhamento e controlo dos serviços, na definição de metas, na difusão de informação, nos incentivos e na avaliação dos hospitais e sua gestão.

Algumas das experiências do NHS podem não ser replicáveis. É de grande ingenuidade pretender transferir o NHS e a sua evolução, menosprezando o contexto, as condições e os fundamentos que o viabilizam e que dão conteúdo e sentido à universalidade, à generalidade e à gratuidade que o caracterizam.

O papel dos CSP como compradores pode não ser fácil em Portugal, considerando as condições actuais e a experiência acumulada. Justifica-se estender as funções dos clínicos gerais, para substituição de cuidados hospitalares e de MCDT menos sofisticados, garantindo-se apropriação nas prescrições e no recurso à urgência e à consulta hospitalares; a coordenação com os hospitais é essencial e deve ser promovida. Em todos estes itens a informação e a informatização em rede será contributo indispensável para se atingir nível aceitável de eficiência e continuidade do processo de tratamento do doente. A reestruturação da rede de hospitais deve conduzir a maior papel dos

cuidados de proximidade e a maior concorrência pelos doentes nos cuidados secundários. No entanto, por maior que seja a fé no incrementalismo das soluções, é forçoso reconhecer que todos estes objectivos continuarão inatingíveis enquanto não houver cobertura adequada de clínicos gerais e o acesso à sua atenção se fizer com as dificuldades actuais, maiores nos grandes centros urbanos onde um atendimento, mesmo que referenciado e com prazo limite para ser feito, só consegue ser agendado para vários meses depois. Como mostram as estatísticas da OCDE, mais do que aumentar o número de clínicos gerais, deve ser primeira preocupação aumentar a produtividade dos existentes.

Noutro plano convém lembrar que a elevada e persistente centralização da decisão na saúde em Portugal, e na AP em geral, é acompanhada de fragilidade ao nível da tecno-estrutura (nacional, regional, local) conferindo uma debilidade importante aos mecanismos de acompanhamento, de avaliação das entidades públicas e de controlo dos contratos com entidades privadas. A inexistência de objectivos e metas nacionais e a não efectivação de consequências para a gestão de hospitais, ao contrário do que acontece no NHS, impede um enquadramento exigente e motivador para a melhoria e permite maior politização da saúde. Ora à centralização da decisão não corresponde maior autoridade, dadas a incapacidade e limitações próprias da posição central e o reforço esperado do poder dos *lobbies* e das corporações da saúde (Campos, 2004).

Por isso defendemos a desconcentração para o nível regional, na contratualização e na função accionista (parcial), contrariando a tendência antiga no SNS, (Campos, 2004), e a evolução recente no mesmo sentido: vide centralizações recentes na Estrutura de Missão Hospitais SA e na ACSS, que impuseram constrangimentos nacionais de cariz administrativo-financeiro<sup>286</sup>.

Os efeitos indesejados do mercado em saúde podem ser mais significativos em Portugal, face ao NHS, dada a maior importância do sector privado, a indisciplina de acesso e as debilidades organizativas do SNS – por exemplo os CSP apresentam em Portugal maior fragilidade com insuficiência clara de cobertura (estimava-se em mais de 750 mil a população sem médico de família em 2008), âmbito<sup>287</sup> e credibilidade (população, hospitais) e também pela debilidade e incipiência da função regulação. A possibilidade de consumismo, falta de qualidade e deficiente resposta a doentes crónicos é maior no SNS. No quadro nº 8.15 sugerimos algumas medidas para prevenir e mitigar esses efeitos.

O SNS está a fazer o seu (lento) caminho convergente com o do NHS. No momento actual impõe-se garantir melhor regulação e estimular alguma competição (contestabilidade) de modo a melhorar a qualidade dos actos, incentivar a inovação, promover a disciplina financeira e a prestação de contas. Em paralelo deverá aumentar a cooperação e a coordenação de cuidados dentro e fora do SNS, nomeadamente para os cuidados mais complexos, severos e não programados.

Compreendemos também que a inexistência de CSP com o papel de compradores não ajuda ao bom funcionamento dos hospitais, porque não provoca tensões sobre problemas e permite manter:

- a) Orientação para profissionais, com menor atenção às necessidades dos doentes e à troca de informação com CSP;
- b) Inapropriação e não substituição de actos em urgência e consulta hospitalar;
- c) Relativo desinteresse pela coordenação externa de cuidados;
- d) Orientação mais para actos que para resultados e saúde.

<sup>286</sup> “Não ultrapassar a despesa de pessoal em mais de x%, em serviços externos em y%”, etc.

<sup>287</sup> No NHS o nº de actos realizado por clínico geral é mais alargado e existem outros profissionais de saúde por regra (ex. podologia).



**Quadro Nº 8.15: Medidas para prevenir e mitigar problemas**

<b>Problemas</b>	<b>Medidas</b>
<b>Consumismo<sup>288</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incentivar fortemente o desenvolvimento de USF e ambulatório programado; redistribuir recursos existentes e promover produtividade;</li> <li>– Promover a apropriação de cuidados e a substituição de actos inapropriados através de regras (protocolos), de contratos escritos<sup>289</sup> (hospitais/USF), de incentivos e informação;</li> <li>– Moderar o acesso a cuidados de saúde e limitar as convenções de actos não electivos. Rede de urgência deve ser reorganizada, ter financiamento que incentive a apropriação, o SU profissionalizado e com sistema remuneratório próprio.</li> </ul>
<b>Qualidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir padrões e metas nacionais nos aspectos mais relevantes. Instituir um Regulador para esta área (acompanhar, auditar e fiscalizar);</li> <li>– Programas no SNS: melhoria de serviço (ex. atendimento); auditoria clínica<sup>290</sup>;</li> <li>– Em hospitais a acreditação devia ser requisito mínimo, sendo acompanhada por programa anual de melhoria (MCQ) – no sector privado licenciamento para todos com renovação trienal e com exigências idênticas às do sector público, designadamente acreditação.</li> </ul>
<b>Doentes crónicos graves</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promover protocolos conjuntos de cuidados e combater o recurso sistemático ao SU;</li> <li>– As experiências de ULS<sup>291</sup> pouco trouxeram nesta área. A introdução de financiamento por capitação não se fez, e aqui seria o ideal em sede de ULS ou de grupos de integração virtual.</li> </ul>
<b>Managerialismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir verdadeiras orientações estratégicas para os hospitais EPE, promover a gestão da <i>performance</i> e metas nacionais nas diversas áreas de resultados, instituir a governação clínica;</li> <li>– Aumento de capacidade e efectividade de acompanhamento e avaliação dos hospitais e da sua gestão, reforçando as tecno-estruturas (nacional, regional) e os mecanismos de auditoria e inspecção nas diversas áreas.</li> </ul>

A empresarialização dos hospitais quase se confinou a uma «aproximação» à gestão empresarial, na ausência de uma estratégia de desenvolvimento institucional, na impossibilidade prática de adequar os recursos aos objectivos contratados, na inexistência de avaliação dos resultados dos hospitais e responsabilização da sua gestão (Correia, 2008).

Vimos ainda como algum voluntarismo e pouca preparação deixaram a descoberto dois dos quatro requisitos para a empresa (EPE) funcionar eficazmente – mercado de trabalho, prestação de contas – os quais, apesar dos anos passados, permanecem sem solução. Ora, se é difícil ver como uma empresa (pública) pode funcionar bem com profissionais e regras de função pública, é-o muito mais se lhe faltarem mecanismos efectivos de avaliação e os restantes instrumentos que promovem boas práticas na gestão global e, por replicação ou imitação, nos restantes níveis da gestão dos hospitais EPE.

Os hospitais empresa poderão enfrentar algumas mudanças no seu enquadramento e ambiente – na caixa nº 8.1, no anexo 1, enumeramos as mudanças esperadas.

<sup>288</sup> Portugal tem utilização de cuidados de saúde inferior à do RU e da EU, salvo em SU e medicamentos.

<sup>289</sup> Para a logística, informática e formação, por exemplo.

<sup>290</sup> Autonomia local, com uso intenso de processo clínicos electrónico e normalização de: regras e procedimentos; *reporting* mínimo.

<sup>291</sup> Defende-se a autonomização dos ACE (quase empresas), mesmo em ULS, com verdadeira contratualização e poder de escolha dos prestadores secundários, estabelecimento de protocolos e contratos escritos para estes cuidados.

## 8.2. Avaliação e controlo nos hospitais EPE

Vimos no ponto anterior que, em Portugal, alguns aspectos do contexto dificultam a gestão dos hospitais empresa: falta de estabilidade das políticas, ausência de orientações gerais e de metas nacionais; excesso de partidização e de mediatização; dificuldades orçamentais e económicas que promovem uma visão mais administrativa, centralização da decisão e desvalorização da qualidade; debilidade da tecno-estrutura, do acompanhamento, da contratualização e da auditoria externa. Quanto ao contexto específico de cada hospital e à sua influência no desempenho da gestão: os hospitais alargaram o seu âmbito e descaracterizaram-se bastante na ligação à comunidade próxima, com a criação generalizada de centros hospitalares; existem preços diferentes e aspectos particulares no mercado de factores mas que não são de molde a afectar significativamente os resultados globais; compete à gestão proceder à adaptação do hospital, interna e na relação com o meio, de modo a que as especificidades não prejudiquem os resultados globais; a estratégia, cujo cumprimento deverá ser avaliado, considera o contexto do hospital.

As dificuldades da reforma dos hospitais derivam essencialmente do seu contexto, genérico e específico. No processo de empresarialização dos hospitais em Portugal verificaram-se, em nossa opinião, todas as questões para as quais havia alertas desde 1999, nomeadamente:

- a) Reestruturações *top-down* não produzem ganhos semelhantes aos doutros sectores, devido ao poder dos prestadores, influências dos consumidores e à alta sensibilidade política;
- b) Pressões financeiras durante a reforma aumentam a dificuldade de execução;
- c) Pode haver resistência às reformas pelos profissionais apoiados na assimetria de informação e em situação de monopólio de oferta – mudanças envolvendo clínicos têm que ser bem geridas;
- d) Pode haver alinhamento de interesses (gestão, profissionais, comunidade) para aumentar serviços, contra orçamentos restritivos e o encerramento de serviços;
- e) Sistema de medição deve ser suficientemente fiável para julgar a *performance*, doutro modo a prestação de contas pode ser problemática;
- f) Compromissos de *performance* são fracos salvo se forem credíveis, bem fundamentados e com alinhamento de incentivos entre as partes (Scott *et al.*, 1999).

Analisaremos agora, mais pormenorizadamente, os mecanismos de controlo, quer os que têm sido usados pela gestão de topo (internos) quer aqueles que visam os hospitais EPE e a sua gestão (externos), discutindo as formas de avaliação da gestão face à das empresas.

### 8.2.1. Mecanismos de controlo interno

A mudança de actuação nos hospitais, de AP para empresa, requeria a mudança de estatutos, do hospital e do seu pessoal, mas também a existência de líderes capazes de utilizar os mecanismos de gestão, nos diferentes níveis, de forma integrada e adaptada à especificidade do hospital. A formação e o desenvolvimento de líderes tem sido um ponto fraco em Portugal, não cuidando o accionista sequer de assegurar que os membros dos CA dos EPE dispõem dos conhecimentos e das competências essenciais, muito menos promovendo de forma consistente o desenvolvimento de futuros líderes, nomeadamente clínicos. Quão longe estamos da situação do RU onde existe um instituto para a formação de líderes<sup>292</sup> (do BOD ao profissional) e para apoiar a melhoria no NHS.

<sup>292</sup>NHS Institute for Innovation and Improvement, com programas de graduação e iniciativas de formação e apoio à melhoria, dispondo de um orçamento global que ultrapassará os 50 milhões de euros em 2010.

Apesar da importância das lideranças, nesta breve análise focaremos apenas três áreas de aplicação dos mecanismos de gestão, decisivas na moldagem da organização e dos seus resultados: estratégia, cultura e valores; estrutura e poderes; sistemas de gestão.

A diferença do hospital empresa para o tradicional (SPA) deve começar na definição de uma estratégia, instrumento de adaptação à evolução do meio mas também projecto comum, do hospital e da tutela, mecanismo de planeamento, de alinhamento de objectivos e de melhoria de *performance* no médio e longo prazo. A importância da estratégia no hospital é maior que nas empresas devido a: assimetria de informação e fraco poder da gestão; dualidade de objectivos (clínicos vs *administrativos*); elevada especialização e autonomia dos seus profissionais; politização e dependência de múltiplos clientes e outros *stakeholders*.

Porém, uma verdadeira estratégia terá que afastar-se das práticas anteriores (SPA), onde se confundia com listas de projectos de investimento, com previsões não sustentadas de actividade, de contratações de pessoal e de resultados económico-financeiros. A falta de sustentação resulta da sua génese e processo de construção – fruto de reflexão da gestão, orientada para o cumprimento de pedidos da tutela (procura de legitimidade externa) e para a satisfação dos interesses e estratégias internas dos serviços e especialidades (formulação *bottom-up*, obter legitimidade interna).

A estratégia nos hospitais empresa tem sido formatada pelos organismos de tutela mais como previsão de resultados económico-financeiros, alicerçados é certo em projectos de investimento, actividades e processos de movimentação de pessoal e com enunciação da missão, visão e valores<sup>293</sup>. Porém, a utilidade de uma estratégia será sempre diminuta se não for construída com ampla auscultação e discussão em todo o hospital, se não for clinicamente informada (influenciada) e não incluir objectivos relevantes para os médicos e restantes profissionais.

Assim, sem uma verdadeira estratégia, compreende-se por que as mudanças estruturais e de sistemas correspondem por regra à adopção de modelos genéricos, sem o necessário comprometimento interno, clínico e de gestão, e sem uma linha de actuação que dê sentido e coerência a essas modificações. Na maioria das vezes a gestão intermédia também não dispõe de uma estratégia que a oriente e constranja nos seus projectos e objectivos.

Os CA não são objecto de qualquer prestação de contas quanto ao grau de cumprimento da estratégia definida, o que permite antecipar a importância que lhe é atribuída, *de facto*, pela tutela e pelos próprios gestores. Naturalmente o CA também não está em posição de promover a prestação de contas interna pelo cumprimento das estratégias dos CRI, se existirem.

É verdade que a estratégia do hospital EPE está condicionada por vários factores, como cumprir o plano de saúde e a estratégia regional, não dispor do capital necessário para algumas grandes transformações nem da capacidade que um mercado de trabalho flexível lhe conferiria para a mudança. Ainda assim nada justifica a actuação que a desvaloriza e que transforma os documentos estratégicos em auxiliares de planeamento financeiro, sem grande impacto interno ou externo.

Os hospitais EPE herdaram a cultura e valores da gestão tradicional (SPA), em que prevaleciam os comportamentos e atitudes característicos da AP e da função pública: dirigentes e burocratas, mais que gestores, avessos ao risco e à inovação, sobrevalorizando a manobra política, interna e

---

<sup>293</sup> Por vezes sem coerência, não assumidos pelos profissionais, que não percebem a sua utilidade que não se vê na prática.

externa, e o papel de árbitro, em prejuízo dos papéis técnicos da gestão, como integrador e visionário, empreendedor e garante de efectiva prestação de contas; profissionais ancorados e escudados em carreiras rígidas, centralismo de decisão<sup>294</sup>, legislação excessivamente regulamentadora, forte poder sindical e corporativo, igualitarismo de retribuição, ausência de avaliação e de recompensa ao mérito.

Este enquadramento favorece a politização, não a gestão, a captura da organização e a orientação para profissionais, mais que para doentes, a continuidade e a complacência de gestão, relativamente à proactividade e à intervenção correctora, a ausência de prestação de contas e de incentivos à transformação e à melhoria contínua. Naquele enquadramento não poderíamos esperar actuação coerente de gestão, seja ligando a estratégia a mudanças de atitudes e comportamentos que conduzirão a nova cultura, seja integrando sistemas – ex. avaliação e retribuição usados para reforçar a relação e o serviço prestado aos doentes – ou, simplesmente, fazendo cumprir códigos de conduta e reconhecendo quem nesse campo fez diferença.

A mudança de SPA para hospital empresa requeria a moderação simultânea do *profissionalismo*, corrigindo os aspectos que acabámos de referir, e do *managerialismo*, evitando actuações voluntaristas e inadaptadas ao meio hospitalar, capazes de ferir os valores essenciais dos profissionais de beneficência, qualidade e serviço público. Como vimos defendendo trata-se de compatibilizar o controlo, usando a estratégia e os sistemas de gestão – em especial de planos e objectivos, de avaliação e incentivos –, com a valorização dos mecanismos de qualidade e de melhoria contínua e com actuação consistente promotora de nova cultura e valores, onde se integram aqueles valores profissionais.

Os valores dos profissionais e dos gestores estão longe de serem incompatíveis, verificando-se antes larga sobreposição, como alguns estudos demonstraram: em França concluiu-se que os profissionais do hospital atribuíam, com elevado consenso, maior importância aos valores profissionais de serviço público, e à qualidade de vida no trabalho (Minvielle *et al.*, 2008); nos EUA questionaram-se os gestores de topo sobre a importância relativa actual e futura de vários indicadores clínicos e financeiros concluindo-se que se preocupavam em prestar cuidados de alta qualidade, com satisfação de doentes e de prestadores num quadro de forte *performance* financeira (Love *et al.*, 2008).

A cultura e os valores do hospital são um mecanismo essencial de integração e controlo, dado o forte poder dos profissionais, a assimetria de informação e a dicotomia de objectivos (clínicos vs administrativos). O autocontrolo e o controlo pelos pares complementa bem os restantes mecanismos de gestão, desde que haja um quadro claro onde se inclui a estratégia, objectivos globais e para as unidades, avaliação e prestação de contas associados a consequências, como seja a promoção.

A mudança de cultura e de valores opera-se através da sua explicitação na formulação estratégica, da sua tradução em instrumentos operacionais (ex. código de conduta) e do reforço através de sistemas. Processa-se por actuação concreta, em todos os locais, actos e níveis de gestão, promovendo as atitudes e comportamentos congruentes com a cultura desejada e explicitada, pelo exemplo dos gestores ou pelo recrutamento, formação e promoção das pessoas que os favorecem.

Assim, justifica-se a existência de um código de conduta de gestores do SNS que evite excessos de *managerialismo* e proteja os profissionais de abusos de poder e outras actuações inapropriadas da

<sup>294</sup> Sobre recursos humanos: salários e retribuição, dotação de pessoal, avaliação, requisitos de formação, condições de trabalho, etc.

gestão. Esse código deve integrar e respeitar os valores do *profissionalismo*, declarando explicitamente a sua aceitação como compromisso dos gestores. Os gestores de topo dos hospitais EPE deverão ser avaliados também pelo que promoveram e conseguiram nesta área e sancionados pelos desvios ou atropelos cometidos ou consentidos.

Por outro lado a gestão global dos hospitais empresa beneficiou recentemente de alguma evolução, tendo ficado consagrado o princípio de não representação dos profissionais através de eleições, antes a nomeação do Conselho de Administração (CA) pelos accionistas, Ministérios da Saúde e das Finanças.

No modelo de cariz “comercial” (hospitais SA) a legislação – Lei Nº 27/2002 e Decreto-Lei Nº 188/2003 – instituiu um novo órgão de fiscalização<sup>295</sup> (fiscal único), para além dos órgãos de gestão e consultivo. No CA fazia-se distinção entre os vogais executivos, encarregados da execução das decisões do CA, e não executivos, correspondendo à direcção técnica, Director Clínico e Enfermeiro Director. Previa-se uma Assembleia-Geral e uma Comissão de Vencimentos cuja utilidade foi praticamente nula no quadro dos hospitais empresas, visto que o poder de tutela e a representação dos accionistas se resumem aos dois ministérios – estes órgãos foram extintos no modelo EPE.

O Decreto-Lei Nº 233/2005 manteve os aspectos essenciais de gestão dos hospitais, possibilitando a extensão dos membros do CA a um máximo de sete<sup>296</sup> – talvez a pensar já na criação de centros hospitalares –, onde poderia caber um representante não executivo em «representação do município onde se situa a sede» do hospital. Porém a representação da comunidade manteve-se, de facto, restrita ao conselho consultivo. Foi ultrapassada a divisão no CA entre papéis executivos (gestão) e não executivos (direcção técnica), pelo que o Director Clínico e o Enfermeiro Director voltaram a poder assumir funções executivas (Reis, 2007).

Deste modo, com a empresarialização dos hospitais verificou-se evolução face ao modelo tradicional mas mantiveram-se alguns problemas: politização de cargos; deficiente acompanhamento e controlo externo; inexistência de avaliação da gestão. Também não foi implementada a solução tradicional para o controlo da gestão das empresas (e dos hospitais noutros países), um BOD. As funções do CA dos hospitais EPE correspondem mais a um órgão de gestão de topo que a um BOD. Apesar de no texto da lei persistirem algumas expressões que fazem supor tratar-se de um BOD, a verdade é que esse papel está de facto repartido entre o CA e, sobretudo, os representantes da tutela (ARS, ACSS) – aqui, como noutros aspectos, persiste a ambiguidade sobre quem faz o quê nos dois níveis, regional e central.

Decorrente da forma como a estratégia é delineada na maioria dos EPE também as suas consequências, como a estrutura e a divisão de poder que melhor a permitem concretizar, ficam prejudicadas ou minorizadas.

A estruturação do hospital em unidades intermédias, CRI ou semelhantes, é prosseguida e objecto de regulamentação interna, mas nem sempre se promovem as mudanças necessárias: poderes, fixação dos objectivos, prestação de contas, incentivos e, enfim, definição de um verdadeiro contrato interno, simultaneamente motivador, orientador e com consequências para todos os envolvidos.

Também a conjugação de uma estrutura hierarquizada com unidades funcionais mais flexíveis e voltadas para a inovação e para a melhoria de qualidade fica confinada a processos e períodos

<sup>295</sup> Com o DL Nº 233/2005 passou a «órgão de controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial» (art.15º).

<sup>296</sup> Em Dezembro de 2010 o Programa de Estabilidade e Crescimento limitou o seu número a um máximo de cinco.

específicos (ex. preparação da acreditação), perdendo-se como mecanismo de comprometimento dos clínicos e de integração em todo o hospital, apesar de ser aceite e desejada por todos, necessária para a transformação do hospital e para resultados radicalmente melhores para o doente.

Devido à forma como se processou a institucionalização das estruturas nos EPE não se encontram experiências mais avançadas de organização, como os centros de cuidados<sup>297</sup> na gestão intermédia e a organização por equipas de cuidados multidisciplinares na gestão de unidades de internamento. Predominam formas conservadoras de organização das operações, que inviabilizam a aprendizagem e a substituição de trabalho e congelam uma divisão de trabalho e de tarefas que está desajustada à evolução entretanto verificada, quer na tecnologia quer na formação e conhecimento dos grupos profissionais. Para este anquilosamento na divisão de trabalho contribuem os grupos profissionais e seus representantes, bem como a gestão e a tutela pela complacência repetidamente verificada.

Relativamente aos sistemas de gestão a evolução não foi mais acentuada devido à ambiguidade vivida – poderes e responsabilidades no hospital e nos restantes níveis –, à politização, às debilidades do acompanhamento e do controlo externos e à ausência de prestação de contas. Esses factores impediram uma melhoria substancial nos sistemas de gestão dos hospitais EPE.

Nos factores ligados ao pessoal – recrutamento, formação e desenvolvimento, avaliação, promoção, retribuição – foi onde se verificou evolução (pouca, praticamente só na previsão legal) na continuidade. Ao fim de oito anos continua a não haver incentivos e efectiva avaliação de profissionais, apesar do CIT, como também não existe acordo colectivo – a desconfiança, a forte influência dos sindicatos, a negociação central de carreiras e a politização persistem, assim como a rigidez e a ausência de flexibilidade e de motivação que se antecipavam com aquele estatuto.

Alguns dos problemas detectados pela OCDE em 1998 nos recursos humanos do SNS português ainda não foram (totalmente) ultrapassados nos hospitais EPE: *“salários dos gestores..., são independentes do desempenho dos hospitais...profissionais são pagos em função da antiguidade e não existem incentivos à produtividade... hospitais não têm autonomia, em especial na área dos recursos humanos”* (OCDE, 1998).

Na informação, na medição e na avaliação da *performance* dos serviços a centralização das responsabilidades sobre a informática e informação de gestão, o financiamento, a avaliação e a auditoria não facilitaram a introdução de novos sistemas nos hospitais para melhoria das operações e controlo de gestão.

Regista-se como positiva a exigência nos hospitais EPE de um fiscal (Revisor Oficial de Contas) e de um serviço de auditoria interna, bem como de maior exigência da tutela na especialização de exercícios. Apesar de assinaláveis melhorias na qualidade da informação financeira, verificam-se debilidades na informação de gestão e nos mecanismos tradicionais de contabilidade analítica, de programação e orçamentação das diferentes actividades do hospital. O sistema de objectivos mantém o seu registo económico-financeiro sem capacidade para evoluir, externamente, para modelos mais abrangentes de *performance*. Alguns hospitais EPE ensaiaram modelos do tipo de *balanced scorecard*, porém a ligação dos objectivos e planos anuais à estratégia definida, a discriminação em cascata e a articulação interna nem sempre estão presentes.

<sup>297</sup> Unidades integradas que são organizadas de modo a que o doente disponha, numa Unidade vocacionada para determinados problemas de saúde, dos serviços (ex. CE, MCDT) e dos recursos (ex. médicos de várias especialidades) de que vai necessitar.

O sistema de qualidade do SNS e dos hospitais, como já referimos, encontra-se ausente e desligado do financiamento, pelo que não se promove o seu desenvolvimento interno e a fixação de objectivos de qualidade clínica, de satisfação de doentes e de profissionais no hospital, que reputamos de essenciais.

Assim, continua a ser difícil analisar a *performance* dos CRI e das suas unidades, pelo que a prestação de contas interna, através de verdadeiros contratos internos e a avaliação da gestão operacional e intermédia, não existe ou está em grande parte por efectivar, o que impede melhorias substanciais na gestão global. Nos contratos internos com CRI é essencial definir objectivos para as unidades integradas, nas diversas dimensões e metas, incluindo projectos e acções a concretizar, e depois proceder a acompanhamento e avaliação com consequências.

A teoria da organização reconhece que a mudança de comportamentos e de valores é sempre difícil de conseguir internamente, muito mais em ambientes do tipo da AP, sendo mais fácil se imposta do exterior ou apresentada como condição para não por em risco a sobrevivência da unidade (ou do emprego). Assim, para facilitar as mudanças na gestão intermédia e operacional, justifica-se que o contrato de gestão imponha contratos internos, assim como o seu acompanhamento e avaliação periódicos que viabilizam o cumprimento daquele, e que preveja esforços da gestão de topo para melhoria e desenvolvimento da gestão operacional e intermédia. Justifica-se ainda que o contrato programa externo prescreva a existência de contratos internos escritos que detalhem e dêem concretização às actividades e objectivos mínimos definidos para a produção contratada.

Analisaremos de seguida a importância dos mecanismos de controlo externo do hospital.

### 8.2.2. Mecanismos externos de avaliação dos hospitais

O controlo externo dos hospitais EPE exerce-se através de:

- a) Exposição dos hospitais ao mercado e ao risco, pela afectação de recursos, definindo o valor global e as regras de financiamento (ACSS) e sua distribuição via contrato-programa de aquisição de serviços (contratualização, ARS), pela reserva de determinadas decisões<sup>298</sup> e pelo acompanhamento pelos compradores e representantes do accionista (ACSS, MS/MF);
- b) Constrangimento por regras comuns ao sistema (regulação), definição de objectivos aos hospitais EPE bem como aos representantes do accionista (seja às ARS e ACSS, pelo MS/MF) e verificação do cumprimento da legislação e regras definidas (MS/MF);
- c) Avaliação da gestão dos hospitais EPE.

Analisaremos de seguida os dois primeiros mecanismos, o terceiro será tratado no ponto 8.2.3.

Esta análise apoia-se na conclusão de que são necessários três elementos para uma boa governação de hospitais empresarializados – ambiente concorrencial, estrutura de supervisão profissional, objectivos claros –, (Preker e Harding, 2003), e segue as dimensões da reforma organizacional propostas por Over e Watanabe (2003). Na empresarialização dos hospitais em Portugal não foi suficientemente longe em três dos “elementos críticos” referidos em Precker (2003): exposição ao mercado, direitos residuais, prestação de contas.

<sup>298</sup> Ex. Nomeação/demissão do CA, autorização da estratégia e de grandes investimentos, aumentos de capital e empréstimos.

No que respeita ao mercado de produtos há liberdade de entrada de hospitais privados, verificando-se concorrência forte em cuidados agudos e de baixo risco, sobretudo nas grandes cidades do litoral, sendo a produção privada largamente dominante na maioria dos meios complementares de diagnóstico, nos cuidados leves (CCI) e nos cuidados crónicos de psiquiatria. Os hospitais não foram suficientemente confrontados com a necessidade de obter receitas adicionais e de diversificar as fontes de financiamento, respeitando os princípios e regras vigentes no SNS, por exemplo através de Quartos Particulares e venda de MCD ao exterior.

Relativamente ao ambiente concorrencial os hospitais EPE não têm qualquer exposição ao mercado de capitais, visto serem 100% públicos e não haver recurso a obrigações ou semelhante, enfrentam mercados oligopolistas em medicamentos, material de consumo clínico, equipamentos e MCDT, e não existe um verdadeiro mercado de trabalho, subsistindo restrições características da função pública, como já foi referido.

De facto a estrutura de mercado parece oscilar entre duas situações extremas para os hospitais EPE: monopólio natural na sua área, devido a questões de acessibilidade à oferta alternativa disponível<sup>299</sup> e de rendimento da população (para procura privada); concorrência forte (pública, privada), baseada em oferta superior à procura, custo desvalorizado por contratos com o Estado e grande acessibilidade (ex. grande urbe com vários hospitais).

Em ambos os casos a competição poderá ser promovida dentro de determinados limites, embora mais facilmente na segunda situação, em actos electivos e de produção generalizada (ex. cirurgias de baixo risco em recuperação de listas de espera), através da compra de serviços integrados<sup>300</sup> em Organizações que disponham dos requisitos de qualidade (ex. acreditação, auditoria clínica e programas de melhoria de qualidade). Em actos de risco (gravidade, complexidade, urgência) pelo contrário, defende-se o cumprimento obrigatório em todo o sistema de saúde das regras de referenciação em tempo oportuno.

Nos hospitais EPE também não se promoveu de modo visível a captação de receitas fora do SNS, através de novos produtos, embora algumas estruturas intermédias de gestão (CRI) tenham aumentado a produção e venda de alguns actos (ex. exames de fisioterapia e cirurgias). Note-se ainda que a integração em inúmeros centros hospitalares se provocou diminuição de custos de estrutura também reduziu a contestabilidade e aumentou o poder de monopólio.

A nova legislação prevê a informação pública sobre resultados dos hospitais, no artigo 8º da Lei Nº 27/2002 de 8 de Novembro: «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 desempenho e eficiência». Na verdade nem sobre os hospitais do SNS esta disposição é cumprida nos termos prescritos, menos ainda nos restantes hospitais da rede.

Como não há monitorização e difusão de informação sobre a *performance* dos hospitais por entidade independente mantém-se a assimetria hospitais/consumidores e hospitais/accionistas, ao contrário do preconizado por Over e Watanabe (2003). Nesta área a ERS, a tutela nacional e as agências de contratualização regionais têm sido pouco efectivas.

<sup>299</sup> Se o hospital alternativo tem grandes listas de espera e serviço de má qualidade não será verdadeira alternativa.

<sup>300</sup> Considerando o acto em si (ex. operação) e os com ele relacionados (diagnóstico, seguimento).



O financiamento actual promove a ligação dos recursos à produção realizada, incentiva a diferenciação<sup>301</sup> e induz risco nos prestadores e profissionais. Nada a dizer quanto às bases em que assenta (GDH e ICM) e à limitação por envelope financeiro global, onde se inclui o financiamento de determinados projectos, mas subsistem algumas questões que podem afastar a racionalidade inerente:

- i) Má utilização do modelo, por cobertura de défices ou atribuição de subsídios de convergência;
- ii) O ambulatório (CE, SU) é pago ao acto sem penalização da inapropriação. Idem na CA e HD, verificando-se aqui sistemático atraso na identificação do que deve ser incluído e dos preços a pagar, encorajando assim a não substituição de internamento;
- iii) O financiamento do ensino médico devia ser destacado da produção e processar-se por contrato-programa com o ministério do ensino superior;
- iv) A inexistência ou insuficiência de auditorias – de informação produção, económico-financeira, qualidade e apropriação – que podem encorajar o *gaming* pelos hospitais e distorcer os valores de base do sistema (ex. custo base a considerar como padrão);
- v) Não prever incentivos e penalizações por deficiente qualidade.

A própria tutela nacional em Janeiro de 2010 veio reconhecer problemas no modelo (*“Modelo de Financiamento dos Hospitais”*, 18 a 22 de Janeiro de 2010 – [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)):

- a) Lacunas: «*não endereça de forma eficaz os objectivos de qualidade, controlo de despesa, promoção da eficiência,...*»; «*alterações ocorridas no SNS não foram reflectidas de forma consistente no modelo*»; «*modelo apresenta debilidades e constrangimentos estruturais...*»;
- b) Ineficácia: «*eficiência dos hospitais não evoluiu como esperado de 2005 a 2007... desempenho económico global dos hospitais abaixo das expectativas*».

Manteve-se a centralização total do financiamento, quando teoricamente as ARS deveriam receber orçamento de base capitacional que afectariam à aquisição de cuidados de saúde na sua área (Simões e Barros, 2007). Esta centralização facilitou a reprodução da situação genérica de ineficiência dos hospitais de Lisboa e sul de Portugal face aos do norte, contribuindo para maior iniquidade visto que esta região tem muito menor rendimento disponível *per capita*. Os hospitais EPE estão submetidos a orçamentos mais constrangedores mas não se verificam outros aspectos referidos em Over e Watanabe (2003): não há risco de falência; não há subscrição de capital e empréstimos por investidores privados.

A distribuição do financiamento faz-se através da contratualização (contratos-programa), a qual tem as seguintes funções: determinar as necessidades em cuidados de saúde; negociar e adquirir cuidados; integrar a participação dos cidadãos e difundir informação para doentes (prestação de contas, facilitar a escolha dos prestadores); acompanhar e avaliar o contrato, fiscalizar a qualidade das prestações em nome dos doentes e do SNS.

Porém a contratualização em Portugal foi vítima de menorização e escassez de meios desde a sua criação em 1996, fruto da centralização e do constante zigzaguear político, (Ferreira *et al.*, 2009), subsistindo dúvidas sobre o seu grau de eficácia.

Apontam-se-lhe insuficiências diversas: valoração dos resultados e reduzida evolução das formas de pagamento, mais baseadas na oferta que no planeamento e nas necessidades de saúde; na aproximação à qualidade clínica e à segurança do doente, e na escassa consideração de aspectos como o *benchmarking* e a coordenação de cuidados; informação baseada em dados administrativos

<sup>301</sup> Argumenta-se que o financiamento tem, pelo menos em parte, confundido diferenciação com classificação de hospitais – ex. centro hospitalar que é classificado como central inclui hospital concelhio e é produção financiada como se toda fosse central.

e ausência de auditorias sistemáticas; ausência de quantificação das necessidades de saúde (OPSS, 2009).

Tudo se passa como se, na ausência de informação sobre as necessidades de saúde, a contratualização se fizesse com o que os hospitais querem oferecer, numa cedência mais que numa negociação com procura dos melhores locais para adquirir os cuidados necessários. Depois apenas se faz acompanhamento “de números”, sem verificação local das condições de funcionamento nem auditorias que garantam que a produção foi de facto efectivada, na quantidade, qualidade e tempo contratados, e que o serviço prestado aos utentes do SNS produziu a satisfação e eficácia esperadas. Assim, não existem condições para prever e atribuir incentivos e penalizações por qualidade.

Se não houve sucesso completo nas três funções referidas – determinar as necessidades de saúde, negociar e adquirir cuidados, acompanhar e fiscalizar o contrato – menos houve na restante, assegurar a participação dos cidadãos e difundir informação. Questiona-se igualmente a evolução recente da agência de contratualização, com completa integração e dependência do CA da ARS e com alargamento do papel a áreas do accionista, tanto mais que abrange apenas a produção de cuidados e, nessa, apenas para os doentes do SNS.

A contratualização no âmbito de um SNS terá sempre um carácter mais relacional que os contratos tradicionais, que se baseiam na lei para garantir o seu cumprimento e impedir a extracção de benefícios em desfavor do outro contraente. O comprador e o prestador de cuidados têm uma relação de longo prazo, com incerteza e assimetria de informação elevadas, aconselhando confiança e cooperação entre as partes para aprendizagem e máximo benefício (Goddard e Mannion, 1998). Como estes autores sugerem, os benefícios não são automáticos, daí que a contestabilidade e a avaliação da *performance* devam marcar presença.

Assim, a contratualização devia apostar mais em contratos de longo prazo, concretizados depois anualmente, em cumprir a função de monitorização e controlo dos contratos, incluindo verificações no prestador, e em iniciar progressivamente a compra de cuidados onde houver melhores condições globais, sem prejuízo de assegurar a necessária cobertura na rede do SNS, a integração de cuidados e alguma contestabilidade.

A avaliação de resultados dos hospitais e da sua gestão também não se fez, isto é, a prestação de contas praticamente não existiu visto que a prestação pública de informação foi reduzida ou nula. Como não houve avaliação de gestão ficou prejudicada a mudança assente nos direitos residuais – não se transferiram resultados para a gestão em função de boa *performance* (incentivos), o que prejudica o alinhamento entre direitos de decisão e resultados referido em Precker (2003).

A avaliação da prestação complementar a avaliação da gestão, a cargo do accionista, como a fiscalização do contrato pelo comprador actua face à acção desenvolvida pelo Regulador e pelo Estado, aqui com a legitimidade de quem está investido de representação pública e o ónus de agir exemplarmente.

Não existe um conjunto de objectivos nacionais para os hospitais nas principais dimensões de *performance*, o que traria focalização em metas comuns e garantiria alguma equidade, como também não se garante a articulação entre o plano nacional de saúde, os planos regionais e dos hospitais que o devem concretizar. Assim a monitorização incide essencialmente sobre aspectos económico-financeiros e sobre o tempo de resposta, e está marcada pelas debilidades tradicionais da tecno-estrutura e do sistema de informação, como também pela auditoria quase inexistente e

pela habitual confusão de papéis nacionais e regionais – o apoio à gestão dos hospitais EPE não existe de forma estruturada nem na ACSS nem na ARS. Dois exemplos permitem lançar alguma luz sobre a eficácia do acompanhamento dos hospitais EPE:

- a) O organismo central encarregado do acompanhamento, após sucessivos prejuízos que esgotaram o capital de três hospitais EPE, abriu em 2009 concurso público para a contratação de consultoras que viessem definir a estratégia e apoiar a mudança – note-se que as estratégias, planos, objectivos e relatórios foram sendo aprovados ao longo dos anos;
- b) A informação publicada de contratualização (SICA) exibiu ao longo de meses valores completamente erróneos para o Grupo de hospitais (ex. doentes tratados por cama 15 vezes inferiores ao normal e taxas de ocupação da ordem dos 6%), sugerindo problemas de manutenção do sistema e reduzida utilização pela gestão dos hospitais.

Ora estas debilidades podem ser tomadas pela gestão como sinais de ausência de avaliação ficando com álibis para não actuar em áreas difíceis – dada a ausência de valores de referência creíveis para efeitos de melhorias internas e de fixação de objectivos.

No que respeita à auditoria sublinha-se o papel positivo que recentemente tem sido desempenhado pela Inspeção dos Serviços de Saúde e pelo Tribunal de Contas. Porém, é necessário que se instituem normas de conduta e boa prática – nas diferentes dimensões e não apenas na área económico-financeira – e que se instalem e ponham a funcionar auditorias externas nas diversas áreas, como meio de controlo (detectar/corrigir), de reconhecimento e de melhoria (detectar/difundir boas práticas).

Como não se definiram objectivos nacionais, ligando ao plano nacional de saúde e à inexistente estratégia nacional do SNS, nem se definiram novas regras para o acompanhamento, avaliação e auditoria/inspecção, sinalizou-se que não haveria de facto avaliação nem consequências para a gestão. Também não houve abordagem do SNS coordenada com a recém-criada Entidade Reguladora da Saúde, por exemplo na área da qualidade e apropriação dos cuidados prestados nos hospitais EPE, o que poderia ter contribuído para maior capacidade do Estado de garantir bons resultados em saúde e reposicionaria a qualidade como central aos cuidados hospitalares.

Relativamente aos mecanismos de prestação de contas de gestores e profissionais referidos por Over e Watanabe (2003), nos hospitais EPE verifica-se afastamento do prescrito, visto que não houve aumento de “voz” no BOD, da comunidade e doutros *stakeholders*, nem auditorias periódicas por organismo independente com resultados tornados públicos, sendo duvidoso o cumprimento da terceira dimensão – comissões de qualidade que monitorizem o trabalho dos médicos do hospital.

Portugal não seguiu o caminho do RU, que criou uma agência independente para regular e acompanhar os hospitais empresa, o que permitiria contornar a politização, aumentar o risco para profissionais e gestores e melhorar os mecanismos de prestação de contas em todos os níveis (difusão de informação, avaliação de resultados). Ao invés adoptou-se abordagem essencialmente normativa, sem resolver a dicotomia função pública/CIT, sem clarificar os papéis nacionais e regionais (em relação à contratualização mas sobretudo no que respeita à função accionista), sem corrigir debilidades da informação, do sistema de objectivos, da avaliação e dos incentivos aos profissionais e gestores. Num contexto de austeridade e necessidade de controlar as contas, optou-se por seguir a via mais fácil, definir metas para os recursos e para as rubricas da despesa, o que terá dado o sinal de continuidade de comando-controlo administrativo-financeiro, como se fosse SPA, mais que desenvolvimento e aprofundamento dos mecanismos de gestão (EPE).

Instituíram-se várias experiências de organização e gestão de hospitais mas uma avaliação independente, completa e esclarecedora dessas inovações está em grande parte por fazer, como no contrato de gestão do Hospital Amadora Sintra (HAS) e na Unidade Local de Matosinhos (ULSM).

Ao longo de treze anos viveu-se uma experiência de gestão privada do HAS, marcada por constantes conflitos, com CSP, representantes da população e com a entidade contratante (ARSLVT). Foi notória a incapacidade das partes de chegarem a acordo em coisas tão simples como a medição da produção a pagar, protelando o fecho de contas do HAS para além do que é tolerável. A medição da qualidade dos actos, da coordenação externa de cuidados e da sua eficácia, bem como de eventuais comportamentos perversos do prestador<sup>302</sup> permaneceram na penumbra do contrato. A relação terminou de forma abrupta e nenhum estudo independente foi feito, pelo que nem o balancear dos aspectos positivos e negativos da experiência nem a necessária aprendizagem e correcção das debilidades de controlo do SNS se puderam fazer. Apesar dessas debilidades e sem que se tomassem as medidas para a sua correcção, avançou-se em experiências de gestão clínica de hospitais no âmbito de parcerias público privadas.

A ULSM iniciou-se em fins da década de noventa, sem ter beneficiado dos mecanismos previstos de fiscalização e acompanhamento, prolongando-se na actualidade. De acordo com Vaz (2010), que cita as conclusões de um encontro de ULS realizado em Junho de 2009, existe pouca evidência de impactes da criação das ULS (particularmente da ULSM) nos ganhos de saúde, na utilização racional dos serviços e em mecanismos de gestão da doença. Referiram-se igualmente questões “essenciais” como a preparação prévia da experiência, o financiamento por capitação, os sistemas de informação que promovam a integração de cuidados e a monitorização de resultados em saúde – apesar de óbvias não foram conseguidas ao longo dos 10 anos da ULS. O autor citado sublinha que “*mais uma vez, trata-se de uma solução com uma reduzida preparação prévia de implementação e sem qualquer avaliação*”.

Porém, mais uma vez, apesar da inexistência de avaliação independente sobre a bondade de um modelo, o SNS decidiu avançar com novas experiências.

O SNS tem que estar preparado para avaliar a *performance* dos seus hospitais, nomeadamente dos diversos produtos e dos resultados nas diferentes dimensões, dentro do contexto e com os impactes que resultarem noutros serviços, o que serviria de base à avaliação doutros modelos e experiências (bondade do modelo). Tem igualmente que avaliar a gestão, não apenas para tirar todas as consequências mas também para evidenciar a contribuição específica para aqueles resultados (bondade da gestão).

Ora o SNS tem à sua disposição dois instrumentos diferentes, embora complementares, que poderão apoiar aquelas avaliações: o contrato-programa e o contrato de gestão.

O contrato-programa estabelece-se entre o hospital EPE e o comprador de cuidados, a agência de contratualização/ARS e a ACSS para o SNS, visa a distribuição do financiamento e da produção de cuidados em certas condições, de quantidade, qualidade, tempo de resposta e a preços predefinidos, de modo a garantir ambiente concorrencial, equidade e bons resultados no SNS. O contrato-programa traduz a perspectiva de cliente, em representação dos doentes do SNS, e está vocacionado apenas para o SNS e para a produção, daí não permitir extrair conclusões sobre a *performance* da gestão do hospital.

---

<sup>302</sup> Ex., alterações de oferta motivadas por preços, passar despesas para outros serviços de saúde ou para o doente, fazer *upcoding* e outras formas de *gaming*.

O contrato de gestão, estabelecido entre o accionista e a gestão de topo, visa todo o mandato e não apenas um ano, como é corrente no contrato-programa, abrange todo o hospital e todas as actividades, não apenas a produção de cuidados e o SNS. Define o quadro de actuação da gestão do topo, inclui os objectivos definidos pelo accionista, a estratégia aprovada e demais projectos e acções que a gestão terá que concretizar, os mecanismos de medição, de avaliação do desempenho da gestão e suas consequências, incluindo as recompensas. Trata-se portanto de um contrato para toda a actividade do hospital, para o exercício da gestão de determinada forma e de acordo com os objectivos do accionista.

Na verdade é bem diferente avaliar o hospital EPE ou o desempenho da sua gestão de topo.

Os objectivos fixados à gestão não são os mesmos do hospital, embora estejam inter-relacionados. A gestão deve avaliar-se essencialmente pelos resultados conseguidos, mas não podemos esquecer (ex. das diferenças):

- Alguns resultados obtidos do hospital não se devem à actuação da gestão, mas à da gestão anterior ou a outros factores; alguns resultados da gestão (bons, maus) produzem efeitos no hospital apenas em anos subsequentes;
- Exige-se à gestão que desenhe e, após aprovação, concretize a estratégia que vai determinar a *performance* futura do hospital – a qualidade e o grau de cumprimento da estratégia devem ser avaliados (são muito importantes);
- Pede-se depois à gestão que concretize determinados objectivos e metas para o ano, incluindo acções e projectos específicos, não apenas a *performance* do hospital, metas essas que estão dependentes da situação de partida do hospital e da estratégia definida;
- Para além dos resultados que a gestão conseguiu, interessa, a forma como os conseguiu – por ex., em legalidade, actuação ética, grau de colaboração para a melhoria do SNS. Para este efeito um código de conduta dos gestores do SNS afigura-se-nos essencial.

Por outro lado o hospital pode ter medição em termos absolutos e, superada que esteja alguma possível subjectividade do modelo, com objectividade. Ao contrário a gestão deve ter avaliação relativa (triplamente) – face aos objectivos que lhe foram fixados, face a pares em situação comparável, face às oportunidades que a estratégia evidenciava – e haverá sempre alguma subjectividade (quer-se a mínima).

Conforme os objectivos visados (por ex. melhoria ou retribuição), a avaliação da gestão ponderará diferentemente os resultados do ano, a concretização da estratégia e a forma como actuou.

A avaliação do hospital fica marcada pela resposta aos *stakeholders* principais mas a da gestão pode, embora não deva, cingir-se à resposta ao accionista – por ex. além da qualidade, a satisfação dos doentes e o desenvolvimento dos profissionais são essenciais. Ora a avaliação é uma construção de gestão e tem sempre uma componente de juízo subjectivo sobre os objectivos dos *stakeholders*, daí a importância da auscultação e consensualização dos principais visados.

Um modelo de avaliação da gestão deve equilibrar os objectivos principais, indicar os critérios e estabelecer uma relação com padrões e metas – nunca se confundindo com uma colecção de indicadores reunidos sem critério técnico-científico e com visão meramente financeira (ex. anterior *Tableau de bord*). A consideração de vários *stakeholders* e a complexidade do hospital justificam um número maior de objectivos e indicadores para avaliar a gestão. Podem utilizar-se indicadores

compostos, mas estes não estão isentos de pontos fracos e problemas como a teoria unanimemente reconhece.

Note-se ainda que a avaliação da gestão terá que considerar todas as responsabilidades que lhe foram cometidas. Assim, não pode excluir-se a responsabilidade global pelo bom uso de recursos, pela adequação e qualidade da informação do hospital e dos seus serviços, bem como dos sistemas de controlo interno existentes no hospital. Inclui-se igualmente a prevenção e gestão de todos os riscos, incluindo os que derivam do exercício de actividade clínica, a designada governação clínica, que visa assegurar qualidade e segurança nos actos e cuidados prestados ao doente, garantindo a melhoria de padrões e de resultados da prática clínica e uma efectiva prestação de contas em todo o hospital.

### 8.2.3. Avaliação dos CA dos hospitais EPE

Consideramos como pressuposto o posicionamento da gestão nas organizações de saúde de «... respeito pela diferença e, concretamente, pela autonomia técnica em ambiente de responsabilização, acompanhando-as e controlando-as através de uma estrutura de gestão e de procedimentos que, promovendo a coesão institucional, criem condições para um correcto exercício» (Reis, 2007).

Acompanhamos igualmente o autor citado quanto à necessidade da gestão do hospital ser partilhada com profissionais da área num órgão executivo (ou pelo menos na dimensão estratégica), desenvolvida de acordo com objectivos comuns do hospital num contexto pluridisciplinar e promovendo unidade de acção e de comando. A gestão deve exercer-se respeitando e promovendo a função, objectivos e valores públicos, e, considerando os objectivos dos principais stakeholders, assegurar a sua integração, nomeadamente através da missão, visão e valores do hospital.

Neste ponto começamos por discutir a gestão de topo dos hospitais EPE (BOD ou CA), seguindo-se a análise do enquadramento e objectivos da avaliação e, finalmente, a configuração proposta.

#### 8.2.3.1. BOD ou Conselho de Administração nos hospitais EPE?

Vimos anteriormente que o conteúdo, forma e objectivos da avaliação de um BOD eram diferentes dos da gestão de topo (CEO). Apesar de o modelo de gestão dos hospitais EPE não ter estrutura semelhante ao doutros países (CEO mais BOD) será importante discutir brevemente as vantagens e desvantagens dos dois modelos antes de passar à configuração proposta para a avaliação.

Como vimos anteriormente, numa empresa privada incluindo num hospital, um BOD limita a discricionariedade da gestão e exerce o poder, em representação dos accionistas, por acção indirecta através da gestão e por relacionamento interno e externo. Integra a governação e constitui um dos mecanismos de controlo existentes, reportando externamente aos accionistas e informalmente aos restantes *stakeholders*.

O poder de decisão e influência do BOD exerce-se em cinco áreas principais: definição e controlo da estratégia; ligação externa, incluindo aos accionistas e restantes *stakeholders*; prestação de contas global; garante do cumprimento dos objectivos, das regras e dos valores essenciais da empresa; prestar informação, aconselhamento e apoio ao CEO. O seu ascendente sobre a gestão deriva ainda dos poderes de escolha e demissão do CEO, fixar a sua remuneração, proceder à avaliação e atribuição de incentivos e do relacionamento com os accionistas, decisivo em caso de

pulverização na estrutura accionista.

O BOD actua simultaneamente como controlador e parceiro, decidindo e apoiando a gestão para que seja bem sucedida no cumprimento da estratégia, dos objectivos e das transformações necessárias, incluindo na estrutura, nos sistemas, nas políticas e na cultura e valores. Vimos anteriormente que a avaliação do BOD era efectuada por auto-avaliação, dado que a sua acção tem carácter indirecto, mediado e que os resultados acontecem com diferimento no tempo. A avaliação da gestão de topo está mais ligada à *performance* da organização e à definição e implementação da estratégia.

Nas empresas o BOD justifica-se tanto mais quanto maior for o poder da gestão, que começa por ser grande dado que escolhe a sua equipa de gestão (menos controlo pelos pares), aumentará se os mercados funcionarem pouco, se houver pulverização de accionistas e se a gestão beneficiar de grande assimetria de informação, relativamente aos processos internos e ao meio ambiente. Dentre os mecanismos de controlo disponíveis serão então essenciais: o BOD, a avaliação da gestão e os incentivos em função dos resultados.

Nas empresas os NED (*Non Executive Directors*, externos e independentes) são importantes para ter peritos bem colocados, em entidades financeiras para facilitar o financiamento e a obtenção de recursos adicionais, em clientes e grandes fornecedores, para aportarem mais informação (ex. para a estratégia) e contribuírem para parcerias em novos produtos ou integração vertical – também actuam como representantes de grandes accionistas. Nos hospitais EPE esses benefícios contam pouco ou nada.

A especificidade dos hospitais já foi referida, recordando-se agora a complexidade do processo de produção, a assimetria de informação a favor dos especialistas clínicos, a dificuldade de medir, a politização, a drasticidade do objecto (vida do doente) e do erro. Essa especificidade impõe a pluridisciplinaridade na gestão, referida por Vasco Reis, doutro modo a estratégia e sua concretização arriscam-se a ficar prejudicadas, as decisões no órgão de gestão perderiam em tempo e adequação, podendo ainda agravar-se a dicotomia gestão/clínicos. Um CA pluridisciplinar poderá existir no seio de uma equipa de gestão que inclua gestores da área clínica, com um CEO à cabeça.

Convém sublinhar que o problema de agência é menor nos hospitais EPE porque a concentração accionista é máxima (apenas o Estado), porque a saúde é área muito regulamentada, com profissionais<sup>303</sup> e seus representantes fortemente defensores da qualidade e segurança dos cuidados, assim como do cumprimento de leis, normas e valores – acresce o controlo exercido via exposição mediática, atenção da população e seus representantes. Havendo maior controlo e menor discricionariedade da gestão um “BOD-polícia da tutela” tem pouca justificação.

Subsistindo argumentos que diminuem a necessidade do BOD e outros que a reforçam, justifica-se uma breve análise, vide o quadro nº 8.16 que a resume.

---

<sup>303</sup> Também as carreiras muito regulamentadas constituem barreira à discricionariedade da gestão.

**Quadro Nº 8.16: Hospitais EPE – argumentos a favor de BOD e alternativas**

A favor de BOD	Alternativas ao BOD
<b>1. Prestação de contas do hospital</b>	
Hospital é uma organização complexa, difícil de avaliar, burocracia de profissionais politizada. Gestão ganhou poder e flexibilidade impondo-se maior controlo;	Definir metas mínimas nacionais, reforçar mecanismos de mercado, acompanhamento, apoio e avaliação. Melhorar o CA (recrutamento, informação e desenvolvimento, regras de funcionamento, código de conduta), apoiá-lo e avaliá-lo;
Mercados não funcionam (capital, concorrência de produtos e pelos doentes, de factores) e o financiamento e a contratualização não induzem suficientemente a racionalização dos processos e a adequação da oferta às necessidades da população;	Reforço dos restantes mecanismos de avaliação e controlo. Aumentar o poder do contrato programa, para contestabilidade e risco para serviços e profissionais, promover soluções globais em articulação com CSP e CP. Auditoria/inspecção sobre produtos (que produto, apropriação, qualidade) e serviço prestado;
Função accionista está repartida entre vários serviços da saúde e finanças revelando-se algo ausente <sup>304</sup> e ineficaz no acompanhamento, controlo e auditoria;	Organizar a função accionista, garantir alinhamento via contrato de gestão, avaliação e incentivos. Melhorar mecanismos actuais; (Nota: único sócio tem também poder de mercado e financiamento, legislar, inspeccionar, controlar a qualidade, indigitar gestores)
Problemas na informação de diversas áreas, pelo que a difusão pública é limitada.	Conjunto mínimo de informação e de indicadores (cálculo e publicação definidos e obrigatórios), auditoria periódica.
<b>2. Formulação e controlo da estratégia</b>	
BOD com gestores e representantes de <i>stakeholders</i> externos pode facilitar o <i>design</i> e implementação com sucesso da estratégia. Se houver focalização na estratégia há garantia acrescida de cumprimento.	Estratégia é obra conjunta do CA (visão global, de diversas áreas e <i>expertises</i> ) para isso tem composição diversa/complementar que facilita a formulação da estratégia e suficiente escrutínio (discutida com ARS e ACSS, aprovada por MS/MF). Impõe-se maior controlo da execução via contrato de gestão, avaliação e auditoria.
<b>3. Ligação externa e integração de <i>stakeholders</i></b>	
Na gestão dos hospitais não há representação formal e consideração dos objectivos dos <i>stakeholders</i> , apenas inserção em órgão consultivo. BOD garante a participação e integração dos objectivos dos profissionais.	BOD com profissionais, autarquias e outros interessados pode levar a conluios e impedir a racionalização, mas a mera extensão de papel do conselho consultivo parece limitada. A avaliação de gestão e a continuidade de voz no CA (médicos, enfermeiros) dão garantias razoáveis aos profissionais.
<b>4. Informação, aconselhamento e apoio à gestão</b>	
Difícil difundir gestão, corrigir a irracionalidade em processos do hospital para melhoria contínua e melhor resultado global. BOD pode trazer especialistas e gestores com boas ligações externas.	Problema de gestão do hospital é a complexidade interna (mais que ambiente externo e concorrência). Dada a semelhança entre hospitais, parece preferível instituir função de apoio, sem prejuízo do recurso a consultores para outros projectos de melhoria.
<b>5. Garante do cumprimento no hospital</b>	
BOD assegura o respeito pelas leis existentes, pelos valores, missão e objectivos do hospital, pela preservação da imagem e dos direitos das pessoas.	Nesta área o BOD pode constituir uma mais-valia.

Como o enquadramento actual da gestão do hospital EPE diminui a sua discricionariedade e há constrangimento pela presença constante da tutela, nomeadamente ARS e ACSS, adicionar mais um órgão, com o aumento de custos e burocracia inerentes, justificar-se-á apenas se os benefícios acrescidos forem substanciais e prováveis. Os que serão obtidos pela *representação de stakeholders* e *garante do cumprimento* não parecem suficientes.

<sup>304</sup> Pode haver alguma sobreposição de competências (para além de confusão com a função de contratação); essa situação podia conduzir a intervenções redundantes mas é habitual no Estado resultar em ausência.



Por outro lado os hospitais constituem um grupo de unidades semelhantes, o que permite extrair benefícios da avaliação relativa pela tutela: análise e difusão de boas práticas pelos restantes hospitais; usar comparações para determinar erros, omissões e problemas de informação; fixar objectivos de *performance* relativa e controlar face ao verificado nos hospitais da rede; redução da assimetria de informação em desfavor da tutela.

Um BOD pode combater o corporativismo, podendo igualmente aumentar a politização e reforçar a irracionalidade, dependendo da sua acção concreta. Mas idêntica utilidade no combate ao corporativismo pode ser obtida por redesenho estrutural (CRI), gestão profissionalizada próxima, alinhamento com a estratégia do hospital, contratos internos escritos com objectivos e incentivos, acompanhamento e avaliação da *performance* dos gestores.

Assim, sem BOD, é *possível* obter resultado global idêntico com controlo semelhante e menor custo, ainda que a probabilidade de implementação bem sucedida seja difícil de calcular. Porém, a orientação<sup>305</sup>, o acompanhamento e o controlo dos hospitais EPE que se verificaram no passado parecem indicar que a estrutura actual terá dificuldade em desempenhar aqueles papéis eficazmente.

Recorrendo à experiência internacional parece legítimo concluir que os BOD:

- a) Funcionam melhor em hospitais não públicos. Aí os BOD dos hospitais têm, relativamente a outras indústrias, maior envolvimento na formulação da estratégia e uma muito maior separação de papéis dos dois órgãos (CEO/Presidente do BOD) (Golden e Zajac, 2001);
- b) No NHS os BOD iniciais, com directores eleitos e representantes dos profissionais, foram substituídos por outros com *não-executivos* poderosos (representantes de negócios). Recentemente os BOD evoluíram para representantes públicos e da comunidade (Addicott, 2008);
- c) Vários estudos provam que têm contribuição *limitada* e envolvem-se apenas na aprovação de decisões *feitas por outrem* (Peck, 1995; Farrell, 2005). Aparentemente a melhoria do controlo, através de metas nacionais, objectivos de *performance*, auditorias, directivas e recomendações, conduziu a BOD «*mais para cerimónias e para despedir CEO*».

Assim, para a governação dos hospitais EPE dois modelos são possíveis: manter o actual CA, actuando sobre o controlo externo; instituir uma agência para estes hospitais, nomeando um BOD em cada hospital.

Em nossa opinião não há solução única e cada um dos modelos apresenta vantagens e desvantagens. Porém a experiência vivida recentemente demonstra que será muito mais fácil verificarem-se alianças de interesses corporativos e dos políticos locais, defendendo mais recursos e serviços a todo o custo, do que actuação visionária no interesse da adequação do hospital de modo técnico e racional.

Na primeira hipótese haveria que começar por instituir a função accionista, clarificar os papéis (região, tutela nacional) e obter capacidades e competências adequadas (tecnoestrutura) – a proximidade da ARS, face ao centralismo e distância da tutela nacional, justifica plenamente a sua intervenção no papel do accionista. A melhoria dos sistemas de apoio, acompanhamento e controlo

---

<sup>305</sup> Não tem havido orientações estratégicas gerais para os hospitais EPE nem contratos de gestão.

externos são imprescindíveis, de acordo com o referido no quadro nº 8.16. A avaliação dos CA dos hospitais recairia em júri *ad hoc* integrando representantes do accionista.

Na segunda alternativa a função accionista para os hospitais EPE caberia, no seu nível central, a uma agência especializada, na dependência dos ministros das Finanças e da Saúde<sup>306</sup>. Sendo imprescindível, para bom desempenho dessa função accionista, acompanhamento de proximidade, articulação e colaboração com outros estabelecimentos e serviços, e mesmo integração de actividades, as definições e orientações produzidas a nível central devem ser transmitidas às ARS nas quais se integrariam os núcleos regionais da agência. Além disso, seria nomeado um BOD para cada hospital, retirando razão de subsistir ao actual conselho geral, mas mais interventivo e com atribuições mais amplas do que as deste. Caber-lhe-ia: a avaliação do CA; actuar como representante dos *stakeholders*, com funções de controlo, de orientação estratégica, de integração (interna, externa), de apoio, garante do cumprimento das leis, da missão e valores do hospital, nos termos já extensivamente abordados

O BOD seria constituído por núcleo essencial dos accionistas, comum (a todos ou a vários hospitais da Região), incluindo do Ministério das Finanças e integrando o papel de “Fiscal único”, e por representantes da comunidade e dos profissionais, e ainda, sem direito a voto, pelo PCA e pelo CEO. Teria comissões especializadas, nomeadamente: finanças, auditoria e gestão de riscos; avaliação da *performance* do hospital, nomeação e avaliação do CA; qualidade e segurança.

O CA nos dois modelos seria constituído por um presidente, por um CEO com a sua equipa de gestão multidisciplinar e dois directores técnicos – enfermeiro director e director clínico.

O que parece de sublinhar, relativamente aos modelos possíveis de governação dos EPE, é que fundamental não será a opção por um deles mas sim reunir as condições para que as atribuições que lhe competem sejam satisfatoriamente desempenhadas.

Haverá que melhorar substancialmente o enquadramento actual dos hospitais, no que respeita a financiamento, contratação, mercado de trabalho, auditoria e avaliação. De modo semelhante impõe-se igualmente melhorar o ambiente interno e, dentro da estratégia global e contrato externo aprovados, prever gestão intermédia com contratos internos facilitadores de efectiva prestação de contas em todo o hospital, no respeito pela autonomia técnica e valores dos profissionais.

Em nossa opinião será uma boa ocasião para o Estado clarificar e atribuir os cinco papéis essenciais que desempenha na saúde, optando sempre que possível por entidades diferentes para cada um:

- 1º) Definir a política e a estratégia da saúde, avaliar o sistema: nacionalmente através das Direcções Gerais e de Institutos não prestadores (ex. Infarmed);
- 2º) Gestão/prestação (SNS): nos níveis nacional, regional e local, em coordenação estreita e incluindo todos os serviços prestadores, a função accionista, de recursos e serviços comuns (ex. central de compras), com estrutura central e regional, além de institutos prestadores;
- 3º) Financiamento/contratação de cuidados: instituto de financiamento com agências compradoras regionais;
- 4º) Regulação: regulação económica e de qualidade por entidades separadas e independentes do ministério da saúde;

<sup>306</sup> Agradeço a oportunidade e o privilégio de debater este tema e muitos outros com o notável AH, Dr. Raul Moreno.

5º) Tutela, auditoria, inspeção e outras funções<sup>307</sup>: verificação do cumprimento das leis (normas), a conformidade com as políticas, procedimentos e regras de boa prática.

Poder-se-ia igualmente definir os requisitos essenciais para o recrutamento dos gestores dos hospitais, evitando a sua politização e, preferencialmente, usando critérios já definidos (Instituto de Governance).

### 8.2.3.2. Enquadramento e objectivos da avaliação dos CA dos hospitais EPE

Actualmente o CA dos hospitais não se confunde nem com o BOD nem com a gestão de topo que encontramos nas empresas.

Na verdade nos hospitais EPE não existe um CEO e uma equipa de gestores que este escolheu e que o BOD avaliará, claramente alinhados e coesos em volta do projecto previamente definido. Existe um conjunto de gestores, por vezes escolhidos por pessoas e organismos diferentes, com formação e experiência que se queriam complementares e em que se irá verificar algum controlo inter pares. Maior e mais preocupante é, no entanto, a probabilidade de, movidos pela estratégia divergente de cada um, quando não em aberta oposição, resultar inviabilizada qualquer definição estratégica institucional e disseminável na instituição.

O CA é um órgão com algumas funções do BOD (as restantes residem na ARS e na ACSS<sup>308</sup>), e de gestão de topo, com competências atribuídas por lei e cada um dos seus membros com áreas de gestão definidas. Assim o nº 1 do artigo 7º do Dec-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro atribui ao CA competências para «garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos» e o artigo 13º do mesmo diploma atribui aos membros do CA o estatuto de gestor público. Ao CA, a par de alguns poderes normais num BOD, são atribuídas inúmeras competências de gestão delegáveis «nos seus membros ou em demais pessoal de gestão e chefia».

Trata-se mais de um conselho de gestores, depois do *conselho de gerência* anterior, limitado nos seus poderes pelos papéis de entidades nacionais e regionais, que um *Board* acima da gestão global e que responde apenas perante a assembleia de accionistas. Assim o CA não pode limitar-se à auto-avaliação prevista para os BOD, justificando-se intervenção externa e modelo que inclua avaliação pelos resultados atingidos e pelo modo como foram conseguidos.

A avaliação do CA **justifica-se** para cumprir a lei e viabilizar os contratos de gestão, para reforçar os mecanismos actuais de controlo, para incentivar à introdução de melhorias nos diversos níveis e, assim, promover a melhoria geral da gestão e de resultados no hospital. Sublinhe-se ainda que deste modo se sinalizará a determinação da tutela em implementar a avaliação para todos os gestores e profissionais do hospital.

A avaliação da gestão dos hospitais e dos CA em particular não tem sido efectivada mas encontra-se prevista em inúmeros diplomas legais que haverá que cumprir: na Base XXX da Lei Nº 48/90 de 24 de Agosto; nos artigos 5º, 8º e 10º da Lei Nº 27/2002 de 8 de Novembro; no artigo 7º do Dec-Lei Nº 233/2005 de 29 de Dezembro; nos artigos 2º e 22º do Dec-Lei Nº 212/2006 de 27 de Outubro; nos artigos 5º, 6º e 18º do Dec-Lei Nº 71/2007 de 27 de Março.

<sup>307</sup> Por exemplo, na área do planeamento em saúde.

<sup>308</sup> Também em serviços ou nos próprios ministros da saúde e das finanças.

A generalidade das empresas públicas tem aplicado os contratos de gestão, previstos na legislação recente, e é importante que os hospitais EPE acompanhem esse processo. Para isso é necessário dispor de um modelo específico de avaliação para actuar como critério de decisão sobre a continuidade dos CA e, quando for o caso, para o seu reconhecimento e recompensa.

A fixação de objectivos, para os hospitais e para as suas unidades, não beneficia de informação sólida sobre padrões, resultados atingidos no SNS e em locais de boa prática. Assim possibilita-se *gaming* à gestão, com a informação e com a fixação de objectivos, que impedem a definição e concretização de objectivos mais exigentes, nas diferentes dimensões e níveis de gestão. O modelo de avaliação deve contribuir para ultrapassar este problema no que respeita à performance do hospital.

Não há consequências para a gestão dos hospitais – de topo, intermédia e operacional – como também não se faz a ligação entre políticas de saúde, sua tradução em orientações e objectivos através das quais os hospitais as irão cumprir. Esta situação não beneficia a racionalidade nem viabiliza uma efectiva prestação de contas possibilitando o oportunismo da gestão.

Como vimos anteriormente os restantes mecanismos de controlo da gestão dos hospitais têm problemas o que, em conjunto com a politização, reforça a convicção da ausência de consequências, o que não motiva à introdução de melhorias e à assunção de riscos. Assim, alguns hospitais EPE têm apresentado recorrentemente prejuízos tendo esgotado o seu capital, situação que coloca em risco o próprio modelo.

Por outro lado, a avaliação dos CA pode ainda trazer um conjunto de benefícios para os hospitais:

- a) Melhoria do funcionamento interno do CA e maior coesão em torno da estratégia e da sua concretização;
- b) Melhores resultados quer pelas modificações introduzidas directamente pelo CA, quer pelas induzidas pela replicação do modelo nos níveis intermédio e operacional;
- c) Focalização no que é decisivamente relevante e deve ser medido e avaliado e na criação e desenvolvimento de filosofia de melhoria contínua da *performance*;
- d) Reforço do contrato externo e do cumprimento das leis, missão, objectivos e valores do hospital;
- e) Melhoria da adequação e qualidade da informação sobre *performance* do hospital, assim como da formação e informação disponibilizada aos futuros CA;
- f) Maior racionalidade com redução do corporativismo e da politização de cargos, se a avaliação for sentida como um risco acrescido face à situação actual.

Quanto ao objecto da avaliação frise-se desde já que se trata do desempenho da gestão de topo não o do hospital ou dos restantes gestores e líderes do hospital. A avaliação do CA distingue-se de outras quanto ao âmbito e objecto, as efectuadas pela regulação (ERS), pela agência de contratualização e pela tutela no seu poder de auditoria e inspecção. Por exemplo a contratualização visa o hospital e o contrato de aquisição de serviços, a regulação o cumprimento das regras instituídas quanto à concorrência, ao acesso e à qualidade de recursos, processos e resultados, numa óptica de «advogado» do doente. Porque estas avaliações são complementares e efectuadas por serviços públicos, justifica-se coordenação de esforços e partilha de informação, evitando-se custos desnecessários para os avaliadores e para o hospital.

O modelo de avaliação deverá ser definido por consenso obtido pela participação dos principais interessados, de modo a facilitar a sua aceitação e implementação. O teste do modelo num número

limitado de hospitais EPE, para aferir da sua praticabilidade, e a sua aplicação numa amostra de hospitais no ano inicial facilitarão a sua implantação futura em todos os hospitais.

Já vimos que o avaliador será o BOD se existir ou, no caso contrário, um júri composto por representantes do accionista. O ministério da saúde pode ser representado pela ACSS, para beneficiar da sua visão e conhecimento global, mas principalmente pela ARS. Esta posição justifica-se porque a legislação, artigo 22º do Dec-Lei Nº 212/2006 de 27 de Outubro, comete à ARS: «Orientar, prestar apoio e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados» e «Afectar recursos financeiros às instituições... e acompanhar e avaliar o seu desempenho». Justifica-se ainda por ser a única organização capaz de ligar a formulação da estratégia ao seu acompanhamento e controlo, considerando a necessidade de articulação e coordenação local de cuidados.

Defende-se a avaliação global do Conselho, não de cada um dos seus membros, visto que:

- a) É um órgão colegial, responsável no seu conjunto pelos resultados e melhorias introduzidas no hospital, no seio do qual cada membro está em igualdade, independentemente do seu papel e posição (executivo ou direcção técnica, presidente ou vogal);
- b) O hospital é uma empresa complexa, com gestão difícil e de fácil fraccionamento do CA, pelo que é importante aumentar a coesão, a cooperação e o trabalho de equipa pluridisciplinar no seio do CA (não a concorrência ou “independência”);
- c) Não é fácil distinguir e medir a contribuição individual neste nível de gestão e algumas decisões tomadas pelo conjunto não seriam certamente subscritas por cada membro individualmente.

A avaliação do CA deve começar com o contrato de gestão, a preparação dos documentos estratégicos e demais elementos de prestação de contas, efectivando-se por regra anualmente sem prejuízo do acompanhamento e de apoio em ponto intermédio (semestral). O processo de avaliação será contínuo e em diálogo, pautado por posição do avaliador, de apoio e com objectivo de melhoria.

Na avaliação dos CA será de garantir alguns **requisitos**, do processo e do modelo a utilizar.

Em primeiro lugar importa recrutar gestores com as capacidades e experiência necessárias, garantindo complementaridade e coesão no CA. É essencial clarificar os papéis dos representantes do accionista e do CA. O mandato do Conselho deve ficar escrito incluindo as funções e os compromissos assumidos, assim como os papéis de cada membro e as regras de funcionamento do CA (regimento).

Depois a avaliação dos CA deve ligar-se a um contrato de gestão onde se inclua tudo o que importa para a prestação de contas: orientações estratégicas da tutela, resumo da estratégia e objectivos estratégicos aprovados; contrato-programa; plano de actividades e orçamento; objectivos definidos para a gestão (mandato, ano); modelo de avaliação e suas consequências. Considera-se igualmente essencial a publicação de um código de conduta de gestores do SNS.

Em terceiro haverá que garantir a adequação dos sistemas de informação e de controlo – acompanhamento e análise, auditoria e inspecção –, preparar formação e informação sobre a avaliação para os intervenientes no processo.

Finalmente, a avaliação dos CA deverá contribuir para maior focalização nos resultados do hospital, presentes e futuros, e para o cumprimento da legislação, das regras e valores estabelecidos.

Nota: Defendemos que a definição da estratégia envolve o BOD (representação dos accionistas) e o CEO (que deverá apresentar formulação inicial) e ser participada e partilhada pelos *stakeholders* para atingir envolvimento de toda a instituição. O que implica um processo longo e apoiado no conhecimento do ambiente interno que pode não existir

na assinatura do contrato de gestão. As referências acima feitas (estratégia, objectivos e planos) não anulam o que extensivamente sustentámos e devem entender-se como visando apenas as orientações gerais dos accionistas (início de processo), sem prejuízo de posterior e indispensável desenvolvimento – ver adiante quadro n.º 8.17: Áreas de responsabilidade do CA.

Por isso o modelo de avaliação privilegiará a objectividade e transparência, a simplicidade e a orientação para a melhoria contínua da gestão e dos resultados. O seu conteúdo, quanto às áreas abrangidas e sua ponderação, deve ser aceite e objecto de consenso com os interessados. É ainda desejável que o modelo seja custo-efectivo e que utilize essencialmente informação disponível e indicadores já conhecidos e testados.

A avaliação deverá contribuir para o enfraquecimento do problema de agência, pela diminuição da assimetria de informação e pelo combate ao oportunismo da gestão.

A gestão é um dos *stakeholders*, mas actua igualmente como árbitro, mediador e gestor de *stakeholders*, detendo poder de decisão e influência. Poderá aproveitar para beneficiar da relação de agência e da circunstância de haver múltiplos constituintes com objectivos diferentes e interesses contraditórios, para fazer política, aumentar o poder, diminuir o risco e tentar eternizar-se no poder.

É importante prevenir o oportunismo da gestão e suas consequências, nomeadamente: manipulação da informação de gestão; práticas de “*upcoding*” e “*embelezar*” a informação clínica; multiplicar a inapropriação, seleccionar doentes e doenças; deslocar a despesa para os doentes ou outros serviços.

Uma possibilidade é escolher “*provedores*<sup>309</sup>” para o CA, reforçar o cumprimento – com código de conduta e auditorias –, usar estímulos de reputação e prestígio induzidos pela avaliação da *performance*. Também o reforço dos mecanismos de acompanhamento e controlo externo, assim como a atribuição de incentivos, contribuirão para o alinhamento de objectivos dos gestores com o accionista.

Os objectivos da avaliação do CA terão que ser explicitados e adequadamente comunicados. Em nossa opinião visa-se a melhoria contínua da gestão e dos resultados, do hospital e de todas as suas unidades. Esse desiderato obtém-se pela focalização na concretização da estratégia e dos objectivos contratados, pela adequação da estrutura e dos sistemas de gestão, melhoria de recursos e processos do CA, pelo reforço da cultura e valores que induzam maior cumprimento e orientação para resultados.

### 8.2.3.3. Configuração proposta da avaliação

Descrevemos aqui o que deverá incluir-se e como deverá processar-se a avaliação dos CA.

Para a decisão sobre **o que** incluir na avaliação do CA considerámos as duas grandes áreas de desempenho (resultados, comportamentos/attitudes) e as responsabilidades e deveres do CA.

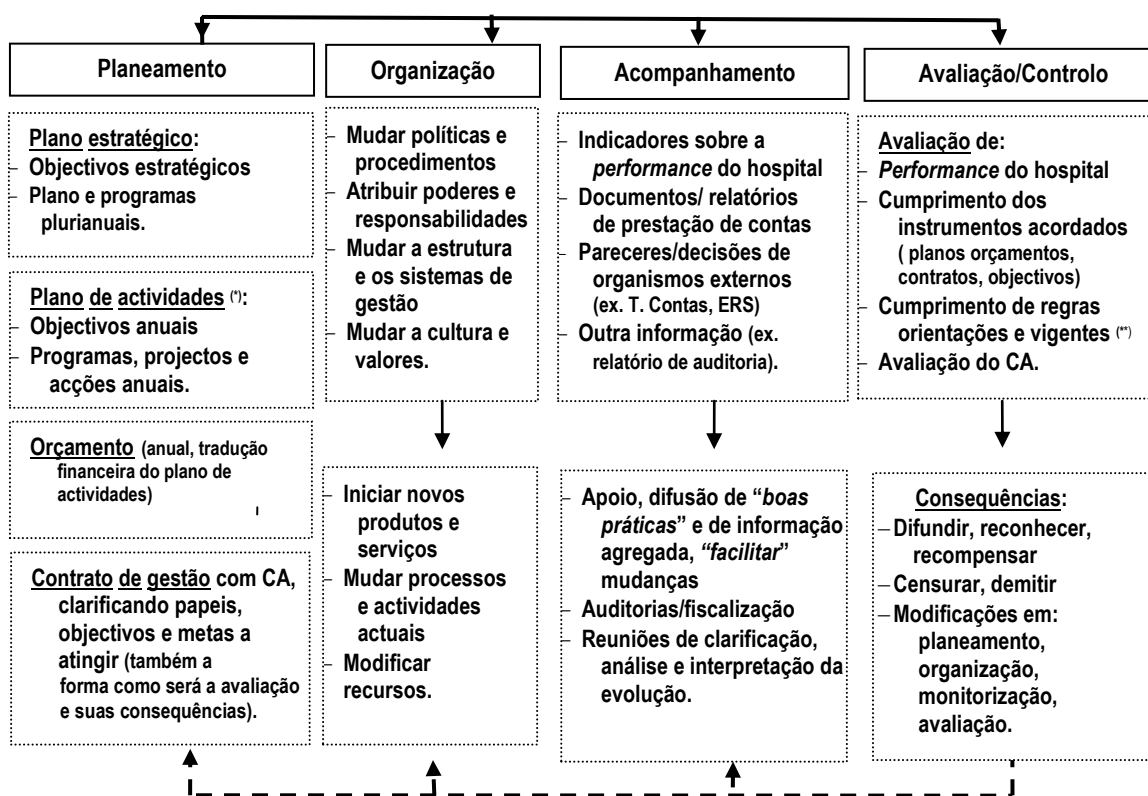
A forma como o CA actuou é objecto de avaliação através de auto-avaliação, de informação recolhida de serviços da tutela e doutra sobre os processos e recursos do CA – regimento, comissões, políticas e procedimentos, etc. Visto que os avaliados são pessoas de elevado gabarito e grande experiência (“*individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado*”, conforme o art. 6º do DL 233/2005), não se justifica atribuir a esta componente uma ponderação elevada nem sujeitar os membros do CA a um processo de avaliação individual e muito detalhado. Parece adequado incluir questões relativas ao modo como o CA funcionou e uma auto-apreciação de cada membro.

<sup>309</sup> Pessoas com alta motivação para defesa do interesse público, melhoria sustentada e preservação do património do hospital.

Antes de analisar o que o CA conseguiu, dos objectivos que lhe foram definidos, é fundamental começar por definir objectivamente os seus deveres e responsabilidades – visto que desempenha um misto de funções, umas integrando o papel normal de um BOD outras que são características de uma equipa de gestão de topo. O CA actua com vista ao cumprimento da missão do hospital e obtenção dos melhores resultados, tendo em conta os objectivos dos principais *stakeholders*. Podemos resumir a seis os deveres do CA: sustentabilidade; qualidade; envolvimento de doentes; desenvolver os profissionais; responsabilidade pública, social e ambiental; melhorar a liderança do hospital.

Gostaríamos de começar por referir duas particularidades da avaliação do CA dos hospitais EPE. Primeiro, todos os membros do CA, incluindo os directores técnicos, são avaliados no seu papel de gestão de topo, até porque no Conselho todos os membros estão em igualdade. Esta avaliação dos directores técnicos como gestores não prejudica outras decorrentes do seu estatuto clínico. Depois, nos hospitais públicos a função acompanhamento ganha um relevo especial, o que é traduzido no diagrama nº 8.1.

**Diagrama Nº 8.1: Planeamento, organização e controlo (descrição sumária)**



O quadro que se segue resume os principais papéis e responsabilidades que o CA é chamado a desempenhar: como BOD – estratega e líder, decisor máximo, controlador e garante do cumprimento, integrador – e como gestão de topo.

### Quadro Nº 8.17: Áreas de responsabilidade do CA

- I. **Desenvolver a liderança do hospital** (próprio CA, restantes líderes sob sua responsabilidade directa):
- Definir a estrutura, incluindo o número e composição das comissões;
  - Nomear e fazer cessar as nomeações de dirigentes e chefias, membros de comissões e grupos de trabalho;
  - Definir, por escrito: as responsabilidades, de cada cargo ou comissão, e as delegações de competências; as expectativas (objectivos e metas); a prestação de contas, da forma de medição e avaliação (padrões, limites de variação) às consequências previstas conforme o nível da *performance*;
  - Melhorar a forma de funcionamento do CA e proceder a autoavaliação semestral.
- II. **Gestão estratégica:**
- Definir a missão, visão, valores e cultura do hospital. Dinamizar e responsabilizar-se pelo processo de planeamento estratégico (planos e objectivos estratégicos, programas e projectos);
  - Assegurar a implementação da estratégia: perspectiva plurianual - objectivos estratégicos, planos e programas plurianuais; no ano - plano, orçamento, objectivos; contrato-programa externo e seu detalhe interno, em cascata;
  - Aprovar políticas e procedimentos gerais;
  - Alterar a estrutura, a divisão de poder (função) e os restantes sistemas de gestão (ex. informação, avaliação, retribuição), dentro do que a lei permite e para facilitar o cumprimento da estratégia superiormente aprovada;
  - Tomar todas as decisões necessárias (essencialmente as estratégicas, de grande impacto e risco).
- III. **Performance económico-financeira e controlo interno** (sem prejuízo das funções do fiscal único):
- Acompanhar e controlar a execução dos instrumentos de planeamento anuais - plano, orçamento, objectivos, contrato-programa;
  - Tomar as medidas necessárias para assegurar a regularidade, o equilíbrio e a sustentabilidade económico-financeira do hospital;
  - Acompanhar e controlar a *performance* de cada serviço;
  - Garantir o reforço do sistema de controlo interno, acompanhando a actuação do fiscal único e da auditoria interna e tomando todas as medidas necessárias à preservação do património e à prevenção e gestão de riscos financeiros (com reflexo patrimonial).
- IV. **Qualidade e segurança:**
- Definir a estratégia e aprovar os programas, objectivos e política de qualidade do hospital;
  - Aprovar a estrutura, nomear os responsáveis (serviços, membros de comissões e grupos) e definir as expectativas;
  - Tomar as medidas necessárias à garantia de qualidade (actos e actividades desenvolvidas) e à segurança de profissionais, doentes, população e meio ambiente;
  - Acompanhar e controlar os resultados de qualidade.
- V. **Informação e comunicação:**
- Assegurar o desenvolvimento do sistema de informação (informática, informação de gestão) previsto na estratégia aprovada;
  - Manter um *Tableau de board* adequado ao acompanhamento e controlo da *performance* do hospital;
  - Garantir a informação necessária a cada utilizador (interno, externo), com a qualidade, frescura e formato pretendido;
  - Assegurar adequada comunicação com os diversos interessados, no exterior do hospital e internamente.
- VI. **Relação com os interessados principais**<sup>310</sup>:
- Garantir que o hospital cumpre adequadamente o seu papel e satisfaz as necessidades dos interessados externos, contribuindo para melhores resultados globais (saúde da população, *performance* do SNS) e para o reforço da imagem do hospital no exterior;
  - Assegurar o cumprimento das políticas e procedimentos de pessoal (ex. recrutamento, segurança e higiene, avaliação, promoção, retribuição, código de conduta do hospital) comunicando e actuando para melhorar a sua motivação, desenvolvimento e satisfação.

<sup>310</sup>Tutela e regulação, doentes, população e seus representantes, profissionais e seus representantes.



Os gestores devem ser avaliados sobretudo em função dos resultados conseguidos, não das capacidades e competências que detêm. Será de considerar:

- a) Os resultados actuais do hospital mas também os futuros (potenciais). Estes podem ser apreciados via melhorias concretizadas nos processos e recursos, antecipando assim o efeito de medidas e transformações que só produzirão resultados depois e descontando os efeitos negativos de medidas que ainda não tiveram consequências no hospital (ou da omissão de actuação);
- b) Os projectos e transformações efectivadas terão impactos futuros positivos na *performance*: através das mudanças agora operadas na estrutura e sistemas de gestão, nos processos e recursos (ex. formação, novo software); melhorias efectivadas facilitam novas mudanças (formação pelo processo, efeito de demonstração, emulação e motivação para assumir riscos) potenciando maior *performance*;
- c) A *performance* do CA deve medir-se também pelo modo como se organizou e funcionou, deu resposta à legislação existente e como liderou – seus efeitos na *performance* dos outros (individual, de serviços) e no clima e cultura do hospital.

Dado o diferimento no tempo entre as decisões (acções) e os seus efeitos em resultados faz sentido medir o cumprimento da estratégia e as melhorias de gestão e liderança em todo o hospital, doutro modo poderia desmotivar-se a tomada de decisões mais difíceis e a assunção de riscos pela gestão dos hospitais. Poderá também usar-se, em complemento, a satisfação dos profissionais como indicador avançado das melhorias de resultados que irão ser conseguidas.

Assim o desempenho do CA deve ser avaliado em três componentes: resultados do hospital, cumprir a missão e atingir os objectivos; mudanças efectivadas pela gestão para melhorar o desempenho futuro do hospital e concretizar a estratégia; actuação do CA.

Quanto aos resultados do hospital importa lembrar e reforçar os motivos por que a *performance* económico-financeira, apenas, não faz sentido num hospital. No entanto, seria igualmente errado ignorá-la ou minorizá-la, por ex., pela realização de investimentos sem a dimensão de sustentabilidade porque, também na saúde, os ganhos devem ser perspectivados e avaliados no médio e longo prazo.

O objectivo último do hospital não é conter-se estritamente nos limites do orçamento nem focar-se exclusivamente em objectivos financeiros, como aliás não o é em qualquer empresa. Mas os objectivos financeiros são sempre importantes, ainda mais em unidades onde há a convicção de haver muito desperdício, como é o caso da maioria dos hospitais, e em período de dificuldades orçamentais do país. Acresce que o cumprimento dos objectivos financeiros e do orçamento pode conseguir-se de modo negativo, com renúncia a atingir o óptimo, damos quatro exemplos: bloquear os investimentos e/ou o desenvolvimento de Serviços, mesmo que sejam exemplares; reduzir os serviços efectivamente prestados (transferir despesas para doentes e outros Serviços); adiar a produção (aumentar lista de espera); fazer “*jogo dos n<sup>os</sup>*”, seja internar quando não se justifica, mas compensa financeiramente.

A avaliação parcelar da *performance* (ex. apenas clínica ou apenas financeira) pode ser negativa porque, potencialmente, errónea, castradora de boas práticas clínicas e de gestão, susceptível de desmotivar os gestores e profissionais dos hospitais. Particularmente o uso apenas de indicadores económico financeiros é susceptível de, por exemplo:

- a) Produzir resultados errados/não equitativos e de não promover a melhoria necessária em: apropriação, coordenação com restantes serviços de saúde, prevenção vs cuidados curativos; gestão global e intermédia, da cultura e valores.
- b) Falhar a melhoria substancial que é necessária: nos sistemas de informação e análise; na motivação e responsabilização da gestão topo e intermédia;
- c) Não alavancar as mudanças na gestão (ex. na cultura) e na estrutura interna.

A mudança a fazer é do tipo global – na gestão do topo, intermédia e operacional – e estratégico, quanto ao prazo, âmbito e abordagem, e não mero ajustamento económico-financeiro, aliás este não se consegue nos hospitais utilizando apenas alavancas económico-financeiras. Assim defende-se a constituição de um verdadeiro *balanced scorecard*, que facilite a articulação da estratégia com a tática e considere os objectivos relevantes, de curto e médio prazo, dos *stakeholders*. O modelo proposto previne o risco de desagregar a base de apoio para a mudança (gestão, clínicos), o que acontecerá se considerarmos apenas resultados económico-financeiros.

Os resultados serão medidos relativamente aos restantes hospitais através de uma bateria comum de indicadores escolhidos dentre os reconhecidos, nacional ou internacionalmente. Para cada indicador haverá valores de referência e padrões, como adiante se discriminará, que orientarão a gestão na proposta de metas anual e permitirão discussão e negociação produtivas com a tutela.

Entre as consequências do desempenho do CA incluem-se incentivos, a prever no contrato de gestão e de acordo com a legislação para as empresas públicas. Da avaliação do desempenho do CA derivarão não só as decisões relativas à manutenção ou termo do mandato mas também as de atribuir ou não incentivos, de modo a promover a focalização no que é importante e a persistência na sua concretização – também para evitar confusão motivacional e prevenir o *gaming*. Será de prever incentivos anuais e de mandato, para contrariar a orientação para o curto prazo, motivar para as mudanças, ainda que difíceis e longas de implementar.

Contudo os incentivos só motivam e moderam a relação entre a capacidade própria – competência, experiência – e o desempenho, pelo que se uma pessoa não tiver os requisitos necessários os incentivos não actuarão (Hilman e Dalziel, 2003). Este aspecto sublinha ainda mais a importância de boa selecção de gestores nos hospitais, para o topo e para as restantes posições de gestão.

Relativamente ao processo da avaliação (como) em primeiro considera-se essencial garantir objectividade mas também alguma flexibilidade e subjectividade, normal na avaliação da gestão.

Na área de resultados do hospital, com peso maioritário no total, a medição far-se-á por recurso a indicadores comuns a todos os hospitais e a avaliação das mudanças cinge-se às verificáveis e com impacto significativo – há flexibilidade e respeito pela autonomia de gestão visto que as mudanças devem constar da estratégia proposta pelo hospital. Na terceira área (“actuação do CA”) há lugar a maior subjectividade mas o seu peso no total será provavelmente pouco significativo.

Dever-se-á ainda equilibrar a objectividade com a flexibilidade e o ajustamento às condições concretas de exercício de cada hospital. Assentando a avaliação maioritariamente nos resultados do hospital, medidos em termos relativos, o efeito do contexto comum é internalizado.

Porém, a gestão parte por vezes de uma situação inicial com grande desvantagem de *performance* quanto ao contexto específico ao hospital. Esta situação pode ser tratada pelo modelo através da classificação como “caso difícil” (ver caixa seguinte).

### Caixa Nº 8.1: Classificação como caso *difícil* e suas consequências

A avaliação da *performance* não é um fim, antes meio para motivar e facilitar a aprendizagem e a melhoria.

Simplesmente a mudança é especialmente difícil nos hospitais, considerando a sua rigidez estrutural, a importância dos poderes informais e da dimensão política (impacto na comunidade, politização e mediatização da saúde). Considerando os riscos envolvidos e o tempo necessário para a melhoria, teremos então que relativizar os resultados atingíveis num ano em hospitais com histórico de má *performance* generalizada, de conflitos e de resistência à mudança. Nestas situações, mesmo quando o sistema de incentivos esteja claramente associado a resultados, é ainda mais importante que o apoio e o enquadramento externo sejam favoráveis, mostrando o *gap* nas diferentes dimensões<sup>311</sup>, facilitando as mudanças no hospital e usando todos os instrumentos de enquadramento e controlo para facilitar o sucesso.

Um modelo de avaliação da *performance* relativa tende a ser mais equitativo que a simples análise do cumprimento dos objectivos, mormente em hospitais que se afastam significativamente da média.

A avaliação dos CA deve considerar a dificuldade acrescida daqueles hospitais, aferindo incrementalmente os resultados<sup>312</sup> ou recorrendo a mecanismos específicos de ajustamento via ponderação e valorização dos resultados. Neste modelo de avaliação dos CA optamos por considerar isoladamente os “casos difíceis” permitindo que os resultados do hospital tenham ponderação ligeiramente inferior, a qual reforçará a pontuação obtida através do cumprimento de um plano de melhoria substancial da *performance* acordada com o accionista – ligado à segunda área, mudanças implementadas cuja ponderação aumenta na exacta medida em que aquela diminuiu.

A consideração de situações especiais (“casos difíceis” para o CA) integra uma perspectiva (estratégica) de mudança (ajudar na definição da estratégia, facilitar e apoiar a concretização das mudanças profundas contratualizadas) e pode processar-se assim:

- 1º Avaliação inicial considerando: valor relativo da *performance*; evolução da *performance* (tendência); problemas e dificuldades conhecidos do hospital.
- 2º Com base nessa avaliação acordar com o CA as mudanças a implementar, a incluir em plano estratégico ou no plano de actividades conforme a sua natureza e prazo, e determinar se estamos perante um caso normal ou “difícil” (para efeitos de avaliação do CA).
- 3º Sendo caso “difícil” acordar em “Programa de melhoria substancial de *performance*” (contendo as metas e as medidas, escalonadas por anos) e definir as metas específicas a fixar ao CA (modelo de avaliação).

A inclusão da actuação concreta do CA e avaliação como “caso difícil” permitem considerar factores não esperados ou específicos com que o CA se debateu.

Assume-se que a avaliação dos CA deve ter uma perspectiva mais de pilotagem que de mero controlo.

Os resultados do hospital são função de boa gestão, vista numa perspectiva estratégica e de melhoria contínua, a concretizar nos diferentes serviços através do alinhamento de objectivos, da integração de visões e da gestão da mudança. As especificidades dos hospitais impõem consensos e integração de objectivos, que as perspectivas parcelares inviabilizam, até porque sofreram evolução considerável no sentido de maior complexidade e maior autonomia de gestão, de serviços para empresas.

O controlo apenas económico-financeiro não é suficiente sendo necessário evoluir do seguinte modo:

- a) Assentar na estratégia, constituindo verdadeira pilotagem com orientação para o futuro e não apenas para orçamentos. Será essencial coordenar localmente as estratégias dos hospitais e garantir que cada um integra os cuidados com os restantes serviços de saúde; com organização em rede, não pode cada um dos serviços ter como estratégia garantir a resposta a cada uma das necessidades, menos ainda através de unidades subprodutivas e insustentáveis;

<sup>311</sup> E apontando as alternativas explicitando os exemplos de *boa prática* e locais onde *performance* superior é atingida.

<sup>312</sup> Como por exemplo no já célebre modelo das “diferenças das diferenças” do Prof. Miguel Gouveia.

- b) Apoiar e coordenar a acção aos diferentes níveis, sobretudo com a gestão interna do hospital. O apoio deve começar na definição de objectivos<sup>313</sup> e no estabelecimento de prioridades de mudança – acções e mudanças (recursos, processos, capacidades) para atingir objectivos. O acompanhamento deve facilitar a melhoria de resultados no hospital e reforçar as mudanças necessárias (apoiar a gestão com vista ao sucesso);
- c) Associar aos objectivos consequências, globais, para Serviços e profissionais. O acompanhamento faz-se por monitorização (medir e comparar com valores de referência) e pela exigência de explicação para os desvios e de explicitação das decisões previstas, prévia à análise conjunta onde os resultados são avaliados e as acções correctivas são identificadas.

Importa ainda discutir brevemente a opção por avaliação relativa de resultados face ao grau de cumprimento de metas do hospital.

Defendemos, por excepção, a valorização do cumprimento das metas para toda a produção com o objectivo de incentivar o CA ao cumprimento do contrato programa – no pressuposto de que reflecte globalmente a produção necessária e a melhor utilização da oferta existente, tendo sido objecto de distribuição apropriada por hospitais e serviços em função do custo de produção, da qualidade e da melhor acessibilidade aos doentes e à população.

Mas esta alternativa não deverá ser entendida sem mais no restante:

- i) Obriga a afastar previamente questões de objectividade e equidade da classificação. Apresentamos três exemplos: hospital X no GDH i tem 6 dias de demora média (previu 7, é *bom?*), enquanto o hospital Y teve os mesmos 6 mas previu 5 (não é *bom?*); a greve geral dos médicos no ano anterior foi mais seguida no hospital Z, como habitualmente, pelo que a produção e a eficiência sofreram mais. O actual CA, nada fazendo, tem maior incremento, face ao ano base, e cumpre facilmente os objectivos; o hospital “*campeão*” teve, no ano anterior, *performance* que dista 20% do segundo (100 e 80). Agora diminuiu 10% (meta era valor idêntico) e o 2º cumpriu a meta e aumentou 10% – devemos premiar o segundo e não o primeiro? (Nota: 2 hospitais têm agora 90 e 88)
- ii) Obriga a questionar se a pontuação não foi influenciada decisivamente pelo valor fixado e, logo, pelo discernimento da tutela ou pela capacidade de negociação do CA;
- iii) Obriga a maior exigência quanto ao cuidado a ter na fixação do valor, que, tanto quanto for possível, deverá aparecer como o valor “*ideal*”. Por vezes verificam-se valores substancialmente diferentes sem que seja fácil discernir quais os melhores para a comunidade e para o SNS (ex. custo unitário face ao que é efectivamente feito, à qualidade e eficácia das intervenções).

A utilização do modelo proposto, incluído em contrato de gestão, permite compatibilizar o cumprimento estrito de metas, onde estas sejam decisivas, com a *performance* relativa do CA – motivando para melhoria contínua, facilitando a definição subsequente de metas e a sua análise. Esta opção é mais potente pois considera os problemas actuais – qualidade da informação, inexistência de padrões, dificuldade de definir metas – numa perspectiva mais exigente e capaz de conduzir a rápida ultrapassagem daqueles problemas.

Passaremos de seguida a uma descrição mais pormenorizada do processo, nomeadamente quanto à forma de medição, aos indicadores e padrões.

---

<sup>313</sup> Daí a importância de dispor de informação doutros hospitais sobre todos os indicadores relevantes.

A avaliação dos resultados do hospital recorrerá essencialmente à informação já disponível. A sua recolha processa-se directamente no sistema, onde serão incluídos os resultados de questionários de satisfação, ou através de resultados de auditorias e inspecções. Haverá que recolher informação relativamente às restantes áreas, medidas implementadas e actuação do CA. Nesta recorrer-se-á, previsivelmente, a questionários de auto-avaliação do CA e outra informação sobre o funcionamento do Conselho, incluindo elementos recolhidos por serviços da tutela, a auditorias e a resultados de questionários de satisfação do pessoal. Os questionários de satisfação, de pessoal e de doentes, deverão ser executados por entidades independentes com recurso a instrumentos com metodologia e conteúdo normalizados.

O CA é o órgão de topo e o líder máximo do hospital, por isso a sua actuação é especialmente exigente e terá que ser exemplar no que respeita a: cumprimento estrito das suas responsabilidades e efectiva prestação de contas pública; respeito pelos princípios da gestão hospitalar, bem como pelos aplicáveis às empresas públicas, conforme RCM N° 49/2007 de 28 de Março, e cumprimento dos deveres e código de conduta dos gestores do SNS.

Com vista a facilitar o processo de avaliação e a reforçar a transparência e a prestação de contas pública cada hospital colocará no seu *sítio* a seguinte informação: *curriculum vitae* dos elementos do CA; missão, visão, valores e objectivos estratégicos; estatísticas de produção; resultados de inquéritos de satisfação; relatórios de actividades. Publicará ainda na *intranet*, ficando acessíveis aos membros do júri de avaliação, as decisões de gestão mais relevantes do CA, de acordo com as actas das suas reuniões.

A avaliação pressupõe que se explicita o modo como decorrerá e suas consequências, a concretizar através da inclusão de resumo no contrato de gestão e dando conhecimento prévio ao CA de: modelo completo, incluindo indicadores e sua fórmula de cálculo, ponderações, etc; quem, como e quando intervém nas diferentes fases do processo; consequências para os diversos níveis de *performance*, em reconhecimento e publicitação de resultados, recompensas e renovação do mandato.

Serão definidas metas para cada uma das áreas e indicadores, de modo a extrair todos os benefícios do processo – discussão no CA (atingido e atingível), proposta, discussão com a tutela, aprovação final –, seja na aprendizagem sobre cada objectivo, seja na melhoria da informação e do próprio modelo. Igualmente ficarão acordados os programas e projectos a desenvolver, de âmbito operacional ou estratégico, incluindo o “programa de melhoria substancial” associado a um “caso difícil”.

O modelo trata a *performance* relativamente a hospitais semelhantes, disponibilizando informação sobre:

- i) *Performance* doutros hospitais;
- ii) Relação com a *performance* obtida pelo SNS no ano anterior e em hospitais semelhantes;
- iii) Posição do hospital e do CA face aos restantes;
- iv) Outra, visando a aprendizagem, a comparação da *performance* e a promoção do *benchmarking* em processos relevantes.

O CA efectuará auto-avaliação semestral em reunião marcada exclusivamente com esse objectivo. O anexo à acta do Conselho, a remeter informaticamente para a ARS no formato predefinido, resumirá a análise e conclusões, contendo em anexo: quadro com os valores que traduzem a

*performance* do hospital e respectiva explicação; pontos fortes e fracos da *performance* do CA e medidas programadas para melhoria; declaração de cumprimento das regras e normas vigentes, indicando as áreas em que não o fez e porquê (“*comply or explain*”).

Na sequência desta informação poderá pedir-se ao CA que defenda presencialmente a *performance* obtida e o programa de melhoria e, eventualmente, confirmar a fiabilidade da informação transmitida.

Os objectivos e indicadores serão seleccionados em função da sua relevância, em 4 critérios: representação adequada das responsabilidades e papéis principais do CA; corresponder a *gap* significativo (prioridade a focalizar); permitir o detalhe e a definição em cascata (CRI, Serviços, especialidades); facilidade de apreensão e motivação pelo CA e gestores.

A avaliação dos objectivos ligados aos *resultados do hospital* deverá fazer-se directamente através do modelo, considerando os valores obtidos face aos contratados – metas, expressas percentualmente de zero a 100% – e por comparação com os dos hospitais semelhantes. Pelo contrário nas *medidas implementadas* e na *actuação do CA* a pontuação será atribuída pelo júri a partir de informação recolhida antes e durante a entrevista de avaliação. Em todas as áreas a classificação será atribuída em escala percentual (0 a 100%) para cada objectivo.

A classificação nos indicadores incluídos nos *resultados do hospital* deverá fazer-se do modo seguinte: cada objectivo constituirá um índice, classificado de zero a 100%, resultante da conversão de valores de cada indicador e considerando a respectiva ponderação; essa conversão far-se-á por tabela de utilidade que transforma a pontuação de cada indicador (escala de zero<sup>314</sup> a 120) nos valores percentuais a utilizar para agregação no índice.

**Tabela nº 1: Conversão de valores dos indicadores de Missão**

<i>Referência para valor dos hospitais semelhantes (n-1 = ano anterior)</i>	<b>Pontuação do Indicador (0-120)</b>	<b>Classificação do Indicador (0-100%)</b>
<b>Entre zero e média (n-1)</b>	Proporcional	Proporcional (ponto = 0,075)
<b>Média (mediana) HH (n-1)</b>	80	60%
<b>Entre média (n-1) e desejável (n)</b>	Proporcional	Proporcional (ponto = 0,01)
<b>Valor desejável para ano (n)</b>	100	80%
<b>Entre a média e ideal (n)</b>	Proporcional	Proporcional (ponto = 0,01)
<b>Valor considerado ideal (n)</b>	120	100%
<b>Valor acima do ideal (n)</b>	120	100%

Esta forma de pontuar os indicadores – relativamente aos valores de hospitais semelhantes (nacional), do ano anterior e actual –, permitirá:

- Dispor de amostra suficiente de hospitais e não “*prejudicar*” hospitais de regiões com melhor *performance* genérica;
- Facilitar a comparação automática da pontuação dum indicador com outros hospitais (0-120) permitindo, simultaneamente, seguir o valor do indicador ao longo do tempo no hospital<sup>315</sup> (valor real, valor relativo ou seja na escala 0-120) – sendo que a conversão para os valores reais de cada período se faz por operação aritmética simples (em qualquer hospital ou região);

<sup>314</sup> Valor considerado como mínimo possível.

<sup>315</sup> Comparação do próprio hospital face a períodos anteriores faz-se através dos valores reais (ex. 24/20= + 20%).

- c) Dispor de pontuação compreensível e facilmente replicável em cascata (explicação de valores e de variações). A pontuação facilita a inclusão directa em *Tableau de Bord* do CA, com as referências visuais já consagradas (verde/amarelo/vermelho consoante a relação com as metas<sup>316</sup>);
- d) Obter índices que, com facilidade, permitam definir os objectivos prioritários e as áreas de eleição – através dos valores relativos de cada indicador (0-100%) e sua comparação com a meta;
- e) Manter base de dados com valores atingidos (reais e realistas) para auxiliar na fixação de metas, para comparação e eventual *benchmarking* pelos hospitais.

Os indicadores serão seleccionados de modo a privilegiar a: facilidade de compreensão, motivo por que excluímos os rácios e índices de maior complexidade, ainda que abrangentes; relevância e maneabilidade por **todos** os CA – por exemplo será de excluir a “idade média das instalações e equipamentos” para não beneficiar mais<sup>317</sup> os hospitais novos face aos antigos.

Deverá haver a preocupação de ser consistente definindo os indicadores na forma de “*mais é melhor*”. Todos os indicadores terão uma meta quantitativa, uma data e um padrão de referência – na falta de padrão aceite utilizar-se-á o valor “*ideal*” definido neste modelo para o SNS e ano em curso. Nos indicadores em que se justifique<sup>318</sup> será de procurar clarificar a sua curva de utilidade (via consenso de peritos e para constituir verdadeiro Modelo Multi-atributivo de Utilidade), determinando: 1º Sentido de evolução da utilidade com a variação do indicador; 2º Intervalos de variação associados à utilidade (100%-75%-50%-25%-0%), considerando variação proporcional da utilidade dentro de cada intervalo.

Considera-se desejável a explicitação dos valores limite de variação aceitável para cada indicador e relativamente às metas acordadas, dentro desse limite considera-se que a meta foi cumprida, apesar de a ultrapassar ou ficar ligeiramente aquém (ex. 5% do valor).

A viabilidade do modelo depende da compreensão e aceitabilidade para os gestores e tutela, que irão ser envolvidos na avaliação dos CA, também por acções de divulgação e de formação inicial.

Para garantir a praticabilidade do modelo em todos os hospitais houve a preocupação de seleccionar indicadores de *resultados do hospital* que possam obter-se directamente do sistema informático dos hospitais e de escolher indicadores já conhecidos e tanto quanto possível comuns aos usados para monitorização e controlo dos hospitais.

Deverá ainda ficar claro que a ocorrência de falhas importantes na informação do hospital, detectadas através de auditorias ou doutro método, como sejam a omissão de registos, forjar dados ou praticar “*upcoding*” por exemplo, constituem violações graves do código de conduta dos gestores que se sobrepõem a qualquer avaliação, tanto mais que a falta de fiabilidade da informação a inviabiliza, podendo por isso determinar a imediata cessação da comissão de serviço. Os hospitais terão que cumprir o período definido para validação da informação, por ex. 15 dias após o término do período, salvo no fim do ano que seria de 30 dias.

O “*programa de melhoria substancial de performance*” será avaliado do seguinte modo: ponderação acrescida correspondendo a diminuição nos *resultados do hospital* no mesmo valor (até 5%);

<sup>316</sup> Como cada meta está predefinida em valor relativo (0-100%) a comparação e classificação (semáforo) pode ser automatizada.

<sup>317</sup> São naturalmente beneficiados nos objectivos de satisfação.

<sup>318</sup> Onde se possam constituir incentivos perversos como seja, por ex. perseguir demora média ou stocks **demasiado** baixos.

considerando o grau de cumprimento (% das metas cumpridas), as condições de partida e os factores específicos que influenciaram os resultados (quando existam).

#### 8.2.4. Conclusões

Analizados os mecanismos de controlo interno dos hospitais EPE encontrámos debilidades:

- a) Tem faltado uma verdadeira estratégia, nos hospitais e nos seus CRI, participada e clinicamente informada, que permita orientar a mudança e limitar as decisões não fundadas na racionalidade. Não tem havido prestação de contas pelo cumprimento dos documentos estratégicos apresentados pelos hospitais;
- b) A cultura e valores são as herdadas de anos de gestão SPA, com burocracia, rigidez das carreiras de função pública, sem suficiente orientação para o doente e para resultados a atingir. Assim este mecanismo de integração e controlo não funciona adequadamente;
- c) Nalguns hospitais instituíram-se unidades de gestão intermédia (CRI), mas a sua aplicação foi algo mecânica e genérica muitas vezes sem garantir as condições para o sucesso;
- d) Houve alguma evolução positiva nos sistemas de gestão, nomeadamente na informação. Porém, por regra, os incentivos, a avaliação dos profissionais e da *performance* dos serviços permanecem inexistentes ou ineficazes.

Quanto ao controlo externo dos hospitais EPE encontramos várias limitações, face ao recomendável para as experiências de empresarialização de hospitais.

Relativamente ao ambiente concorrencial não há qualquer exposição ao mercado de capitais, há oligopólio nos mercados de materiais e serviços externos e não existe um verdadeiro mercado de trabalho.

Verifica-se alguma concorrência no mercado dos produtos, nomeadamente nos grandes centros, coexistindo com monopólios naturais em determinadas áreas – não há risco de falência.

Não foi suficientemente promovida a captação de receitas fora do SNS.

Ao contrário do recomendável pouco se fez para reduzir a assimetria de informação nas relações hospital-consumidores e hospital-accionista.

O financiamento promove a ligação dos recursos à produção e gera risco para os hospitais e suas unidades, embora padeça de algumas limitações e problemas.

A contratualização apresenta diversas insuficiências e não procede a efectiva avaliação das prestações contratadas.

Não existe, como se verifica no NHS, um conjunto de metas nacionais para os hospitais EPE em áreas que assegurem equidade e qualidade mínimas.

Também não existe uma função estruturada de apoio à gestão dos hospitais e o acompanhamento apresenta problemas, quer na contratualização quer na função accionista.

As auditorias realizadas por IGAS, IGF e Tribunal de Contas são positivas, embora com limitações quanto à frequência e âmbito. As previstas para a ACSS na área económico-financeira não acontecem.

Dadas as debilidades do controlo externo a avaliação de gestão ganha ainda maior importância, diríamos mesmo imprescindibilidade.

Analisámos a opção por BOD em hospitais EPE face à situação actual, procedemos ao enquadramento e definição de objectivos e delineámos a configuração proposta para a avaliação dos CA.



## Capítulo IX - Síntese do Enquadramento dos Hospitais EPE

Esta *síntese* tem como objectivo apresentar as conclusões relevantes para a avaliação dos CA dos hospitais EPE e fazer a ponte entre a análise teórica e a construção prática do modelo de avaliação.

As teorias da governação permitiram-nos compreender as falhas que impedem os mercados e o Estado de atingirem um óptimo na produção de bens, privados e públicos, e quais as soluções que foram propostas.

A defesa do mercado e da concorrência são pontos essenciais da teoria neoclássica. Pelas características específicas da saúde e dos hospitais – produção de bens não privados, com características especiais e onde prevalece uma importante assimetria de informação em desfavor dos consumidores e dos accionistas –, justifica-se um mercado “regulado”. Assim, haveria que actuar sobre o enquadramento externo, criando um ambiente que favoreça boas decisões e bons resultados, o que pode conseguir-se através da regulação, de difusão de informação sobre a oferta e sua *performance* e pelo funcionamento de mecanismos que substituam o mercado, como sejam um sistema de financiamento, um contrato de aquisição de serviços, a avaliação da qualidade e da *performance* dos serviços. Internamente o controlo accionista deveria começar com um bom recrutamento de gestores (evitar a selecção adversa) e prevenir o risco moral através de um enquadramento adequado da unidade que inclua um contrato de gestão ligado a incentivos, a aprovação da estratégia e de orientações gerais, a avaliação e o controlo da *performance* da gestão.

A teoria da agência centra-se na necessidade de garantir alinhamento entre os interesses dos accionistas e da gestão, evitando os problemas de agência através de: monitorização e controlo, externo e interno (governação, avaliação da *performance* das unidades e da gestão, sistema de controlo interno); contratos para a gestão e para os profissionais, no respeito pelo contrato de prestação de serviços (contrato programa); incentivos para gestores e profissionais, para evitar o oportunismo e motivar para o cumprimento dos contratos.

Também a teoria dos custos de transacção sublinhou a importância dos incentivos para gestores associados aos objectivos definidos para a empresa ou unidade. Da teoria dos direitos de propriedade destacamos: incentivos associados a um contrato de gestão e controlo via aprovação da estratégia e emissão de orientações gerais; definição do ambiente e dos sistemas internos pela gestão; apoiar, monitorizar e avaliar a gestão. A teoria da fixação de objectivos realçou a importância de definir objectivos exigentes à gestão global e de os replicar para os diversos níveis e unidades.

A partir da teoria dos *stakeholders* extraímos as seguintes conclusões: perante a discricionariedade da gestão requerem-se incentivos e controlo; a gestão deverá integrar os objectivos dos *stakeholders* e ter uma actuação ética e consistente no longo prazo; na AP dever-se-á melhorar os sistemas de informação e análise, fixar objectivos associados a incentivos e, quando possível, efectuar medição relativa da *performance*. Concluimos da teoria da escolha pública que se justifica utilizar incentivos, contratos e outros mecanismos de acompanhamento e controlo, para prevenir o oportunismo dos burocratas e a captura por grupos de interesses. Da teoria da provedoria frisamos a necessidade de recrutar gestores competentes com características de *provedores*, actuando embora como se não os houvesse.

Na governação e avaliação das empresas analisámos primeiro os papéis da governação (BOD) e gestão, depois a avaliação, os incentivos e a cultura.

Relativamente ao BOD ficou clara a sua importância quando se verifica elevada dispersão accionista ou grande complexidade externa, porém perde relevância quando o mercado não funciona e há accionistas dominantes ou únicos, como é o caso dos hospitais EPE. Aqui encontramos grande complexidade interna que requer envolvimento da gestão operacional e dos profissionais, que são os peritos, e que exige uma gestão de topo a funcionar como um *conselho* para determinadas decisões, drásticas (estratégicas, de relacionamento externo) ou importantes, pelo valor envolvido ou impacto.

Quando não funcionar um BOD autónomo as suas funções deverão passar para os accionistas, tutela ou regulador próprio, consistindo nomeadamente na nomeação e avaliação da gestão, na aprovação da estratégia e do plano de investimentos, em ser o responsável último pelo controlo, pela salvaguarda de activos (tangíveis, intangíveis) e pela qualidade da informação.

A medição da *performance* requer a definição clara dos objectivos e metas e incluirá: resultados nas áreas essenciais e sua relação com os recursos usados; alinhamento dos objectivos com a estratégia; conjunto equilibrado de medidas, quantitativas e qualitativas, financeiras e não financeiras, com foco externo e interno, de curto e longo prazo, considerando os objectivos dos diversos *stakeholders*; a melhoria contínua bem como o aperfeiçoamento da gestão. A especificidade dos serviços vem ainda reforçar o carácter multi-dimensional da *performance* e a necessidade de integrar os objectivos dos clientes e dos profissionais.

A avaliação da *performance* é fundamental para garantir uma actuação da gestão que propicie bons resultados e sustentabilidade da empresa no longo prazo, o que passará pelo desenvolvimento dos profissionais, pela satisfação dos clientes, pela adequação da estrutura e dos sistemas, pela melhoria contínua da qualidade, dos processos e dos resultados. Da avaliação passa-se à gestão de *performance*, onde os objectivos e metas são utilizados para sinalizar o que é importante, onde as pessoas se devem concentrar (prioridades) e como optar entre acções, actuando como motivação intrínseca, meio de comunicação e prestação de contas e, ainda, como meio de coordenação horizontal e vertical.

O *balanced scorecard* (BSC) segue os requisitos enunciados para medição de *performance*, combinando objectivos diversos e integrando várias perspectivas: económica/racional, política/sistémica, estratégica. O BSC é também um facilitador exemplar da formulação e da execução da estratégia.

Há consenso sobre a avaliação (auto-avaliação) do BOD com base no desempenho das suas atribuições – de representação e certificação dos mecanismos de defesa dos interesses dos *stakeholders* (accionistas e outros) – e não com base na produção de resultados que são mediados pela gestão. Quanto à avaliação do CEO há posições díspares na literatura mas verifica-se unanimidade quanto a: estar ligada aos resultados da organização; importância da formulação e concretização da estratégia; carácter multi-dimensional da *performance*; inclusão da liderança e da forma como a gestão actuou.

Existe capacidade de substituição entre os mecanismos de controlo pelo que o uso de mecanismos mais *soft*, como os incentivos e a cultura, ganha uma importância acrescida.

Os incentivos apresentam vários benefícios, nomeadamente: dirigir os esforços e motivar para maior *performance* e melhores comportamentos; promover o desenvolvimento das pessoas, a cooperação e a partilha de informação com vista à concretização de objectivos; aumentar a autonomia e satisfação das pessoas; aumentar o comprometimento com os objectivos e valores da organização. O sistema de incentivos deve ser: alinhado com a estratégia e objectivos da organização; suportado em sistemas sólidos de informação, medição e análise; equilibrado com a motivação intrínseca, que é a mais importante; congruente com a cultura e valores; viável financeiramente.

A cultura actua o tempo todo, em todas as pessoas e locais. É mais eficaz que o controlo tradicional, sobretudo quando os profissionais são altamente qualificados, autónomos nas tarefas e nas decisões operacionais e quando é difícil medir os resultados e relacioná-los com os recursos – como é o caso dos hospitais. A cultura do hospital terá que ser congruente com os valores essenciais dos profissionais, podendo então gerar o benefício adicional de unificar as perspectivas clínicas e de gestão.

Na produção e avaliação na AP vimos que os mecanismos públicos tradicionais não se adaptam à complexidade de produção, à inovação constante e à produção interligada, interna e externamente, que caracterizam os hospitais. Em contrapartida, as reformas da designada NGP constituem uma oportunidade para melhorar a *performance* e adequar os hospitais às necessidades que visam satisfazer.

Os gestores públicos actuam num ambiente com menor risco que as empresas e com diferente necessidade de controlo: mercados não funcionam ou afastam-se substancialmente da concorrência perfeita; não há risco de falência, de aquisição hostil ou de perda de valor das acções e opções; não há mercado de gestores públicos; avaliação da *performance* é inexistente ou sem consequências, o controlo accionista não se faz sentir. Podem no entanto queixar-se, entre outros, do ambiente de ambiguidade que resulta da multiplicidade de objectivos e perspectivas dos inúmeros principais, da *performance* difícil de medir que dificulta a percepção de incentivos, da politização e da partidarização de cargos. Aqui impõe-se preservar a responsabilidade ministerial e, simultaneamente, prevenir a selecção de gestores menos capazes pressionada pelos partidos – um Comissário para as Nomeações Públicas, a exemplo do que funciona no Reino Unido (*Commissioner for Public Appointments*), seria uma boa solução.

Concluimos que nas empresas públicas devemos começar por definir com clareza a missão, seleccionar cuidadosamente os gestores e profissionais, valorizar a gestão por objectivos, a fixação de metas exigentes e a prestação de contas perante os accionistas e outros *stakeholders* – a avaliação da *performance* integrada num contrato com a gestão de topo impõe-se. Registámos ainda que a avaliação relativa permite contornar a dificuldade de avaliar a *performance*, reduz a selecção adversa e o risco moral. A avaliação dos gestores públicos, quando associada à publicação de informação sobre *performance* e a incentivos em função dos resultados obtidos, reduz a assimetria de informação e motiva os gestores à melhoria e à promoção das transformações necessárias. Um código de conduta prevenirá comportamentos inapropriados e excessos de discricionariedade da gestão.

A análise da especificidade dos hospitais e da sua avaliação trouxe-nos conclusões importantes relativamente à sua gestão, às questões da empresarialização, da estratégia, dos incentivos e da avaliação da *performance*.

A natureza e as características do hospital dificultam a sua gestão: o seu objecto é a pessoa e a sua saúde; a procura não programável tem peso elevado; a produção é de grande volume mas executada à medida das necessidades de cada doente; os profissionais são altamente qualificados, especialistas na sua área, autónomos e com elevado prestígio e poder; a racionalização é prejudicada pelo poder de monopólio bem como pela politização e mediatização a que estão expostos os hospitais. A gestão do hospital público apresenta dificuldades especiais pois, ao contrário das restantes empresas, existem duas linhas de autoridade (clínica, de gestão) e múltiplos principais com objectivos conflituantes, o poder da gestão está fraccionado externamente (na tutela e compradores) e internamente, com múltiplos gestores operacionais, comissões e órgãos técnicos que não domina. Este quadro agrava-se pela debilidade dos sistemas de gestão (ex. informação, avaliação), pela dificuldade de ligar resultados a recursos, pela inexistência de contrato de gestão e de consequências da avaliação de *performance*.

Por isso justifica-se actuação concertada da tutela e accionistas, de compradores e reguladores, com vista a: criar um ambiente externo que introduza o risco e favoreça bons resultados; definir contratos e controlá-los, onde a avaliação da *performance* da gestão assumirá uma importância fundamental tanto mais que vários mecanismos de controlo das empresas não funcionam na gestão dos hospitais e a regulação de saúde está apenas a dar os primeiros passos.

A empresarialização dos hospitais nos países da OCDE provocou mudanças no ambiente hospitalar que conduziram a maior importância da gestão da *performance*: externamente, houve melhorias na medição, avaliação e controlo do contrato de gestão e do contrato programa; internamente, foram introduzidas melhorias nos contratos internos com a gestão, intermédia e operacional, e na sua avaliação.

Podemos assim concluir que a estratégia é um mecanismo essencial na gestão hospitalar, para dar direcção e unificar, mas também para enquadrar e orientar para resultados, para integrar as diversas unidades e níveis de gestão – pelo que a estratégia surge como o papel essencial da gestão de topo.

Os incentivos poderão facilitar a mudança estratégica, a assunção de riscos, o comprometimento com os objectivos e comportamentos visados pela gestão de topo, assim contrariando a dualidade de objectivos, a cultura fraccionante e orientada para os profissionais, que caracterizam normalmente o hospital. Os incentivos dirigidos a grupos e equipas permitem contornar a dificuldade de avaliação da *performance* individual, diminuir os custos com sistemas (informação, análise, retribuição) e, ainda, reforçar a cultura de grupo, de cooperação e de aprendizagem contínua, entre outros benefícios.

Da avaliação da *performance* dos hospitais não lucrativos em países de referência concluímos que não há uma medida única de *performance*, esta assume um carácter multi-dimensional. Insere-se num conjunto de instrumentos promotores de melhoria de resultados (multi-instrumentação) em que se incluem, entre outros, a estratégia, os incentivos, a cultura, a comparação de resultados e o *benchmarking*. O modelo de avaliação da *performance* integra aspectos comuns, ligados à missão dos hospitais, e aspectos específicos decorrentes de cada estratégia e ligados à sua visão, pelo que faz sentido serem tratados separadamente na avaliação da gestão.

O BSC é um bom modelo e um instrumento útil nos hospitais, visto que: permite incluir as principais dimensões da *performance*, a perspectiva interna e de processos, a contribuição dos *stakeholders* (clientes, profissionais), a eficácia organizacional e a área financeira, aqui incluindo a actividade e eficiência global; facilita a concretização da estratégia, a ligação entre objectivos e metas, a

formação, a comunicação e partilha de informação, a descentralização, a autonomia e a prestação de contas.

Relativamente à avaliação da *performance* do CEO dos hospitais concluímos que, nos países de referência, a flexibilidade da avaliação e da carreira do CEO leva a diferenças nos objectivos, nas metas, nos indicadores e na sua ponderação e, como os papéis e enquadramento são diversos, não há um modelo único para a sua avaliação – assim não se recolhem os benefícios de avaliação relativa, de comparar a *performance* e de difundir boas práticas de gestão. Esta avaliação requer: clarificação de papéis, poderes e responsabilidades da gestão; definição das finalidades, da metodologia, da informação necessária, dos intervenientes e das consequências da avaliação; fixação de objectivos, metas e acções específicas a desenvolver.

Analisando a evolução do SNS e dos hospitais públicos Portugueses tirámos duas conclusões:

- a) O ambiente de reforma do NHS não foi acompanhado pelo SNS: não há efectiva regulação de qualidade nem um regulador para os hospitais empresa; não funcionam plenamente os mecanismos de monitorização, avaliação e controlo dos contratos programa e dos contratos de gestão; o papel dos CSP nos cuidados é menor e na aquisição de serviços é inexistente; não há metas nacionais, com análise e difusão pública; os incentivos não funcionam (salvo em USF) e a avaliação da gestão também não; a tecno-estrutura do SNS é limitada;
- b) A empresarialização dos hospitais em Portugal ficou marcada: genericamente, pelos problemas da AP Portuguesa – politização, centralismo ineficaz, burocratização, legalismo e excesso de regulamentação, confusão de papéis entre órgãos e níveis de decisão; especificamente, por muito voluntarismo e politização, por superficialidade e pouca estruturação, deficiências nos mecanismos de acompanhamento, avaliação e controlo.

Quanto à avaliação e controlo dos hospitais públicos Portugueses encontrámos limitações no controlo:

- a) Interno: ausência de verdadeira estratégia, clinicamente informada; limitações na estrutura de gestão intermédia; ausência de avaliação de profissionais, de gestores e de serviços; inexistência de incentivos; cultura administrativo-burocrática ainda muito ligada à função pública;
- b) Externo: mercados oligopolistas nos recursos, alguma concorrência no mercado de produtos e reduzida promoção de receitas fora do OGE; financiamento com algumas limitações e que não promove a transformação dos hospitais menos eficientes; contratualização com problemas na formulação, no acompanhamento e avaliação; ausência de metas nacionais e de função apoio; sem um sistema adequado de acompanhamento, avaliação e controlo accionista dos serviços; sem avaliação da gestão.

Na continuação desta síntese resumimos, no diagrama nº 9.1, as questões e as mudanças a operar no enquadramento dos hospitais, externo e interno, e na avaliação da sua gestão.

O ambiente dos hospitais Portugueses tem sido marcado por politização e poder elevado de diversos grupos de interesses, sempre convergindo na reivindicação de “mais” oferta e recursos<sup>319</sup>. Aquele ambiente e a discricionariedade da gestão exigem melhorias no enquadramento dos hospitais, o aperfeiçoamento da gestão e dos mecanismos de avaliação e controlo.

---

<sup>319</sup> Instalações, equipamentos, pessoas, dinheiro, serviços, etc.

Uma possibilidade será evoluir de modo semelhante ao do NHS: constituir um regulador próprio para os hospitais EPE e nomear um BOD autónomo para cada hospital.

Nas condições vigentes em Portugal parece-nos imprescindível mudar o ambiente externo: generalizar rapidamente o modelo EPE; repensar e reorganizar as funções accionista, de aquisição de serviços e de auditoria; estruturar a regulação de qualidade, a avaliação da *performance* dos serviços e a publicitação de informação sobre *performance*. Na vertente interna dos hospitais EPE justifica-se resolver as questões e concretizar as modificações resumidas no diagrama 9.1 e apostar no desenvolvimento de líderes. Os quais deverão ser adequadamente apoiados, avaliados e recompensados (sancionados).

Concluimos esta síntese com um breve comentário sobre a importância que poderá ter a avaliação dos CA para a melhoria de resultados dos hospitais EPE.

Essa avaliação terá forte impacto na correcção dos pontos negativos detectados, actuando do seguinte modo:

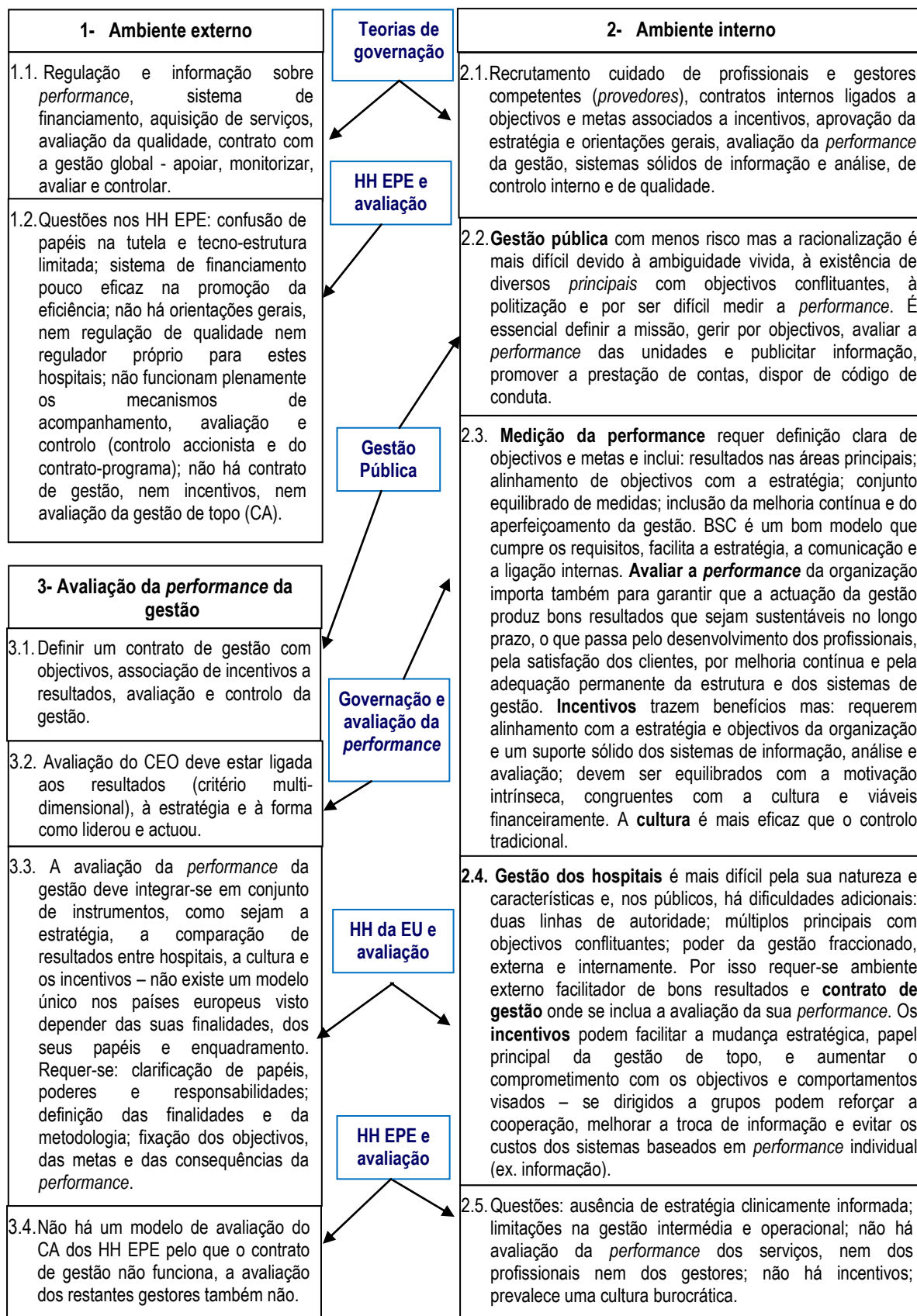
- Influência directa na gestão de topo, impondo melhor organização e funcionamento do CA, maior motivação e empenho dos seus membros, com focalização e orientação para os resultados definidos no contrato de gestão;
- Influência indirecta na restante gestão, pela replicação, nos gestores dos diversos níveis e unidades, dos contratos internos e da avaliação da gestão o que, por maior motivação e pelo quadro de maior exigência e de alinhamento de objectivos, irá gerar a melhoria da organização, do funcionamento e dos resultados dos serviços;
- Adequação dos sistemas de gestão e da estrutura do hospital, facilitando melhor prestação de contas e melhores resultados;
- Criação de ambiente de unidade e de orientação para resultados, para a concretização da estratégia e para o cumprimento dos contratos, das regras e dos valores comuns.

Tudo somado, esta convergência levará a maior alinhamento de objectivos e a maior comunicação e coordenação interna, o que criará um ambiente exigente e de promoção de bons resultados mas também de satisfação, desenvolvimento e realização pessoal.

A institucionalização da avaliação dos CA facilitará a redefinição da função accionista e provocará o aumento de informação sobre a *performance* dos hospitais e dos seus gestores, sobre os seus objectivos, metas e padrões. Que são condições para que a gestão da *performance* funcione.

Espera-se ainda que o ambiente externo, de maior exigência mas também de apoio, conduza a ambiente interno semelhante o que, associado a incentivos e ao cumprimento de um código de conduta, motivará à melhoria dos processos e dos comportamentos e ao cumprimento dos contratos, beneficiando a *performance* global e a adequação dos hospitais às necessidades. Este é o objectivo dos principais *stakeholders*.

Diagrama Nº 9.1: Síntese relativa ao enquadramento dos hospitais



## Capítulo X - Estudo empírico

Os hospitais são sistemas complexos com inúmeras partes em interacção, interna e externamente<sup>320</sup>. A medição da sua *performance* não é fácil, pois à complexidade inerente ao processo de produção e à variabilidade da procura adiciona-se a que resulta dos seus objectivos não estarem definidos e existirem diversos *stakeholders* com interesses diversos, por vezes contraditórios (Santos, Belton e Howick, 2002). Como o objecto do hospital é a própria pessoa e a sua saúde, esta entendida como um direito e um valor sem preço, a sua actividade é objecto de políticas e amplamente discutida nos *media*, estando por isso sob escrutínio público apertado e constante.

A gestão, um dos *stakeholders* principais com os accionistas, os profissionais e os doentes, encontra-se numa posição chave para mediar os interesses daqueles e para criar um consenso à volta de qual deve ser a *performance* do hospital e de como a concretizar.

A medição da *performance* da gestão de topo nunca é fácil, mas nos hospitais públicos é uma tarefa ainda mais espinhosa, visto que além da dificuldade de medir a *performance* do hospital – a gestão deve avaliar-se essencialmente pelos resultados que induz – haverá que considerar as que resultam do ambiente próprio da gestão hospitalar e do seu poder e informação limitados, da dificuldade de, num quadro de múltiplos interesses, propor e fazer aprovar uma estratégia que contribua para melhor *performance* actual e no futuro, e de a concretizar.

Neste capítulo começamos por descrever a metodologia que seguimos, incluindo, nomeadamente, a identificação do problema, a definição dos objectivos e as técnicas usadas.

Depois apresentamos e discutimos os resultados, terminando com a conclusão a extrair do estudo empírico.

### 10.1. Metodologia seguida

#### 10.1.1. Definição do problema

Com as mudanças de estatuto dos hospitais, de instituto para empresa pública, e dos profissionais, de função pública para contrato individual de trabalho, esperava-se uma melhoria substancial de resultados, derivada da maior autonomia, da flexibilidade e da utilização de técnicas e instrumentos de gestão nos níveis operacional, intermédio e global. Porém a gestão mudou pouco e os resultados dos hospitais ficam aquém dos antecipados pela reforma e dos esperados face ao investimento e recursos envolvidos.

Ambicionava-se a gestão de pessoas, em substituição da mera administração de recursos e carreiras de função pública, com bons recrutamentos e avaliação, com promoção e incentivos ligados a resultados, com flexibilidade na utilização de profissionais e com aumento de produtividade. Houve sobretudo reprodução das práticas anteriores, alguns efeitos perversos da falta de regulação<sup>321</sup> e incapacidade para mudar os sistemas e as práticas de modo a extrair benefícios do novo estatuto. Continua a não haver verdadeira avaliação de pessoas que integre os

<sup>320</sup> Produção de cuidados requer coordenação interna, de prestadores e unidades, e externa, com serviços de saúde e outros serviços.

<sup>321</sup> Por exemplo alguns grupos profissionais verificou-se escalada de salários sem contrapartida em produção.



resultados como também não existem verdadeiros sistemas de incentivos que estimulem à melhoria de desempenho.

As mudanças na estrutura interna foram poucas e de reduzido impacto. Os órgãos de gestão intermédia – do tipo dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) – há muito previstos na lei, ou não se concretizaram ou, nos casos em que foram regulamentados pelos hospitais, ficaram com conotação mais burocrática e de gestão administrativa, com pouca tradução na melhoria das operações, por exemplo, correcção do excessivo fraccionamento e organização por especialidades, gestão facilitadora e por projectos. Poucas foram também as mudanças ensaiadas na afectação e distribuição do trabalho, na substituição de tarefas entre grupos e entre profissionais.

Um grupo<sup>322</sup> no âmbito do Ministério de Saúde, que iremos sucessivamente citar, concluiu que a alteração ao estatuto jurídico do hospital “*não provocou alterações sensíveis na arquitectura hospitalar, nem tão pouco na prática gestonária*” (GTROIH, 2010).

Exigia-se um novo posicionamento da gestão global, com maior preponderância de liderança e de gestão estratégica, de permanente adaptação da estrutura e dos sistemas aos objectivos estratégicos, de promoção de cultura e valores orientados para resultados e para o serviço a prestar. Esta evolução era fundamental para dar direcção e unidade a uma organização com tendência natural para o fraccionamento, para a emergência de culturas e estratégias por especialidade e grupo profissional, para a procura contínua de mais recursos e mais poder, eximindo-se à devida prestação de contas, perante a gestão, os accionistas e os restantes *stakeholders*.

Ora, como refere o documento que vimos citando, não emergiu uma nova cultura de gestão “*persistindo a indefinição estratégica, o planeamento incipiente ou inexistente, a falta de transparência... tudo concorrendo para a desresponsabilização e para a ausência de envolvimento na organização*” (GTROIH, 2010).

A mudança do hospital para empresa pública requeria novos papéis e capacidades de enquadramento.

Em primeiro a maior autonomia deveria ter adequada contrapartida em regulação, auditoria e avaliação externa da sua *performance*. No entanto não é conhecida a estratégia do SNS<sup>323</sup> ou orientações gerais para os hospitais que a traduzam, o que seria fundamental seja para que os hospitais pudessem exercer livremente a sua autonomia dentro da direcção traçada, para a sua tradução em objectivos estratégicos para os hospitais e regiões como também para avaliação política da estratégia nacional.

Assim, não se pode falar em alinhamento com os objectivos nacionais, verificar o contributo de cada hospital para as prioridades definidas ou a adequação de incentivos àqueles objectivos e prioridades.

O sistema de financiamento apresenta debilidades evidentes e não revelou eficácia na correcção da ineficiência crónica de alguns hospitais e na prevenção do esgotamento de capital de novos EPE. O contrato-programa apresenta debilidades ao nível da sua negociação e discussão e, sobretudo, no acompanhamento da sua concretização prática e na auditoria dos actos efectivamente prestados.

Porém, como refere o documento que vimos citando, com a passagem para empresa pública era “*exigida uma regulação mais presente... Estado mais regulador na saúde, com especial enfoque na*

<sup>322</sup> <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/hospitais+consulta.htm> (acedido em 30/07/2010)

<sup>323</sup> Distingue-se aqui a estratégia de saúde (traduzida no Plano Nacional de Saúde) da gestão da oferta do SNS.

área hospitalar” para prevenir problemas de “selecção de patologias, degradação de qualidade e da segurança dos doentes” (GTROIH, 2010).

Depois verificam-se problemas ao nível do acompanhamento e controlo accionista da gestão dos hospitais. Persiste a confusão de papéis entre a ACSS e as ARS, a monitorização da *performance* dos hospitais revela-se pouco exigente e com insuficiências de capacidade. Não existe a função de apoio às mudanças e a projectos de melhoria.

Não são definidos objectivos nacionais nas várias dimensões<sup>324</sup>, como no RU por exemplo, que facilitariam a avaliação da *performance* de serviços e hospitais e poderiam constituir uma base para avaliar os gestores e para garantir efectiva prestação de contas pública. Promoveriam ainda a definição de objectivos para as unidades que integram o hospital, o que facilitaria a medição de *performance* e a prestação de contas interna.

Em Portugal a coordenação de cuidados não é suficientemente promovida e não é avaliada, a regulação de qualidade e segurança é pouco visível e actuante – a governação clínica nos hospitais permanece um conceito nebuloso e longe da agenda dos CA. Na sequência da criação dos hospitais empresa houve focalização excessiva na produção e na eficiência técnica, descurando-se a garantia de qualidade e a apropriação de cuidados o que “*pode ter contribuído para o deslize orçamental que ameaça a sustentabilidade do sistema de saúde*” (GTROIH, 2010).

Como não há contrato de gestão com objectivos para o CA este não sente a necessidade de os detalhar internamente, para a gestão intermédia e operacional e, depois, de os acompanhar, controlar e incentivar o seu cumprimento, ou de melhorar a medição da *performance* de serviços e unidades integradas. A tutela também não revela capacidade para acompanhar eventuais contratos de gestão nos hospitais EPE e nos hospitais concessionados verificou-se incapacidade para os controlar, por exemplo, o acompanhamento do contrato de gestão do hospital de Amadora-Sintra revelou “*dificuldades evidentes, fruto da falta de experiência e de preparação específica para estas tarefas*” (GTROIH, 2010).

Relativamente aos gestores, persistem os problemas que o estatuto de empresa devia ter eliminado. O recrutamento nem sempre é fundamentado em critérios de competência nem a formação dos CA respeita os requisitos de complementaridade e coesão na partilha do mesmo projecto, continuando a haver politização de cargos. O accionista não tem o cuidado de promover a formação dos gestores empossados, de lhes transmitir a informação mínima essencial, de lhes fixar objectivos precisos pelos quais serão avaliados, num processo que se desejava fosse claro, predefinido e com consequências (incentivos e sanções). Não se estranha por isso que a inexistência de avaliação dos CA tenha correspondência na ausência de avaliação da gestão intermédia e operacional. Porém a gestão operacional é desenvolvida por profissionais (ex. médicos), normalmente sem habilitação específica em gestão e com formação, experiência e cultura de grupo ou especialidade – por isso os objectivos e a sustentabilidade do hospital podem ser tomados como algo longínquo e nebuloso.

Por isso no documento que vimos referindo se recomenda que “*se promovam e melhorem os instrumentos de medição e avaliação da governação... se avance com o ensaio do modelo de avaliação dos Conselhos de Administração... hospitais devem possuir sistemas de avaliação de performance dos Serviços*” (GTROIH, 2010).

Identificamos o **problema** como a inexistência de um instrumento que permita avaliar os CA dos hospitais EPE e que viabilize os contratos de gestão.

<sup>324</sup> Com excepção de objectivos financeiros e de acesso à consulta e ao bloco operatório.

Se existir avaliação dos CA com consequências, por exemplo, incentivos em função dos resultados, haverá maior motivação para o *conselho* agir com vista a atingir maior *performance*: maior coesão e orientação para os objectivos que contratualizou com o accionista; actuação mais empenhada visto que as metas e objectivos, conjugadas com incentivos, actuam como reforços poderosos para maior esforço e investimento pessoal. A concentração nas prioridades e no cumprimento da estratégia definida motivará o CA a introduzir as modificações na estrutura e nos sistemas que se revelem necessárias, ainda que difíceis, e com isso facilitar-se-á o cumprimento dos objectivos do hospital e das suas unidades. O CA ficará também motivado para fixar objectivos para os restantes gestores, para os apoiar, acompanhar, avaliar e controlar mais efectivamente – resultando maior probabilidade de concretização dos contratos internos.

A existência desta avaliação conduz necessariamente a maior organização da função accionista e à constituição de uma base de dados com informação sobre os resultados atingidos pelos diversos hospitais em cada ano e em cada uma das áreas. Esta informação pode ser usada não apenas para facilitar a definição de metas e padrões de referência mas também para difundir informação sobre boas práticas de gestão e para apoiar projectos e acções de melhoria de *performance* em serviços e hospitais.

### 10.1.2. Identificação de objectivos

O estudo empírico é desenvolvido especificamente para conhecer a forma que poderá revestir a avaliação dos CA, a estrutura do modelo, as variáveis que deverão estar presentes e a ponderação a atribuir a cada componente.

Assim o objectivo visado é a definição de um modelo de avaliação dos CA dos hospitais EPE, que possa ser usado para induzir melhorias nos resultados obtidos pelos CA e pela restante gestão, o que permitirá aumentar o desempenho final do hospital na perspectiva dos seus *stakeholders*. Considerando o ambiente em que se insere o CA requer-se ainda que haja consenso, razoável no mínimo, que permita validar e facilitar a adesão ao modelo.

Centrando-nos no objectivo imediato que caracteriza esta investigação, simultaneamente *exploratória*, visto que procura formular hipóteses sobre avaliação da gestão abrindo caminho a novas pesquisas, e *explicativa*, na medida em que visa identificar a estrutura do modelo e as relações das variáveis que importam naquela avaliação (Selltiz *et al.* 1965; Pras e Tarondeau, 1979), impõe-se identificar as hipóteses que, a confirmarem-se, dariam solidez às conclusões: i) a avaliação dos CA deve fazer-se essencialmente pelos resultados obtidos pelo hospital; ii) na avaliação dos CA dos hospitais EPE será de incluir o cumprimento de acções concretas, nomeadamente estratégicas, e bem assim a forma como o CA liderou; iii) existe um consenso razoável sobre a estrutura e variáveis principais do modelo de avaliação. Seguiremos a metodologia que se descreve no ponto seguinte.

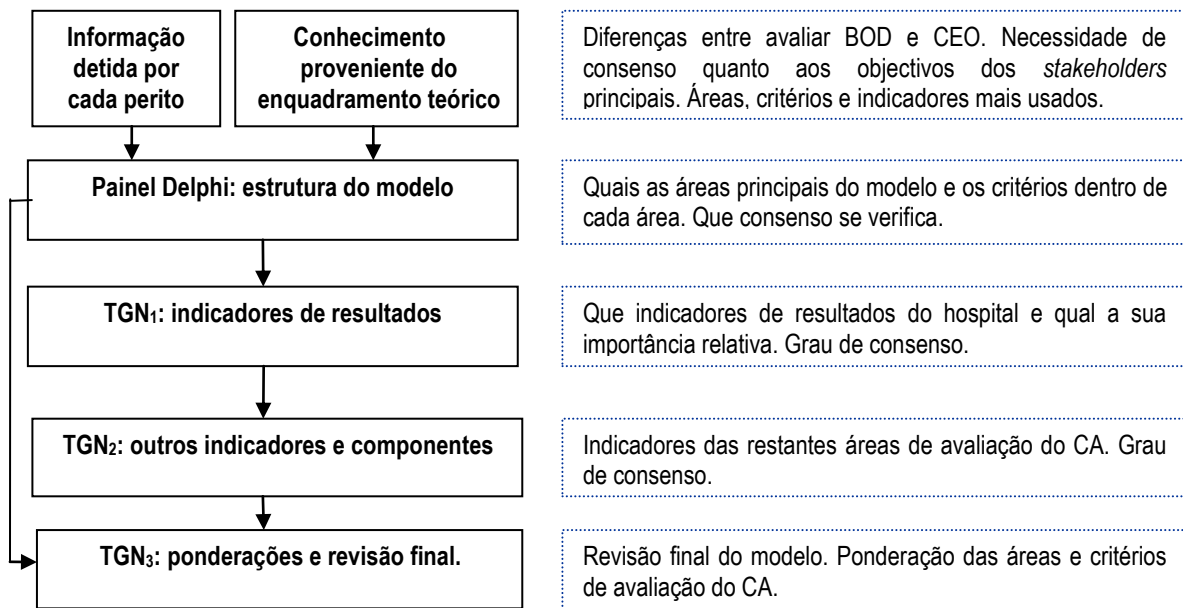
Gostaríamos ainda que o estudo empírico pudesse contribuir para aumento de conhecimento sobre a avaliação da gestão em hospitais empresa, o que resultará directamente das técnicas a desenvolver e da divulgação dos seus resultados bem como da publicitação desta dissertação.

### 10.1.3. Plano do estudo

#### 10.1.3.1. Fases e sua inter-relação

O trabalho empírico, visando a construção de um modelo de avaliação a incluir no contrato de gestão, combina o conhecimento proveniente do enquadramento teórico, a informação e experiência dos peritos, com a realização de técnicas estruturadas de consenso, conforme descrição do diagrama seguinte.

**Diagrama 10.1: Faseamento e descrição do trabalho empírico**



Esta abordagem resultou da convicção de que o contacto com experiências e percepções diferentes, a comunicação estruturada, o cruzamento de posições e a revisão de conclusões ao longo do processo, favoreciam o aumento de conhecimento de todos os participantes conduzindo ao aprofundamento da análise e à solidez do modelo final. Havia ainda a expectativa de que do processo resultasse um consenso forte que satisfizesse os participantes, fundamentasse a adequação e viabilidade de implementação da avaliação.

Partindo do conhecimento obtido no enquadramento teórico preparámos um conjunto de informação com vista a estimular a discussão num grupo alargado de peritos, com conhecimentos, experiências e interesses diferentes sobre a avaliação dos CA dos hospitais EPE (Delphi). Esta técnica visava a definição da estrutura do modelo, verificar o grau de consenso existente e contribuir para o aumento de conhecimento dos intervenientes, tanto mais que iriam intervir nas Técnicas Grupo Nominal (TGN) subsequentes.

As TGN tiveram como objectivo especificar, em definitivo, os indicadores e critérios a incluir, as suas ponderações e a forma que deveriam assumir, por exemplo como indicadores compostos.

### 10.1.3.2. Instrumentos e técnicas

Na investigação exploratória visa-se aprofundar o conhecimento e clarificar hipóteses sobre um tema, neste caso procurando formular a sua estrutura, variáveis principais e respectiva ponderação. Na área da gestão sempre haverá que considerar os diferentes grupos (*stakeholders*) com interesses e objectivos diversos, o que pressupõe um consenso que viabilize a concretização das soluções encontradas.

Nos problemas em que não existe informação e/ou evidência científica pode recorrer-se a técnicas de consenso – painel Delphi, grupo nominal, conferências de consenso –, com vantagem sobre o grupo interactivo, visto que retêm os principais benefícios do grupo tradicional evitando os problemas derivados da interacção social e da dominância por pessoas ou grupos de interesses. Com estas técnicas qualitativas obtêm-se estimativas quantitativas e possibilita-se o envolvimento de pessoas que irão participar na implementação de soluções que delas resultem.

Dentre as técnicas disponíveis para investigação que permitem medir e promover o consenso escolhemos o Delphi e a TGN, dada a sua maior adequação ao objecto em causa, a sua eficiência e carácter científico.

A técnica Delphi foi desenvolvida nos anos cinquenta do século XX na Rand Corporation com o objectivo de obter consenso de um grupo de peritos através de uma série de questionários intercalados com feedback controlado (Dalkey e Helmer, 1963). Tem sido aplicada em inúmeras áreas, nos casos em que se imponha o uso de *input* subjectivo e de apreciação crítica ou se pretenda obter uma previsão de prazo longo em ambiente complexo. As características específicas do Delphi são: anonimato; iteração; feedback controlado; estatística da posição do grupo. As respostas obtidas sob essas características aumentam o conhecimento de cada perito, permitem que haja convergência informada do painel e facilitam a mudança de opinião ao longo do processo (Rowe *et al.*, 1991; Rowe e Wright, 1999).

Os peritos são seleccionados de acordo com vários critérios:

- Terem formação, experiência, abertura e capacidade de trazer ao grupo perspectivas importantes;
- Serem líderes de opinião ou representantes reconhecidos em grupos-alvo;
- Terem posição influente na difusão ou na implementação da solução (Phill, 1971; Delbeck *et al.*, 1975; Hsu e Sandford, 2007).

A qualidade dos resultados depende do valor dos peritos<sup>325</sup> e da informação detida, incluindo a que lhe foi transmitida com a técnica, bem como do cumprimento das regras essenciais do processo. A qualidade dos peritos e da informação permitirão chegar a um consenso esclarecido, na sua ausência poderá haver apenas conformidade que nada significa ou adianta ao conhecimento.

O acordo dos peritos apresenta-se sob duas formas: grau de concordância do respondente com uma determinada questão; consenso obtido entre os participantes, medido pela variabilidade no grupo (Jones e Hunter, 1995). O aumento de consenso obtido no painel Delphi mede-se pela redução da variância das respostas ao longo das rondas sucessivas (Rowe e Wright, 1999).

---

<sup>325</sup> Jolson e Rossow (1971) concluíram que havia maior exactidão nos resultados das rondas sucessivas do Delphi com peritos o que não se verificava quando utilizavam pessoas que não tinham essa qualidade.

O Delphi é especialmente apropriado quando a dominância por um grupo de interesses pode pôr em causa a qualidade dos resultados e a informação estiver dispersa por um número elevado de peritos, situados em locais geograficamente afastados e com experiências e posições diferentes sobre o problema. Em nossa opinião é justamente o que se passa quando queremos saber que modelo usar na avaliação dos CA dos hospitais EPE.

A TGN foi desenvolvida por Delbecq e Van de Ven no fim da década de sessenta do século XX. Trata-se de uma técnica estruturada em que um grupo de peritos se envolve num processo com vista a explorar e ordenar respostas a uma questão bem definida, (Delbecq *et al.*, 1975) – o grupo deve constituir-se garantindo a heterogeneidade de posições e impedindo a dominação por um grupo de interesses (Jones e Hunter, 1995). Compreende as seguintes fases e passos:

1º) Preparação, constituída por:

- a) Indigitação de um facilitador para a sessão e definição da questão a responder;
- b) Selecção dos participantes, na qualidade de peritos com conhecimento e experiência relevantes e/ou que têm um interesse ou serão envolvidos na implementação das soluções;
- c) Distribuição prévia de informação sobre a questão a tratar e as regras da TGN;

2º) Sessão de TGN:

- a) Explicação pelo facilitador dos objectivos e regras da sessão, seguida de geração silenciosa de ideias (*brainstorming* escrito);
- b) Indicação sucessiva das ideias, uma por cada perito, até esgotar todas as ideias – registadas de modo a serem visíveis e trabalháveis pelos peritos<sup>326</sup>;
- c) “Discussão” para clarificar, completar, fundir ou melhorar as ideias; note-se que não há interacção directa: o debate é indirecto e a solicitação do facilitador;
- d) Votação inicial das ideias segundo ordenação, ou pontuação, previamente acordada;
- e) Nova “discussão” agora focada na explicação dos motivos que conduziram às diferenças de valoração entre os peritos;
- f) Votação final.

3º) *Feedback* e decisões finais.

Como decorre num período limitado, usualmente numa ou duas sessões, permite uma taxa de participação maior que o Delphi sendo superior aos restantes grupos na menor percentagem de erros e na variabilidade de estimativas (Van de Ven e Delbecq, 1974). Apresenta as seguintes vantagens sobre o grupo interactivo:

- Impede a dominância por determinados indivíduos, o conluio entre grupos de interesse e a tendência para conformidade com a opinião dominante;
- Permite obter informação qualitativa de grupos-alvo associados ao problema;
- Encoraja ideias independentes e viabiliza a inclusão produtiva de membros com diferentes estatutos e posições hierárquicas, permitindo – sem questões emocionais, conflitos ou atitudes negativas de avaliação de ideias –, recolher *inputs* de quem tem sobre a questão diferente experiência, conhecimento e percepção;
- Evita a tendência do grupo para decisão precipitada, sem suficiente análise e debate, e garante a concretização do trabalho no tempo previsto, normalmente de 1,5 a 2 horas e com um número limitado de pessoas, de 6 a 12 membros – sendo por isso mais eficiente;
- Origina um número elevado de ideias, determina a sua importância relativa agregando as avaliações individuais, quantifica o consenso que permite a sua posterior implementação e

<sup>326</sup> Com o objectivo de que sejam assumidas não como ideias individuais mas do grupo, o qual deverá cooperar para a sua melhoria.

produz satisfação nos participantes (Van de Ven e Delbecq, 1971; Delbecq e Van de Ven, 1971; Van de Ven e Delbecq, 1972; Gustaffson *et al.*, 1973).

Esta técnica de consenso é especialmente interessante quando não se interpuserem problemas de geografia e dimensão do grupo de peritos, isto é, quando os peritos formarem um conjunto limitado que pode ser deslocado para interacção presencial numa sessão.

A TGN tem uma utilidade inquestionável na investigação exploratória, para a determinação das variáveis críticas de um problema e sua inter-relação, com vista a adequada redução e manipulação, e quando seja necessário envolver grupos-alvo na identificação e definição do problema e na priorização de soluções (Van de Ven e Delbecq, 1972). Em nossa opinião é o que se passa com a definição do modelo de avaliação dos CA dos hospitais EPE, problema complexo cuja composição e inter-relação de variáveis são desconhecidas e necessitam de consenso de *stakeholders* para a sua implementação.

### 10.1.3.3. Dados e fontes utilizadas

A avaliação do CA dos hospitais, como a da gestão de topo doutras empresas públicas, deve fazer-se:

- a) Dentro das competências definidas, isto é «*complexo de poderes, jurídicos porque decorrentes da lei, conferidos e distribuídos pelos órgãos da pessoa colectiva pública*» (Queiró, 1965) que, na defesa do interesse público, «*comportam uma submissão, impondo deveres de conduta*» (Santoro, 1967);
- b) No enquadramento de gestão vigente, com instrumentos de carácter plurianual (estratégia, orientações aprovadas) e anual (ex. plano e orçamento);
- c) Mais pelos resultados obtidos que por *traços*, conhecimentos ou aptidões<sup>327</sup> individuais (*skills*), estas são «*capacidades que podem ser desenvolvidas, não necessariamente inatas, e que se manifestam em performance, não apenas em potencial*» (Katz, 1974);
- d) Considerando a forma como foram exercidos os diversos papéis e suas dimensões - sobre estes papéis e dimensões vide estudo empírico relativo ao Administrador Principal do Hospital Português (Reis, 1986).

Ora a *performance* do hospital, como já foi referido, é uma construção social e de gestão, com múltiplas dimensões e de explicitação variável em função da situação inicial, dos objectivos e metas visados e dos actores envolvidos. Daqui resultam várias consequências:

- i) É necessário um consenso prévio sobre o que se considerará *boa performance*, envolvendo os *stakeholders* principais que, sabe-se, têm diferentes interesses e objectivos;
- ii) Tendo em conta as características, o ambiente interno e a dificuldade de medição, há vantagens em avaliar a *performance* de um hospital relativamente a instituições semelhantes;
- iii) O hospital terá de ser pilotado, não apenas administrado, o que exige acordo e aprovação prévia sobre as transformações a operar dos diversos níveis – nacional, regional, local (integração externa/interna) –, daí a importância decisiva da estratégia<sup>328</sup> bem como de acompanhamento e avaliação adequados;
- iv) O modo como o CA lidera é importante para os resultados, presentes e futuros.

<sup>327</sup> No topo são mais importantes as cognitivas (Katz, 1974), associadas à estratégia e à *arquitectura* do sistema de gestão.

<sup>328</sup> Que, pela natureza e complexidade do processo de produção do hospital, terá que ser proposta do interior para ser concretizável.

Estas conclusões reforçaram a nossa convicção inicial de que três áreas seriam relevantes na avaliação do CA – resultados, estratégia, liderança.

Para os resultados impunha-se, de acordo com as conclusões do enquadramento teórico, construir um *balanced scorecard*, com objectivos e indicadores a seleccionar de acordo com as melhores práticas, desde que viáveis em Portugal. Recorremos a informação publicada de diversas fontes nacionais e internacionais, nomeadamente, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *American Society for Quality (ASQ)*, *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, *Joint Commission of Accreditation of Health Organizations (JCAHO)*, *Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE)* e *Prémio Baldrige*.

Para determinar o que a área de estratégia devia incluir começámos por rever a literatura especializada, contactando depois peritos com conhecimento e experiência bastantes sobre a gestão de hospitais, nomeadamente gestores hospitalares, académicos e representantes da tutela dos hospitais. Assim pudemos apresentar aos peritos envolvidos nas técnicas de consenso uma pré-proposta fundamentada, passível de ser modificada, corrigida ou acrescentada no decorrer daquelas técnicas.

Para a organização, funcionamento e liderança do CA baseámo-nos na pesquisa bibliográfica e no conhecimento obtido no enquadramento teórico sobre a avaliação do BOD e do CEO. Procedemos a uma primeira adaptação, para considerar especificidades nacionais, e testámos o resultado junto de alguns gestores hospitalares, de modo a dispor de uma aproximação aceitável como ponto de partida das técnicas de consenso.

De acordo com a composição esperada para as três áreas teríamos um modelo que incluiria:

- i) Nos resultados, dados quantitativos relacionados com *performances* doutros hospitais, com padrões, objectivos e metas pré-estabelecidos, revestindo-se a medição da máxima objectividade. Previa-se no entanto utilizar um *mix* de dados objectivos (ex. nº de consultas) e subjectivos (ex. satisfação);
- ii) Na estratégia, indicadores verificáveis e medições passíveis de serem reproduzidas com os mesmos resultados – visto que relacionadas com documentos escritos, isto é, as propostas inicialmente aprovadas e o documento apresentado no fim do ano pelo CA;
- iii) Na área da actuação do CA existiria informação com alguma subjectividade, porém a especificação das suas componentes facilitará a medição e espera-se que a ponderação desta área corresponda a valor pouco significativo no total, considerando aquela subjectividade.

Na avaliação da *performance* dos CA incluir-se-ia informação objectiva e subjectiva, num instrumento com uma estrutura em árvore composta por diferentes áreas, objectivos e indicadores – dentro do que se designa por *Modelo Multi-Atributivo de Valor (MAV)* ou de *Utilidade (MAU)* – informação detalhada sobre estes modelos pode ser obtida em diversas obras (Keeney e Raiffa, 1976; Felix e Riggs, 1983; Gustafson *et al.*, 1992).

Nestes modelos haverá que saber conciliar a compreensividade com a facilidade de utilização, evitando duplicações e garantindo a independência das variáveis e valores incluídos (Keeney e Raiffa, 1976). Assim teve-se a preocupação de compatibilizar a abrangência, medida pela extensão das áreas, e a profundidade, traduzida no número de critérios e indicadores que compõem uma área, com a simplicidade possível para um objecto da complexidade da avaliação da gestão de um hospital.



A determinação do valor concreto em cada resultado será aferida tendo em conta a meta definida, por sua vez função dos valores já atingidos em hospitais semelhantes. Em nossa opinião a pontuação poderá fazer-se seguindo várias escalas, por exemplo: zero, *performance* considerada mínima para todos os hospitais; cem, valor excelente e difícil de atingir por qualquer hospital; cinquenta, valor aceitável; oitenta, o que se considera boa *performance*. Com recurso a peritos definir-se-á a curva de utilidade de cada indicador.

Na escolha dos indicadores preveniu-se o risco de “*gaming*” tendo sido mesmo solicitado aos peritos que o considerassem na escolha e avaliação dos indicadores. Note-se que a probabilidade de “*gaming*” será maior na avaliação da *performance* dos CA dado que a medição de *performance* deixa de ser voluntária passando a obrigatória, os indicadores estão associados a metas e, sobretudo, a incentivos (sanções) e que o CA tem uma forte “*influência*” na recolha, preparação e comunicação dos resultados.

Para facilitar a leitura da *performance* global do CA e para tornar o modelo visualmente mais atractivo, previmos o uso de indicadores compostos. Neste texto usamos indiferentemente as noções de *indicador composto* e de *índice*, embora num sentido mais comum este se apresente como um número que relaciona um valor actual com uma medição ou padrão passado (ex. inflação em 2010 a preços constantes de 2000), enquanto aquele resulta da combinação de vários indicadores simples, com uma determinada ponderação, para obter um valor agregado para uma variável.

Teve-se em conta as vantagens, nomeadamente simplicidade de apresentação e facilidade de compreensão, e os riscos deste tipo de indicador agregado (Smith, 2002; Bird *et al*, 2005; Jacobs *et al*, 2007) – no essencial foram respeitadas as regras apontadas pelos autores citados. A cada indicador e objectivo será atribuída uma ponderação, pelo que será possível construir vários indicadores compostos na área dos resultados.

Nas técnicas de consenso usámos mais que uma **escala**.

No Delphi foi solicitado que os peritos votassem cada questão segundo uma escala ordinal, que variava de zero (total desacordo) a 9 (acordo total), em que o grau de acordo era pontuado como se descreve de seguida.

0 ; 1	2 ; 3	4 ; 5	6 ; 7	8 ; 9
Desacordo forte	Desacordo	Nem acordo nem desacordo	Acordo	Acordo forte

Esta escala permite maior escolha que a tradicional de *Likert* e tem a vantagem de não favorecer a votação em ponto central.

Nas técnicas de grupo nominal os peritos foram convidados a efectuar primeiro a escolha das variáveis mais importantes, seguindo-se a sua ordenação e valoração final.

Na TGN<sub>1</sub>, onde havia que seleccionar um número limitado de indicadores dentre um número inicial elevado, optou-se pela ordenação das sete ideias mais importantes (*ranking*), pontuando-as depois pela relação inversa (1ª com 7 pontos, 2ª com 6, etc., até 7ª com 1 ponto). Os pontos atribuídos por cada perito foram somados para determinar a importância atribuída pelo grupo e convertidas em % face ao total de votos expressos nas ideias. A importância e o consenso foram determinantes na

escolha dos indicadores a seleccionar, optando-se por indicadores relevantes (acima de 7%) e com pelo menos dois votantes no indicador.

Nas TGN<sub>2</sub> e TGN<sub>3</sub> solicitámos aos peritos que começassem por ordenar as ideias, da mais para a menos importante (*ranking*), depois testassem a sua importância relativa, isto é quantas vezes uma é mais importante que as outras, atribuísem depois uma ponderação provisória a cada uma dentro do grupo, de modo a somar 100%, e, finalmente, efectuassem os ajustamentos necessários de modo a que correspondam à valoração (*rating*) que pretendiam atribuir (ver espécimes, no anexo 3). Deste modo a pontuação pode ser considerada contínua, não meramente ordinal, podendo calcular-se medidas de tendência central e de variabilidade – ex. desvio padrão e coeficiente de variação (CV).

Adoptámos como regra que 7% seria a ponderação mínima requerida para um indicador ou critério ser considerado relevante. O consenso seria classificado do seguinte modo, de acordo com o valor do coeficiente de variação: *muito forte*, se até 0,2; *forte*, se entre 0,2 e até 0,4; *razoável*, entre 0,4 e 0,6; *insuficiente* para fundamentar decisões, caso esteja acima de 0,6.

#### 10.1.3.4. Desenvolvimento das técnicas

Considerando a complexidade e dificuldade de obter consenso sobre o modelo entre peritos com posição e conhecimento diverso sobre o tema optou-se por:

- Escolher peritos que representem os objectivos dos *stakeholders* principais<sup>329</sup> e as posições diversas existentes sobre o tema em Portugal, embora limitando a sua intervenção aos assuntos em que detenham a informação necessária;
- Abordagem fundada na opinião de peritos, apoiada em informação disponibilizada previamente, com interferência mínima do facilitador;
- Seccionar o problema e utilizar diferentes peritos embora com um núcleo comum (“*grupo core*”) com maior proximidade ao problema. A presença dos elementos do *grupo core*, porque beneficiam da informação produzida ao longo das fases, permite limitar os erros e omissões inerentes a intervenções pontuais neste tipo de trabalhos.

A inclusão de alguns gestores hospitalares na situação de aposentados permitiu integrar experiências consideradas exemplares e aportar uma posição desapassionada sobre o tema.

Após a definição do problema constituiu-se um grupo anónimo de trinta e sete peritos<sup>330</sup>, discriminados no quadro 4.1.1 do anexo 2, composto por gestores de hospitais EPE (46%), representantes de organismos de tutela (dos Ministérios das Finanças e da Saúde, assim como da ERS - 22%), académicos que tinham já tomado contacto com o tema (19%) e gestores de hospitais classificados como privados (13%).

Tendo consciência que, apesar do elevado nível de todos os peritos, havia assimetria de informação neste tema, disponibilizámos aos membros do painel um conjunto inicial de tópicos, gerais, sobre o tema de avaliação dos CA dos hospitais EPE, e específicos a cada questão apresentada – ver alguns dos *espécimes* no anexo 3.

<sup>329</sup> Incluindo directamente gestores hospitalares e representantes dos accionistas. A representação dos doentes e da população deveria resultar da presença de académicos e de peritos fora do activo.

<sup>330</sup> Um dos 38 peritos convidados acabou por não participar nos trabalhos.

O painel Delphi devia permitir atingir dois objectivos: definir a estrutura do modelo de avaliação; aportar um consenso significativo no conjunto de peritos, revelando aceitação dos critérios de avaliação dos resultados do hospital (*proxy* da concordância com os objectivos principais a considerar). Adicionalmente gostaríamos de obter resultados que pudéssemos considerar sólidos, isto é, que os peritos reconhecessem cada questão como importante (% de “*concordo*” e “*concordo fortemente*” acima de 67%) e simultaneamente com baixa dispersão.

Excluimos do painel Delphi a selecção de indicadores porque exige conhecimento específico sobre a fiabilidade e importância relativa dos indicadores, em que apenas os agentes directamente envolvidos poderão ter posição sólida. Considerou-se ainda que a inclusão desse aspecto alongava demasiado o trabalho dos peritos, era susceptível de aumentar a taxa de recusas e a emissão de votações menos fundamentadas. A ponderação dos critérios e das áreas de avaliação exigia a fixação prévia dos indicadores, motivo por que também não foi incluída no Delphi.

A técnica Delphi foi desenvolvida do seguinte modo:

- 1º) Utilizou-se o correio electrónico como veículo de comunicação, o que facilitou a transmissão e o tratamento de dados e permitiu acelerar o processo;
- 2º) Na primeira ronda enviou-se o questionário inicial, onde se incluíam 15 questões que traduziam: as três grandes áreas de avaliação do CA (*resultados do hospital; cumprimento da estratégia; modo como o CA liderou e actuou*); os critérios em cada uma daquelas áreas. Os peritos podiam apresentar novas áreas e critérios no próprio questionário. Pediu-se aos peritos que acrescentassem explicações sempre que considerassem que a sua posição face a uma questão era de “*outlier*”;
- 3º) O facilitador tratou as respostas e devolveu o questionário que incluía: resumo estatístico – distribuição percentual em cada questão, indicação dos quartis inferior e superior, posição em que o perito se situa; informação adicional recolhida, por regra a transcrição de afirmações de peritos que caracterizavam as diversas posições. Solicitou-se nova votação à luz desta informação;
- 4º) Na segunda ronda cada perito voltou a responder e a adicionar justificações – explicando as razões por que acreditava na superioridade da sua posição, obrigatoriamente quando esta se situasse fora da zona interquartis;
- 5º) Tratadas as respostas e efectuado um teste estatístico verificou-se existir estabilidade suficiente, pelo que não efectuámos a prevista 3ª ronda. O facilitador enviou os resultados finais, mostrando os valores centrais e a dispersão dos resultados finais.

Com base nos critérios e componentes dos “*Resultados do hospital*” que tinham sido definidas pelo painel DELPHI, preparámos depois uma Técnica de Grupo Nominal (TGN<sub>1</sub>) com vista a especificar os indicadores em cada critério e o grau de consenso que se verificava. Participaram oito dos peritos que integraram o painel a quem disponibilizámos a seguinte informação:

- i) Resultados discriminados do painel DELPHI;
- ii) Lista de indicadores validados para cada critério, podendo ser acrescentados outros por cada perito;
- iii) Critérios a utilizar para a selecção e classificação de indicadores – importância (impacto nos resultados), abrangência, fiabilidade esperada (considerando o sistema de informação e a possibilidade de “*gaming*”), complementaridade (evitar duplicações e sobreposições de âmbito);
- iv) Regras de funcionamento do grupo nominal.

Após obter a ponderação dos indicadores de resultados do hospital (área 1 do modelo) procedemos de modo semelhante com os das áreas restantes, constituindo um Grupo Nominal com essa finalidade (TGN<sub>2</sub>).

Disponibilizámos aos 8 peritos a seguinte informação (no anexo 3 apresentamos alguns espécimes usados):

- i) Resultados finais das técnicas anteriores (DELPHI e TGN<sub>1</sub>);
- ii) Regras de funcionamento do TGN<sub>2</sub> que incluíam a análise e votação preliminar à sessão de TGN. Resumo dessa votação foi depois enviado aos peritos respeitando o anonimato;
- iii) Lista de indicadores validados para cada critério, com pequena descrição do que se incluía, aos quais os peritos podiam adicionar outros indicadores ou modificar o seu âmbito;
- iv) Sugestão de metodologia, de uso facultativo e visando facilitar a tarefa de ponderar os indicadores em cada critério.

Com o consenso muito forte no TGN<sub>2</sub> partimos para a ponderação final de cada área e dos seus critérios, novamente utilizando um Grupo Nominal (TGN<sub>3</sub>). Fizemos chegar aos peritos informação sobre a Técnica de Grupo Nominal e os resultados obtidos anteriormente, no DELPHI e nos dois TGN.

Antecipávamos que a área 1 teria maior ponderação que a 2 e esta maior que a 3. Esta suposição derivava da maior objectividade, incluindo o grau de quantificação e relação com padrões, e da convicção que os gestores deverão ser avaliados essencialmente pelos resultados que conseguiram.

## 10.2. Resultados

### 10.2.1. Apresentação de resultados

Dos trinta e oito peritos que foram convidados para integrar o Delphi, trinta e sete, seja 97%, responderam integralmente às duas primeiras voltas do questionário, o que a nosso ver espelha o interesse e a importância do tema actualmente em Portugal. Não houve sugestão de novas áreas ou critérios pelo que se mantiveram as três áreas e os doze critérios iniciais, num total de quinze questões.

Na primeira volta verificou-se logo grande concentração de votos nos pontos superiores da escala (“concordo”, “concordo fortemente”), traduzindo elevada importância e um consenso significativo, conforme gráficos nº 10.1 e 10.2, constantes da página seguinte, e quadros nº 10.2 e 10.3 do anexo 2. Oito das 15 questões (seja 53%) recolhiam mais de 90% de votos concordantes (6 a 9) e apenas uma questão (a 3.3) não tinha pelo menos dois terços de votos iguais ou superiores a 6. A dispersão, medida pelo IQD – desvio inter-quartis, igual a (quartil superior- quartil inferior)/2 –, apresentava valores elevados em várias questões, dez com valores superiores ou iguais a 1. Ver resultados resumidos no quadro nº 10.2 no anexo 2.

Gráfico N° 10.1: Delphi - descrição dos resultados da 1ª volta

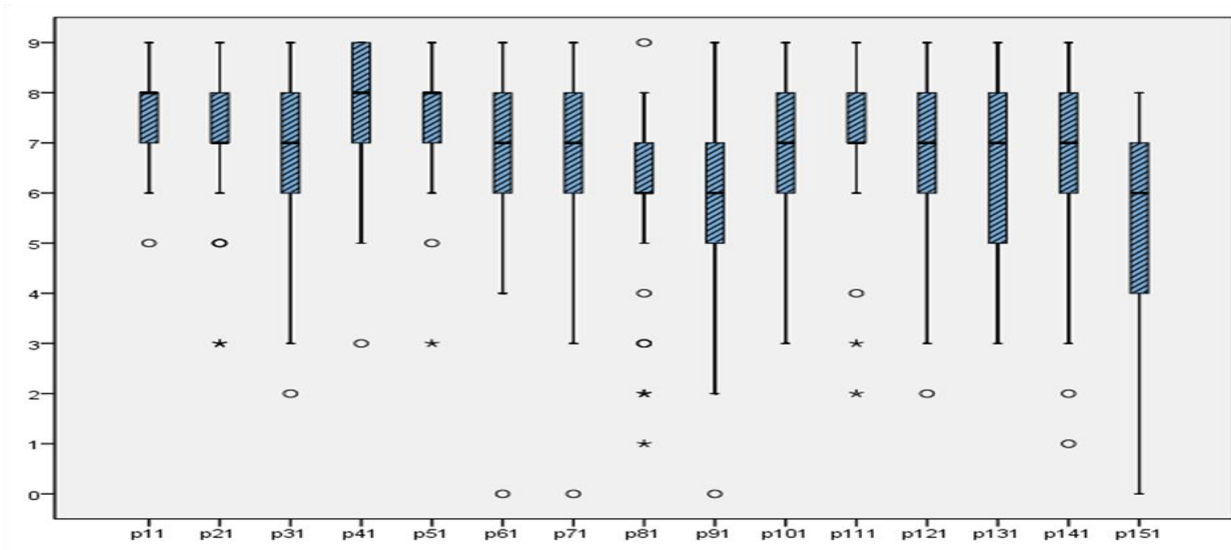
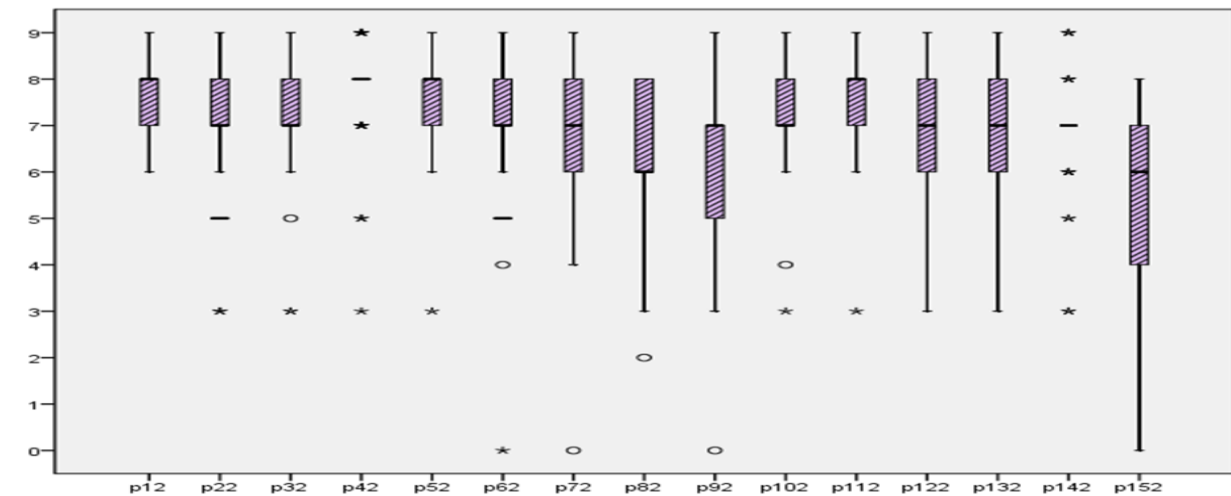


Gráfico N° 10.2: Delphi - descrição dos resultados da 2ª volta



Legenda dos gráficos: pij refere-se à questão i e à votação j (primeira ou segunda)

Na segunda volta verificou-se uma diminuição da dispersão, o IQD diminuiu ou manteve-se por regra, excepto na questão 1.5, e passou a ser inferior a um em nove questões (antes apenas em 5) – o gráfico n° 10.2 mostra que, por regra, se estreitou a amplitude de variação e o intervalo inter-quartis assim como evidencia que após a segunda volta a maioria das pontuações têm um limite inferior que é maior ou igual a 6 (*concordo*). Também aumentou o número de questões cujos votos concordantes ultrapassavam 90%, de oito para nove.

Usámos o teste de Kendall para comparar a distribuição das respostas, no que respeita ao grau de importância, na primeira e na segunda voltas. O  $W$  de Kendall na segunda volta<sup>331</sup> foi igual a 0,26

<sup>331</sup> Na primeira volta  $W$  foi de 0,2 e o qui-quadrado de 100, com GL=14 e probabilidade de  $h_0$  inferior a 0,001.

(Qui-quadrado=134, GL=14,  $p < 0,001$ ), podendo concluir-se que as pontuações são significativamente diferentes. As questões mais valorizadas pelo painel na 2ª volta foram a 1, a 1.1 e a 2.2, enquanto as menos valorizadas foram a 3.3, a 1.6 e a 1.5, num padrão semelhante ao obtido na primeira volta.

A maioria dos peritos manteve a pontuação na segunda fase, verificando-se em média 76% de manutenção da pontuação na 2ª volta face à primeira: sete questões com estabilidade superior a 80%; apenas 2 questões com menos de 67%.

Como o Delphi constituía o ponto de partida, seguindo-se técnicas que permitem aferir e rever os seus resultados, e verificando-se estabilidade nas votações, decidimos não efectuar uma 3ª volta do painel. O quadro nº 10.3 constante do anexo 2 resume os resultados da 2ª volta.

Quanto à votação pelos diferentes grupos – académicos, tutela, gestores privados e do SNS – não encontramos diferenças significativas de importância na 2ª volta, visto que a votação média de cada grupo não chegou a afastar-se 4% da média geral, tendo-se no entanto constatado maior variabilidade no grupo de académicos.

Para classificar o grau de consenso em cada questão adoptámos a metodologia sugerida para escalas de Likert (Faherty, 1979; Raskin, 1994): se o Desvio Inter-Quartis é superior a 1,0 o consenso é baixo; será moderado quando se situe entre 0,6 e 1 e será forte se for menor ou igual a 0,6. Assim fomos transformar a escala inicial (de 0 a 9) numa escala de 1 a 5. O quadro nº 10.4 mostra os resultados obtidos.

**Quadro Nº 10.4: Delphi - síntese de resultados da segunda volta (escala de 1 a 5)**

	Valores		Percentis			IQD	4 e 5 (% votos)
	Mínimo	Máximo	Mediana	25%	75%		
<b>1.Resultados do hospital</b>	4	5	<b>5,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>100,0%</b>
1.1.Sustentabilidade	2	5	<b>5,00</b>	5,00	5,00	<b>0</b>	<b>91,7%</b>
1.2 Qualidade e eficácia	2	5	<b>5,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>97,2%</b>
1.3. Satisfação de doentes e acesso	1	5	<b>4,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>91,7%</b>
1.4. Desenvolvimento e satisfação dos profissionais	1	5	<b>4,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>94,4%</b>
1.5. Responsabilidade pública e cooperação com o SNS	2	5	<b>4,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>83,3%</b>
1.6. Inovação	1	5	<b>4,00</b>	3,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>74,3%</b>
<b>2.Cumprimento da estratégia</b>	2	5	<b>4,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>86,1%</b>
2.1. Cumprir os programas e projectos estruturantes	3	5	<b>4,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>94,4%</b>
2.2. Melhorias significativas de gestão	2	5	<b>5,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>94,4%</b>
2.3. Melhorar a liderança interna e externa	2	5	<b>4,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>91,7%</b>
<b>3.Modos como o CA liderou e actuou</b>	2	5	<b>4,00</b>	4,00	5,00	<b>0,5</b>	<b>91,7%</b>
3.1. Funcionamento do CA	2	5	<b>4,00</b>	3,50	5,00	<b>0,75</b>	<b>72,2%</b>
3.2. Contributo do CA para melhor SNS	2	5	<b>4,00</b>	4,00	4,00	<b>0</b>	<b>83,3%</b>
3.3. Performance individual dos membros do CA.	1	5	<b>4,00</b>	2,50	4,00	<b>0,75</b>	<b>55,6%</b>

Pode concluir-se que, na segunda volta, obtivemos *forte* consenso em todas as questões, salvo na 3.1 e 3.3 onde foi apenas moderado. Doze das quinze questões foram muito valorizadas, com pontuações acima de 80% no conjunto *concordo* e *concordo fortemente*. Pelo contrário as questões

1.6, 3.1 e 3.3 não recolheram importância muito elevada. Apenas a questão 3.3 se apresenta com falta de solidez, visto ter importância inferior a 67% e consenso apenas moderado, com dispersão maior que a desejada.

Quanto aos resultados, decomposição da área 1, todos os critérios foram considerados importantes, quatro tiveram valorização acima de 90% (% de *concordo* e *concordo fortemente*) e apenas a inovação recolheu menos de 80%. Na estratégia (área 2) os três critérios receberam elevada importância, acima de 90%, e forte consenso.

Finalmente nos critérios da área 3 verificou-se:

- Pouca importância e consenso apenas moderado na questão 3.3, *Avaliação individual*, pelo que este critério deverá ser eliminado do modelo;
- Os restantes critérios são válidos embora o 3.1, *Funcionamento do CA*, necessite de ser melhorado nos seus componentes, o que se fez antes das sessões de TGN.

Os comentários e sugestões dos peritos do painel permitiram orientar o facilitador na tarefa de adequação de alguns critérios, como sejam o *Funcionamento do CA* (3.1) e o *Contributo do CA para melhor SNS* (3.2).

A técnica de grupo nominal (TGN<sub>1</sub>) produziu resultados muito interessantes em: grau de consenso; decisão de exclusão do critério da inovação; definição dos indicadores e sua ponderação.

O consenso do Grupo verificou-se logo na adesão aos indicadores propostos e com uma votação muito expressiva num número reduzido de indicadores, como se pode ver no quadro nº 10.5.

**Quadro Nº 10.5: TGN<sub>1</sub> – indicadores dos cinco critérios e concentração de pontuação obtida**

<i>Crítérios de resultados do hospital</i>	Nº de indicadores			Concentração da pontuação		
	Iniciais	Novos	Total	<i>Três mais</i>	<i>Cinco mais</i>	<i>Sete mais</i>
<b>Sustentabilidade</b> (eficiência, produção, finanças)	25	2	27	59,4%	81,3%	93,4%
<b>Qualidade e eficácia</b>	16	2	18	51,3%	67,8%	83,4%
<b>Satisfação de doentes e acesso</b>	11	1	12	50,0%	71,1%	87,6%
<b>Desenvolvimento e satisfação de profissionais</b>	9	1	10	60,9%	79,9%	92,8%
<b>Responsabilidade pública e cooperação com o SNS</b>	9	3	12	55,9%	76,4%	91,8%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>9</b>	<b>79</b>	-	-	-

Quanto à *inovação* verificou-se decisão unânime do Grupo no sentido da sua exclusão, por se ter concluído:

- 1º Ser difícil operacionalizar este objectivo para fins de avaliação do CA, respeitando os critérios definidos para a selecção de indicadores e querendo-se evitar promover a “má” inovação<sup>332</sup>;
- 2º Ser a inovação clínica pouco relevante em hospitais distritais – pretendendo-se modelo de avaliação comum – e não ser objecto de validação prévia por Instituto especializado. A inovação de gestão considerou-se estar adequadamente contemplada nas áreas 2 e 3 do modelo;
- 3º Ser reduzida a importância atribuída à inovação onde o CA teria influência preponderante, não justificando por isso a sua inclusão, dado o acréscimo de custo e complexidade do modelo que provocaria.

Após revisão final o grupo nominal (TGN<sub>1</sub>) seleccionou 38 indicadores que representam à volta de 93% do total de votos expressos:

- i) Sete indicadores de *Sustentabilidade*, 93%;
- ii) Nove indicadores de *Qualidade e eficácia*, 93%;
- iii) Oito indicadores de *Satisfação de doentes e acesso*, 93%;
- iv) Sete indicadores de *Desenvolvimento e satisfação de profissionais*, 93%;
- v) Sete indicadores de *Responsabilidade pública e cooperação com o SNS*, 92%.

Considerando a importância da produtividade e do tempo de resposta em urgência o Grupo decidiu manter dois indicadores com pontuação inferior ao mínimo inicialmente requerido: 1.1.7. *Valor acrescentado bruto sem subsídios por trabalhador*; 1.2.9. *Espera no SU face a padrões da classificação segundo a Triagem de Manchester-doentes amarelos e laranja*.

A lista completa dos indicadores seleccionados, com a ponderação atribuída a azul, encontra-se no quadro nº 10.6 que apresentamos na página seguinte.

A informação constante desse quadro leva-nos a concluir que os peritos preferiram indicadores que fazem medição relativa, face aos valores de hospitais semelhantes, e que valorizam mais:

- a) Na *sustentabilidade*, os custos, a produtividade e o cumprimento do contrato-programa, em detrimento de indicadores financeiros que se considerou estarem mais sujeitos a enviesamentos devidos à inadequação do sistema de financiamento;
- b) Na *qualidade e eficácia*, os indicadores de qualidade dos resultados finais (mortalidade, % de infecções);
- c) Na *satisfação de doentes e acesso*, os indicadores de satisfação global com os serviços do hospital e com o tempo médio de acesso à consulta e ao bloco operatório;
- d) No *desenvolvimento e satisfação de profissionais*, os indicadores de satisfação global, o número de horas de formação e a taxa de retenção de médicos e enfermeiros;
- e) Na *responsabilidade e cooperação com o SNS*, os indicadores de acreditação, de satisfação de médicos referentes, de % de consultas efectuadas nos próprios CSP.

<sup>332</sup> De custo-efectividade desfavorável ou que não encontra justificação no seio do SNS, conforme o previsto nas Redes de Referência Hospitalares e de acordo com os papéis definidos para cada hospital.



Quadro Nº 10.6: Resultados do hospital para avaliação dos CA dos hospitais EPE (TGN<sub>1</sub>)

Área	Crítérios	Indicadores
1. Resultados do hospital	<b>1.1. Sustentabilidade</b> (eficiência, produção, finanças)	1.1.1. Custo operacional actual /orçamento ajustado à produção 26% 1.1.2. Custo unitário global por doente padrão/valor esperado (grupo) 22% 1.1.3. EBITDA antes de subsídios/vendas <sup>a</sup> 15% 1.1.4. Doentes saídos do internamento (SNS) / doentes contratados 13% 1.1.5. Doentes padrão por médico ETC 11% 1.1.6. Taxa de realização de CE e de CA (Nº SNS/nº contratado) 9% 1.1.7. VAB sem subsídios/Nº trabalhadores. 4%
	<b>1.2. Qualidade e eficácia</b>	1.2.1. Mortalidade no internamento/esperado (grupo) 21% 1.2.2. % Infecções nosocomiais no internamento/esperado (grupo) 19% 1.2.3. % Cirurgia ambulatória no total de programada/valor médio do grupo 15% 1.2.4. % Readmissão não programada ao internamento 30 dias após alta mesmo GDH/esperado (grupo) 9% 1.2.5. % Operações não desmarcadas das agendadas 8,5% 1.2.6. % 1 <sup>as</sup> CE no total/valor médio do grupo 8,5% 1.2.7. % CE não desmarcadas das agendadas 8% 1.2.8. Protocolos clínicos e prescrição electrónica <sup>b</sup> 7% 1.2.9. Espera no SU face a padrões da TM (doentes <i>amarelos e laranja</i> ). 4%
	<b>1.3. Satisfação de doentes e acesso</b>	1.3.1. Satisfação global (MB, B) com serviços do hospital/esperado 22% 1.3.2. Nº médio dias espera por 1º CE/esperado (grupo) 19% 1.3.3. Nº médio dias espera para BO/esperado (grupo) 13% 1.3.4. Taxa de satisfação global com internamento e CE/esperado (grupo) 12% 1.3.5. % Doentes que esperam mais de 4 semanas por uma CE/esperado (grupo) 10% 1.3.6. Taxa de satisfação com médicos e enfermeiros <sup>c</sup> (MB, B) /esperado (grupo) 10% 1.3.7. % Doentes que esperam mais de 6 meses por BO/esperado (grupo) 7% 1.3.8. Tempo médio de resposta a reclamações/esperado (grupo) (no futuro tempo de resolução). 7%
	<b>1.4. Desenvolvimento e satisfação de profissionais</b>	1.4.1. Taxa de satisfação global do pessoal/esperado (grupo) 24% 1.4.2. Nº horas de formação por colaborador/esperado (grupo) 23% 1.4.3. Taxa de retenção global de profissionais/esperado (grupo) 18% 1.4.4. % Profissionais satisfeitos (MB, B) com chefias/gestores (1ª e 2ª linha) Vs grupo 12% 1.4.5. Nº médio de faltas por doença por colaborador/esperado (grupo) 7,5% 1.4.6. Nº de faltas por acidente de trabalho por 100 profissionais / esperado (grupo) 7,5% 1.4.7. Taxa de retenção de enfermeiros e médicos <sup>d</sup> /esperado (grupo). 8%
	<b>1.5. Responsabilidade pública e cooperação com o SNS</b>	1.5.1. Acreditação por organismo internacional 24% 1.5.2. Satisfação de médicos referentes (CSP) com coordenação de cuidados pelo hospital (grupo) 20% 1.5.3. % CE efectuadas nos CSP pelo hospital/esperado (grupo) 17% 1.5.4. Grau cumprimento objectivos do contrato-programa 12% 1.5.5. Nº contratos escritos de referência com CSP/Nº ACE da área de atracção directa (grupo) 10% 1.5.6. Nº de acções de educação/promoção de saúde e prevenção da doença Vs grupo 10% 1.5.7. Certificação ambiental do hospital (energia, resíduos). 7
<b>Notas:</b> (a) Vendas sem medicamentos de dispensa gratuita em ambulatório hospitalar. (b) Pontuação: 100% se houver simultaneamente mais de 20 protocolos clínicos em uso e prescrição electrónica no internamento e ambulatório; 50% quando ocorra apenas uma das situações; 0% quando nenhuma das situações ocorra completamente. (c) Média das pontuações obtidas face aos hospitais do grupo em cada uma das "satisfações". (d) Média das pontuações obtidas face aos hospitais do grupo em a cada uma das "retenções".		

Além da prevalência da medição relativa os peritos valorizaram o cumprimento do contrato-programa, seja no grau de execução da produção contratualizada (indicadores 1.1.4 e 1.1.6) ou na consecução global dos seus objectivos (indicador 1.5.4). Para os peritos importa mais cumprir o programa (% da produção contratada) que superar a produção prevista pois trata-se de mecanismo de planeamento e ajustamento da oferta do SNS a necessidades da população organizada geograficamente. Se a produção foi distribuída pelos hospitais para gerar um óptimo global – acessibilidade para doentes, custo, qualidade – afastar-se do acordado, para mais ou para menos, será negativo.

Na TGN<sub>2</sub> os peritos confirmaram a exclusão do critério 3.3 (*Performance individual dos membros do CA*), que no Delphi tinha revelado insuficiências em importância e consenso.

Aliás os resultados obtidos nesta técnica foram muito encorajadores, como se pode concluir da leitura dos quadros nº 10.7, 10.8 e 10.9:

- Não houve grandes alterações ao proposto, apenas pequenos ajustamentos à designação e ao conteúdo de três dos treze indicadores que foram apresentados aos peritos;
- O TGN<sub>2</sub> evoluiu, da primeira para a segunda votação, no sentido de maior consenso em todos os indicadores, apenas no indicador 3.2.3 o coeficiente de variação foi igual ao da primeira votação;
- De acordo com a regra que havia sido definida verificou-se um consenso final *muito forte* em todos os indicadores<sup>333</sup>, salvo no 3.1.2 em que foi *forte*;

Todos os indicadores foram validados e tiveram importância reconhecida, nenhum foi ponderado com menos de 7%, sendo o menor ponderado com 18%.

---

<sup>333</sup> Naturalmente o indicador 2.1.1, único no critério 2.1, não foi objecto de votação visto que teria que ter 100%.

Quadro Nº 10.7: TGN<sub>2</sub> – pontuação obtida pelos indicadores dos critérios da área 2 (estratégia)

<p>2.1. Cumprimento de programas e projectos estruturantes<sup>a</sup></p>	<p><b>2.1.1. Traduzidas em: 100%</b>  a) Investimentos concretizados: i) Equipamentos de inovação tecnológica, com aumento de celeridade ou de segurança do processo de diagnóstico e de terapêutica ou com impacto nos custos operacionais (aumento de produtividade, diminuição do tempo de recurso ao exterior ou dos tempos de espera ou de resposta às solicitações); ii) Instalações ou em sistemas de informação e comunicação, com vista a disponibilizar toda a informação (circula a informação, não o doente) e eliminando a repetição de actos, procedimentos ou processos desnecessários.  b) Mudanças substanciais implementadas: i) Globais, em qualidade, eficiência e tempo de resposta, como sejam a acreditação do hospital ou a certificação de vários serviços; ii) Em serviços ou em grandes reformulações de processos, com impacto demonstrado na melhoria da eficiência – redução de desperdício, simplificação e outros – e na redução do tempo de disponibilização de resultados de exames/análises em internamento e ambulatório.</p>
<p>2.2. Melhorias na gestão para maior performance futura</p>	<p><b>2.2.1. Robustez e consistência do planeamento estratégico 38%</b>  Avalia-se não a bondade da estratégia mas a consistência e robustez do seu processo (participação, articulação com as estratégias dos níveis intermédios e com os documentos anuais de prestação de contas) e como a implementação será controlada.  <b>2.2.2. Melhorias na estrutura e sistemas de gestão 33%</b>  Valorizam-se as modificações na estrutura (orgânica, divisão e delegação de poderes, focando os níveis intermédio e operacional), na informação, medição e análise da <i>performance</i> de unidades; planos, objectivos e orçamentos; recrutamento, promoção, avaliação e retribuição de pessoas; qualidade e segurança; controlo (recursos, processos, resultados).  <b>2.2.3. Projectos de racionalização de recursos e processos 29%</b>  Avaliam-se os projectos implementados (complementares aos referidos em 2.1.1 e de âmbito tático, mais local, de função ou serviço) ou para maior eficiência e qualidade, nomeadamente: dotação/afectação de pessoas, divisão de trabalho, definição de postos de trabalho (conteúdo/responsabilidades), coordenação e responsabilização; melhoria de qualidade e segurança<sup>b</sup>; simplificar processos, informatizar e automatizar; decisões fundamentadas de <i>insourcing/outsourcing</i>; modificações para melhor prestação de contas interna.</p>
<p>2.3. Melhoria da liderança<sup>c</sup></p>	<p><b>2.3.1. Interna 60%</b>  i) Desenvolvimento de gestores e líderes - formação, promoção de equipas e grupos <i>ad-hoc</i>, motivar para análise, medição e modificação de processos;  ii) Melhoria da prestação de contas de responsáveis e GT/Comissões (responsabilidades, objectivos e metas, forma de avaliação e consequências, contrato escrito);  iii) Melhoria da comunicação (plano de comunicação) e da coordenação internas;  iv) Promoção de atitudes e comportamentos que reforcem os valores/cultura e o cumprimento do código de conduta.  <b>2.3.2. Na relação externa<sup>d</sup> 40%</b>  Todas as acções tendentes a melhorar a imagem e a prestação de contas pública, a cooperação com outros serviços de saúde com vista a maior eficiência global, com outros serviços da comunidade (sociais, ensino, etc.), com representantes da comunidade (ex. autarquias, misericórdias) e de doentes</p>
<p><b>Notas:</b>  (a) Incluem-se apenas os grandes projectos que visam o ajustamento da oferta (capacidade global, qualidade, composição e flexibilidade da oferta) e da sua eficiência global, excluindo a substituição de equipamento e os restantes projectos sem carácter estratégico. Avaliação baseia-se no documento estratégico e relatório do CA.  (b) Incluem-se todos os projectos implementados com benefícios futuros para a qualidade e segurança das pessoas, incluindo os que visem melhorar a medição de resultados clínicos e aumentar a responsabilização pela qualidade aos diversos níveis do hospital (governança clínica).  (c) Critérios 1 e 2 focam-se em mudanças efectivadas (aspectos físicos e “<i>hardware</i>” de gestão) aqui visa-se a actuação do CA, através de comunicação, motivação e desenvolvimento (“<i>software</i>”), que provocará melhorias futuras de resultados, dirijam-se ao interior do hospital ou ao seu meio ambiente. (d) Excluem-se as acções referidas na área 3, por ex. coordenação externa de cuidados com CSP, hospitais e CCI.  (d) Excluem-se as acções referidas na área 3, por ex. coordenação externa de cuidados com CSP, hospitais e CCI.</p>	

**Quadro Nº 10.8: TGN<sub>2</sub> – pontuação obtida nos indicadores dos critérios da área 3 (Como o CA actuou e liderou)**

<p>3.1. Funcionamento do CA</p>	<p><b>3.1.1. Estrutura, composição e regulamentação do Conselho 18%</b>                  Inclui a existência de normas escritas com a definição de funções e de objectivos no CA, a atribuição de funções, a delegação de competências, o funcionamento de comissões executivas (auditoria e avaliação) e das restantes previstas no regulamento interno.</p> <p><b>3.1.2. Processo de funcionamento e reuniões 18%</b>                  Valoriza-se a periodicidade das reuniões, a divulgação atempada da informação para a reunião, organização de assuntos e oportunidade para debate dos assuntos importantes.</p> <p><b>3.1.3. Forma como o CA actuou 28%</b>                  Valoriza-se nomeadamente: i) Cumpriu a legislação (geral, ambiental, laboral, saúde), regras, normas de boa prática e as orientações da tutela (comuns às EP, genéricas para os hospitais, específicas); ii) Exerceu as suas competências - ponderam-se as acções concretas desenvolvidas (e as omissões), que visem garantir o pleno exercício das competências do CA, como estão definidas na legislação e de acordo com o resumo de "áreas de responsabilidade do CA", nomeadamente políticas e medidas para prevenção e gestão dos riscos gerais (incluindo económico-financeiros e ambientais), para garantir a adequação e a qualidade sistema de controlo interno e da informação difundida (interna e externamente).</p> <p><b>3.1.4. Políticas e medidas tomadas para boa governação clínica 37%</b>                  Inclui: Prevenção de riscos de qualidade e segurança clínica; melhoria contínua e cumprimento de boas práticas clínicas; integração em sistemas (ex. medição, avaliação e retribuição); actuação com vista a efectiva direcção operacional multi-disciplinar.</p>
<p>3.2. Contributo do CA para melhor SNS</p>	<p><b>3.2.1. Melhoria da informação e da gestão do SNS 31%</b>                  Valorizam-se acções do CA para difusão de informação para outros serviços do SNS e da comunidade (relatórios de actividades, planos e objectivos anuais, sítio na <i>internet</i> actualizado incluindo serviços e condições de acesso, etc.), forma como se relacionou com os organismos de tutela em geral (tempo e qualidade da informação transmitida), outros contributos e sugestões para melhorar a informação e resultados do SNS.</p> <p><b>3.2.2. Princípios do SNS e política de saúde 31%</b>                  Considera-se o modo como o CA difundiu e promoveu o cumprimento de princípios da gestão hospitalar, assim como do SNS e das empresas públicas, da política de saúde, do código de conduta dos gestores (SNS, empresas públicas).</p> <p><b>3.2.3. Coordenação de cuidados 38%</b>                  Valorizam-se os esforços <sup>a</sup> para melhorar a integração de cuidados, o cumprimento das RRH, a difusão de tecnologias custo-efectivas e o uso global de recursos do SNS.</p>
<p><b>Notas:</b> (a) Incluindo os que conduzam aos resultados referidos no critério "Responsabilidade pública" (ex. Contratos escritos com serviços do SNS).</p>	

Quadro Nº 10.9: Importância e consenso nos indicadores das áreas 2 e 3 (TGN<sub>2</sub>)

	Ponderação (valor médio)	Variabilidade	
		Desvio padrão	Coefficiente de variação
<b>2.2. Melhorias na gestão para maior performance futura</b>			
2.2.1. Robustez e consistência do planeamento estratégico	38%	5%	0,12
2.2.2. Melhorias na estrutura e sistemas de gestão	33%	3%	0,08
2.2.3. Projectos implementados de racionalização de recursos e processos	29%	3%	0,11
<b>2.3. Melhoria da liderança</b>			
2.3.1. Liderança interna	60%	4%	0,06
2.3.2. Liderança no exterior	40%	4%	0,09
<b>3.1. Funcionamento do CA</b>			
3.1.1. Estrutura, composição, regulamentação do CA	18%	3%	0,15
3.1.2. Processo de funcionamento e reuniões do CA	18%	4%	0,22
3.1.3. Forma como o CA actuou	28%	4%	0,13
3.1.4. Políticas e medidas de governação clínica	37%	3%	0,07
<b>3.2. Contributo do CA para melhor SNS</b>			
3.2.1. Melhoria da informação e gestão do SNS	31%	2%	0,07
3.2.2. Princípios do SNS e política de saúde	31%	2%	0,07
3.2.3. Coordenação de cuidados	38%	5%	0,12

A TGN<sub>3</sub> proporcionou os resultados seguintes, conforme quadro nº 10.10:

- A área 1 (*Resultados do hospital*) representa um pouco mais de metade do peso total (53%), a área 2 (*Cumprimento da estratégia*) teve pontuação importante (29%) e a área 3 recolheu 18%;
- Nos resultados a sustentabilidade e a qualidade foram considerados os critérios mais importantes, respectivamente com 34% e 23%, seguidos da satisfação de doentes (17%), da responsabilidade pública (14%) e do desenvolvimento de colaboradores (12%);
- Na área 2 valorizou-se mais o critério *Melhorias na gestão* (39%), que os dois restantes, com 31% e com 30%;
- Na *Forma como CA actuou e liderou* foi atribuída maior importância ao contributo da CA para melhor SNS (52,5%) que ao funcionamento do Conselho (47,5%).

Quadro Nº 10.10: Ponderação das áreas e critérios do modelo (TGN<sub>3</sub>)

Áreas	Crítérios	Indicadores
1- Resultados do hospital (53%)	1.1. Sustentabilidade (produção, custos, finanças) (34%) 1.2. Qualidade e eficácia (23%) 1.3. Satisfação de doentes e acesso (17%) 1.4. Desenvolvimento e satisfação de profissionais (12%) 1.5. Responsabilidade pública e cooperação com o SNS (14%)	1.1.1 a 1.1.7; 1.2.1 a 1.2.9; 1.3.1 a 1.3.8; 1.4.1. a 1.4.7; 1.5.1. a 1.5.7.
2- Cumprimento da estratégia (29%)	2.1. Cumprir programa e projectos estruturantes (31%) 2.2. Melhorar a gestão para maior performance futura (39%) 2.3. Melhorar a liderança interna e externa (30%)	2.1.1; 2.2.1 a 2.2.3; 2.3.1 e 2.3.2.
3- Forma como o CA actuou e liderou (18%)	3.1. Funcionamento do CA (47,5%) 3.2. Contributo do CA para melhor SNS (52,5%)	3.1.1 a 3.1.4; 3.2.1 a 3.2.3.

Neste Grupo Nominal verificou-se um consenso  *muito forte*  na ponderação das áreas, medido pelo coeficiente de variação, conforme se pode comprovar pelo quadro nº 10.11 que se apresenta de seguida.

**Quadro Nº 10.11: Grau de consenso obtido nas áreas de avaliação (TGN<sub>3</sub>)**

	Ponderação (valor médio)	Variabilidade	
		Desvio padrão	Coefficiente de variação
1- Resultados do hospital	53%	2,7%	0,051
2- Cumprimento da estratégia	29%	1,8%	0,060
3- Forma como o CA actuou e liderou	18%	2,6%	0,143

De modo semelhante o consenso quanto aos critérios foi também  *muito forte* , salvo nos critérios 1.3 (*Satisfação de doentes e acesso*) e 1.4 (*Desenvolvimento e satisfação de profissionais*) onde houve consenso  *forte*  – ver quadro nº 10.12 que se segue.

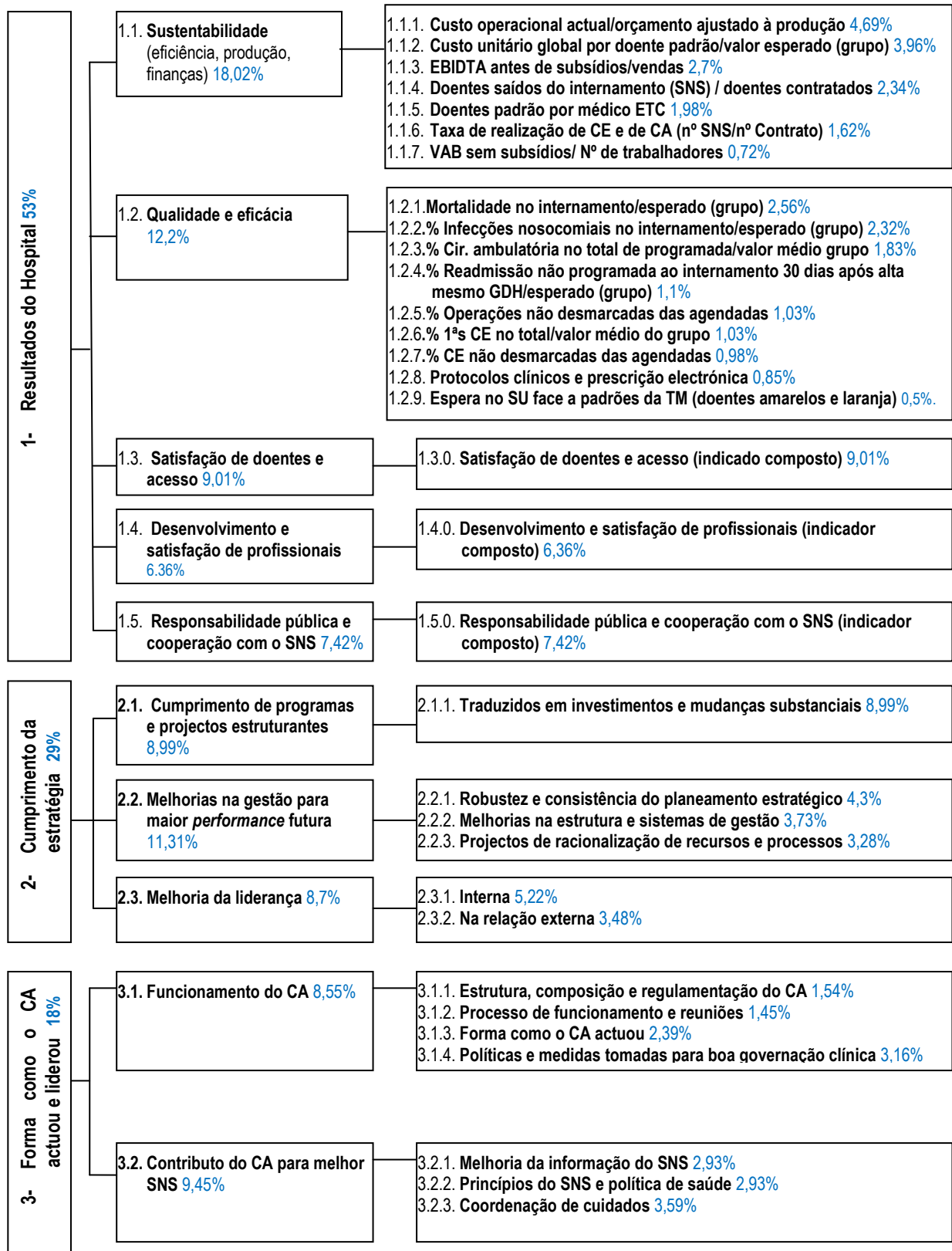
**Quadro Nº 10.12: Grau de consenso obtido nos critérios (TGN<sub>3</sub>)**

	Ponderação (valor médio)	Variabilidade	
		Desvio padrão	Coeffic. de variação
<b>Crítérios de resultados</b>			
1.1.Sustentabilidade (produção, custos, finanças)	34%	3,5%	0,11
1.2.Qualidade e eficácia	23%	3,7%	0,16
1.3.Satisfação de doentes e acesso	17%	4,2%	0,25
1.4.Desenvolvimento e satisfação de profissionais	12%	3,0%	0,25
1.5.Responsabilidade pública e cooperação com o SNS	14%	1,3%	0,09
<b>Crítérios da área 2</b>			
2.1. Cumprir programa e projectos estruturantes	31%	4,2%	0,14
2.2. Melhorar a gestão para maior <i>performance</i> futura	39%	3,5%	0,09
2.3. Melhorar a liderança interna e externa	30%	2,8%	0,09
<b>Crítérios da área 3</b>			
3.1. Funcionamento do CA	47,5%	9,6%	0,20
3.2. Contributo do CA para melhor SNS	52,5%	9,6%	0,18

Os peritos consideraram unanimemente que todos os indicadores se deveriam manter com a ponderação que tinha sido definida, não usando da prerrogativa de eliminar algum cujo peso final no modelo não justificasse a sua inclusão. Houve ainda consenso sobre a apresentação na forma de índice/indicador composto dos critérios 1.3, 1.4 e 1.5, naturalmente respeitando a composição em indicadores simples e a respectiva ponderação, definidas no TGN<sub>1</sub> e conforme quadro nº 10.6.

Assim o modelo de avaliação dos CA dos hospitais EPE, do tipo de Modelo Multi-Atributivo de Valor, assume a forma que se apresenta no quadro nº 10.13, constante da página seguinte.

Quadro Nº 10.13: Modelo de avaliação dos CA dos hospitais EPE



## 10.2.2. Discussão de resultados

### 10.2.2.1. Sobre a abordagem e técnicas usadas

Analisando *a posteriori* o processo de construção do modelo haverá que começar por reconhecer o seu relativo sucesso e os motivos que o justificam.

Em primeiro lugar colocamos o elevadíssimo nível dos peritos envolvidos e o empenho colocado nas técnicas de consenso (Delphi e TGN). Depois, essas técnicas facilitaram o lançamento de novas ideias e indicadores de modo crítico, com debate estruturado e aferição das suas vantagens e desvantagens, e provocaram efeitos sinérgicos nos peritos envolvidos: acumulação de conhecimento, amadurecimento e balanceamento de motivos até posição final.

Finalmente o investimento efectuado na pesquisa bibliográfica e na preparação do enquadramento da avaliação da gestão dos CA, bem como o diálogo promovido com inúmeros gestores hospitalares, constituíram a base e o cimento que permitiram os resultados daquelas técnicas.

A abordagem seguida parece ter resolvido adequadamente as questões suscitadas pelo Delphi. Nessa técnica três critérios não saíram com a solidez e consenso requeridos:

- i) *Inovação* (critério 1.6), com importância não muito elevada (% *concordo* e *concordo fortemente* inferior a 80%) e em que vários peritos manifestaram dúvidas sobre o critério, sua validade (como destringer a “boa da má”) e praticabilidade (possibilidade de encontrar indicadores fiáveis);
- ii) *Funcionamento do CA* (3.1), com importância não muito elevada e consenso apenas moderado, por insuficiente detalhe dos componentes e por diferente percepção da sua importância entre os peritos;
- iii) *Avaliação individual dos membros do CA* (3.3), com pouca importância (% *concordo* e *concordo fortemente* inferior a 67%) e consenso apenas moderado, porque diversos peritos consideraram-na prematura, à luz da informação e do ambiente vivido nos hospitais EPE, e susceptível de prejudicar a implementação da avaliação do conjunto do CA.

Estas questões foram objecto de reanálise pelo facilitador e pelos peritos envolvidos nas TGN subsequentes – foram ainda ouvidos alguns académicos e gestores de hospitais.

Na *inovação* foi elaborada uma justificação adicional que foi submetida aos peritos do TGN<sub>1</sub>, tendo o critério sido eliminado depois de reanálise com a justificação já explicitada no ponto 10.1.

No critério 3.1 as limitações que fundamentavam a insegurança dos peritos do Delphi foram posteriormente ultrapassadas. O facilitador reforçou a composição do critério com aspectos sugeridos pelo painel e os peritos da TGN<sub>2</sub> melhoraram a forma de apresentação do critério e dos seus componentes. No final a TGN<sub>3</sub> reconheceu a importância deste critério (47,5% da área 3) numa pontuação com um consenso *muito forte*.

O critério 3.3 foi definitivamente eliminado na TGN<sub>2</sub> com base na reduzida importância, no insuficiente consenso e no efeito negativo que poderia ter na coesão do CA e na viabilidade de implementação da avaliação.

A abordagem seguida deu origem à selecção de novos indicadores e à melhoria da formulação de outros. Permitiu ainda a decisão dos peritos de manter dois indicadores com votação inferior aos 7% inicialmente requeridos – fundada na sua importância e carácter único – e a modificação de três critérios de resultados para o formato de indicadores compostos.



As técnicas utilizadas padecem de algumas limitações: são susceptíveis de enviesamento e são baseadas em opiniões e não em factos.

Aquele enviesamento poderá resultar nomeadamente do facilitador, conforme a influência exercida sobre os peritos e a forma como se desenvolvem as técnicas, da influência de algum ou alguns peritos, quando o seu nível de conhecimentos e experiência no tema for desequilibrador, e da composição das técnicas não ser adequada, por exemplo reflectindo demasiado um grupo de interesses.

As técnicas foram desenvolvidas dentro do rigor metodológico recomendado pela teoria e as restantes questões foram minimizadas através da escolha criteriosa dos peritos, representando vários grupos (gestores de hospitais públicos e privados, membros do accionista, académicos), com a presença de diversos líderes nacionais de opinião e também de peritos sem interesse directo ou indirecto (aposentados).

O Delphi e as TGN baseiam-se em opiniões e como tal reflectem o conhecimento e experiências dos peritos envolvidos. No entanto nessas técnicas a cada perito é fornecida informação fiável e actualizada, pelo facilitador e pelos restantes peritos, num processo que minimiza os erros e facilita a geração de ideias validadas pelo Grupo. No caso em apreço muitos dos peritos eram académicos e estudiosos na matéria e a preparação das técnicas assentou na teoria e no conhecimento acumulado por diversas organizações internacionais.

Por outro lado a avaliação é uma construção social, reflectindo os diferentes objectivos, interesses e valorizações dos *stakeholders*, e sendo uma apreciação global<sup>334</sup> requer juízos de valor, daí que o consenso se imponha e as técnicas que foram usadas são apropriadas para o medir e promover.

Naturalmente o verdadeiro teste do processo de abordagem e da adequação das técnicas terá que fazer-se na aplicação prática do seu resultado, o modelo de avaliação.

#### 10.2.2.2. Questões relativas ao modelo

A medição deve ter validade<sup>335</sup> de construção, conteúdo e critérios<sup>336</sup> (Champagne *et al.*, 1985; Veillard *et al.*, 2005).

Para este efeito a “construção”, por exemplo a capacidade de entender o Português, deve corresponder na sua operacionalização (ex. teste específico) ao conceito teórico em causa. Neste campo visa-se compreender em que medida a avaliação dos CA dos hospitais, como foi definida no enquadramento teórico, está representada no modelo.

Quanto ao conteúdo o instrumento (modelo) deve medir todas as dimensões relevantes do conceito que visa medir, incluindo objectivos e sub-objectivos.

A validade relacionada com os critérios é aferida pela extensão em que as pontuações resultantes do instrumento correspondem a um padrão ou são percebidas pelos interessados como apropriadas, isto é, se o modelo tem poder discriminativo e atribui classificação adequada.

Quanto à validade de construção importa lembrar que situamos o CA dos hospitais EPE mais como gestão de topo que como governação em sentido estrito (BOD) e que a avaliação deve

<sup>334</sup> Pontuar (*rating*) a performance exige medições parcelares e a sua ponderação, onde estão presentes juízos de valor.

<sup>335</sup> Aqui entendida como o grau em que determinado instrumento mede o que é suposto medir.

<sup>336</sup> Em inglês: *construct validity, content validity, criteria validity*.

corresponder ao conjunto de funções e papéis cometidos ao CA<sup>337</sup>. Assim a avaliação deve comparar-se com o referido no enquadramento teórico:

- i) Para o CEO, os resultados do hospital – BSC, função dos objectivos definidos –, a capacidade de implementar a estratégia, a adequação dos sistemas de gestão, os aspectos de liderança e de desenvolvimento de pessoas, actuação conforme os valores e código de conduta;
- ii) Para o BOD e através de auto-avaliação, a organização e funcionamento do próprio *Conselho* (BOD) e como garantiu o cumprimento global de leis, normas, princípios e regras de conduta, a fiabilidade da informação, a adequação do sistema de prestação de contas do hospital, do controlo interno e da gestão de riscos.

O modelo contempla todos esses aspectos, agrupando-os por áreas e critérios inter-relacionados. Permite a avaliação de casos concretos na medida em que especifica os indicadores e componentes, definindo a ponderação a atribuir a cada um deles.

Poder-se-ia pensar num modelo mais genérico, constituído apenas pelas áreas e critérios principais, com vantagens de estabilidade e independência da *performance* atingida, dos problemas existentes no sistema e das necessidades concretas dos hospitais. Um modelo com essas características seria discriminado e especificado de acordo com a situação e necessidades concretas de cada hospital. Porém essa opção manteria os CA dos hospitais afastados da avaliação e seria mais susceptível a *gaming*.

O SNS, como rede de hospitais, deve promover a avaliação relativa e extrair dela o máximo benefício, comparando a *performance* de hospitais e da sua gestão, recolhendo e difundindo informação para a fixação de padrões e metas, procurando as melhores práticas e difundindo-as para os CA e restantes níveis de gestão – porque a avaliação dos CA deve visar sobretudo a melhoria contínua, embora possa utilizar-se para os classificar e recompensar. Por isso é importante ter indicadores comuns com metas que podem variar mas que se relacionam com valores atingíveis (alguns já atingidos).

A avaliação dos CA poderia incluir aspectos comportamentais de quem o integra como desempenho individual, daí que se vá recolher informação de auto-avaliação dos membros do CA. Esta informação fica disponível e servirá como informação adjuvante para o júri de avaliação e para o accionista mas não será usada na avaliação individual porque esta foi eliminada do modelo, como já referimos.

Relativamente ao conteúdo – áreas, objectivos e sub-objectivos – o modelo permite avaliação completa nos pontos essenciais. A avaliação de gestão não deve ser demasiado compreensiva e discriminada<sup>338</sup>, antes focar-se em aspectos simultaneamente importantes e comuns aos hospitais, doutro modo poderia ser castradora da autonomia e discricionariedade da gestão. Assim avalia-se o cumprimento da estratégia, mas não a sua formulação, e os critérios incluídos na área 3 correspondem a aspectos essenciais, difíceis de obter ou cuja mudança se quer promover, dado que são importantes mas com resultados perceptíveis apenas no médio e longo prazo (ex. governação clínica).

<sup>337</sup> Enumerados no *quadro nº 3.5.2.2: Áreas de responsabilidade do CA*.

<sup>338</sup> É preferível que a medição da liderança se “centre nas prioridades críticas do negócio que tentar ser compreensivo” (Gandossy e Guarnieri, 2008).

Poder-se-ia reduzir a avaliação aos resultados, argumentando que a gestão terá que ser avaliada essencialmente pelo que conseguiu para a organização. Mas os resultados da gestão não se limitam aos obtidos pelo hospital no ano, incluem os que resultarão das mudanças operadas, da estratégia implementada e do esforço de liderança e desenvolvimento de pessoas. Assim a consideração dos resultados do hospital no ano é necessária (e a mais importante) mas não é suficiente, devendo acrescentar-se o cumprimento da estratégia e a actuação do CA.

Visto que o contrato será sempre incompleto é necessário indicar que acções e organização se valorizam, até para não permitir que o CA se volte demasiado para a gestão interna e se esqueça da vertente externa, em especial que o hospital se integra numa rede o que impõe, por exemplo, esforços para melhorar a coordenação de cuidados. Assim aumentar-se-á a probabilidade de a gestão, na sua actividade corrente e nas *démarches* estratégicas, fazer o que é certo do modo certo, onde se inclui contribuir para que o SNS tenha melhores resultados.

O estudo empírico confirmou a solidez e o enorme consenso existente sobre as áreas de avaliação dos CA: resultados do hospital; cumprimento da estratégia; forma como o CA actuou e liderou. O painel Delphi permitiu concluir, logo de início e ainda sem a completa formulação do modelo, que existia um consenso sólido sobre a importância das três áreas, o que foi depois confirmado com o alargamento do consenso para  *muito forte* no TGN<sub>2</sub>, já depois da especificação dos indicadores e da respectiva ponderação.

Note-se ainda que se confirmou a maior importância dos “*Resultados*” na avaliação dos CA, pelo seu valor intrínseco e pela sua maior objectividade – recolheu 53% do total, contra 29% da área que se lhe segue em objectividade (“*Cumprimento da estratégia*”) e apenas 18% da que apresenta maior subjectividade (“*Forma como o CA actuou e liderou*”).

Com excepção dos critérios 1.3 (“*Satisfação de doentes e acesso*”) e 1.4 (“*Desenvolvimento e satisfação de profissionais*”), que recolheram consenso  *forte*, em todos os restantes o consenso foi  *muito forte*, o que justifica a solidez que lhes atribuímos.

Os indicadores presentes no modelo foram, na grande maioria, seleccionados de entidades internacionais credíveis – outros estão em uso em Portugal e um número reduzido resultou de sugestão dos peritos. Os indicadores das áreas 2 e 3 recolheram um consenso  *muito forte*, salvo o 3.1.2 que foi apenas  *forte*.

O enorme consenso que suporta os indicadores, os critérios e as áreas garante que o conteúdo do modelo tem validade e pode ser usado para avaliação da  *performance* dos CA.

A validade do modelo relativamente aos critérios terá que ser aferida na sua aplicação prática.

Para isso o modelo deve começar por ser testado através de simulação, com base em valores de anos anteriores num grupo piloto de CA voluntários, onde se poderá avaliar a fiabilidade da informação, a possibilidade de extracção e cálculo automático de indicadores, a adequação na óptica dos accionistas e dos gestores de hospitais. Na sequência desse teste será de efectuar os ajustamentos necessários e preparar o lançamento generalizado da avaliação.

O processo de medição relativa foi já explicitado em ponto anterior e oferece todas as garantias, desde que cada indicador tenha a sua definição previamente estabelecida e conhecida e que seja definido e especificado o processo de recolha e tratamento de dados para o seu cálculo.

Finalmente importa referir que o modelo a que se chegou, com as suas variáveis e ponderações, representa um consenso e compromisso entre interessados e como tal deve ser respeitado. Tal não obsta a que possam efectuar-se pequenos ajustamentos em variáveis e ponderações.

### 10.2.2.3. Evolução do modelo

O desenvolvimento do modelo foi naturalmente condicionado pela situação de partida da gestão hospitalar em Portugal, isto é, pelo enquadramento e pelos problemas sentidos no período da definição do modelo, sua importância relativa e percepção que deles tinham os peritos envolvidos. De modo semelhante está conotado com a distribuição de papéis e efectividade de exercício de funções no sistema (ex. ACSS e ARS), com a *performance* atingida e desejada em várias áreas e com os instrumentos existentes e suas limitações (ex. sistema de financiamento).

Por exemplo se existisse um sistema de avaliação da *performance* dos hospitais poderíamos tê-lo adoptado para medir os resultados do hospital, globalmente ou em determinada dimensão, embora sempre houvesse que questionar se os indicadores de resultados presentes nesse sistema eram os que melhor reflectiam os efeitos da acção do CA.

Também condicionaram a solução algumas questões bem conhecidas dos interessados na avaliação dos CA dos hospitais EPE: dificuldades em auditoria e acompanhamento da gestão dos hospitais; problemas sentidos na qualidade da informação; facilidade existente de *gaming*, de *compor dados* ou *colorir as acções* e o grau de execução de projectos; problemas de controlo interno e de adequação do sistema de gestão de riscos; politização de cargos; inexistência de avaliação de profissionais.

O modelo definido tenderá a perder adequação à medida que:

- i) Mudar o enquadramento, as responsabilidades e deveres dos CA;
- ii) Os problemas actuais de *performance* forem diminuindo de importância, ou desaparecerem, e outros emergirem;
- iii) A *performance* obtida nalgumas variáveis aumentar significativamente.

Por isso o modelo deve ser acompanhado e ajustado ao longo do tempo. Com a experiência obtida com a avaliação e com o aperfeiçoamento dos mecanismos que o acompanham – ex. sistema de informação e análise, código de conduta –, a avaliação dos CA aperfeiçoar-se-á, antecipando-se a possibilidade de simplificar os seus componentes e de avaliar individualmente os seus membros.

## 10.3. Conclusões

Partimos de três hipóteses sobre as componentes do modelo e o consenso que suscitariam. Impõe-se analisar em que medida os resultados do estudo empírico confirmam ou não cada uma delas.

- i) “A avaliação dos CA deve fazer-se essencialmente pelos resultados obtidos pelo hospital”. Gostaríamos que os resultados do hospital fizessem parte do modelo, com importância significativa e com um grau de consenso que seja suficiente para se poder afirmar que a presença e importância desta área não se deve ao acaso. Ora o modelo contempla na área 1 os “resultados do hospital”, apresenta um peso de 53% traduzindo uma importância muito elevada, sendo mesmo superior à das restantes áreas somadas. Esta ponderação mereceu um consenso *muito forte* na TGN<sub>3</sub>.
- ii) “Na avaliação será de incluir o cumprimento de acções concretas, nomeadamente estratégicas, bem como a forma como o CA liderou”. Exigia-se aqui que o modelo contemplasse a área estratégica e a forma como o CA liderou, ambas com importância e consenso razoáveis. Na

verdade o modelo integra o “*cumprimento da estratégia*” com peso de 29% e a “*forma como o CA actuou e liderou*” com 18% do total – a importância é considerada significativa visto que excede o valor mínimo requerido de 7%. Qualquer uma destas áreas recolheu um consenso *muito forte* na TGN<sub>3</sub>.

- iii) “*Existe um consenso razoável sobre a estrutura e variáveis principais do modelo de avaliação*”. Esperava-se um consenso pelo menos razoável no conjunto das áreas e em todas as variáveis principais que naquelas se integram. Ora cada uma das áreas teve um consenso *muito forte*, todos os cinco critérios que compõem as áreas 2 e 3 tiveram igualmente consenso *muito forte* e, na área 1, dois critérios tiveram consenso *forte* e os restantes três *muito forte*.

Podemos por isso afirmar que os requisitos colocados foram cumpridos e até mesmo excedidos.

O estudo empírico foi desenvolvido com a preocupação de construir um modelo de avaliação que viesse resolver, ou pelo menos minorar, o problema identificado. Compreendeu um conjunto de técnicas de consenso interligadas – um Delphi e três TGN – que contaram com a participação da maioria dos peritos reconhecidos nacionalmente. A selecção de peritos obedeceu a duas preocupações essenciais:

- a) Valor e variedade de posições, pois o conhecimento e experiência dos peritos são os garantes de bons resultados e os resultados do trabalho de grupo melhoram com a heterogeneidade;
- b) Garantir a representação dos principais *stakeholders*, particularmente dos accionistas e gestores de hospitais, evitando o enviesamento por excesso de participação de um determinado grupo.

No Delphi definiu-se a estrutura e variáveis principais do modelo, que serviram de input aos grupos nominais com vista à afinação dos resultados iniciais, à ponderação e tradução em indicadores das variáveis e à revisão final do modelo.

As técnicas de consenso não produziram grandes alterações no que respeita às áreas e variáveis que foram inicialmente apresentadas aos peritos: dois critérios foram eliminados – nos *Resultados a inovação*, na *Forma como o CA actuou e liderou a Avaliação individual*. Porém foram introduzidas melhorias significativas ao nível dos indicadores.

O modelo de avaliação que resultou do estudo empírico apresenta as seguintes características:

- Composto por três áreas – *Resultados do hospital* ponderado com 53%, *Cumprimento da estratégia* com 29% e *Forma como o CA actuou e liderou* com 18%;
- Os “*resultados*” integram cinco critérios constituindo um BSC – *Sustentabilidade e Qualidade e eficácia* (com 34% e 23%, respectivamente), *Satisfação de doentes e acesso*, *Desenvolvimento e satisfação de profissionais*, *Responsabilidade pública e cooperação com o SNS*. As duas áreas restantes estão igualmente divididas em critérios;
- Para cada critério estão definidos indicadores com uma ponderação determinada;
- Verificou-se um consenso elevado para o conjunto da estrutura sendo *muito forte* para todas as áreas e *forte* ou *muito forte* para os critérios.

Assim o modelo tem as condições necessárias para ser testado e aplicado na prática.

## Capítulo XI- Conclusões

### 11.1. Conclusões da Dissertação

Com base na análise desenvolvida no capítulo VIII concluímos existirem diversas questões no enquadramento, externo e interno, e na avaliação da *performance* da gestão dos hospitais EPE – vide resumo de conclusões no ponto 8.1.3.

Dessas conclusões sublinhamos:

- a) O afastamento do SNS das soluções do NHS, nomeadamente: inexistência de regulador para os hospitais EPE e de regulação da qualidade; CSP com menor intervenção nos cuidados e sem desempenhar o papel de comprador; não funcionam incentivos nem avaliação de gestão; não existem metas nacionais nem publicitação de informação sobre *performance*; a tecnoestrutura do SNS é limitada;
- b) A empresarialização dos hospitais em Portugal teve problemas: algo superficial, politizada e voluntarista; mais baseada em aspectos formais e financeiros que em estratégia solidamente planeada, organizada e controlada; algumas contradições e hesitações quanto às políticas nacionais<sup>339</sup>; com deficiências no acompanhamento, avaliação e controlo do contrato programa; sem estratégia para os hospitais e verdadeiras orientações genéricas da tutela, inexistência de contrato de gestão e de avaliação dos gestores;
- c) Na vertente interna dos hospitais verifica-se ausência de estratégia clinicamente informada e de controlo da sua concretização, limitações na gestão intermédia e operacional, cultura burocrática, ausência de avaliação dos profissionais e de incentivos.

Em Portugal não se procedeu à separação das políticas nacionais, cuja enunciação e acompanhamento são essenciais para a prestação de contas dos políticos, da sua concretização, através de metas nacionais e de estratégia para os hospitais, da definição de orientações gerais e de objectivos para cada hospital. Assim não se promoveu a responsabilização dos gestores pela concretização da estratégia do seu hospital e por atingir os objectivos contratados, dentro do quadro legal e regulamentar existente e no respeito pelos valores e código de conduta. Também não se verificou esforço sistemático da tutela para garantir que aos novos gestores dos hospitais era fornecida a informação e formação necessárias, como sejam: enquadramento, legislação, regras e normas específicas dos hospitais e da saúde; papéis a desempenhar, direitos e deveres; formação mínima sobre estratégia, objectivos, indicadores, avaliação e prestação de contas; financiamento, contratualização, incentivos, qualidade, segurança e gestão de riscos; cultura, valores, código de conduta e comportamentos esperados.

Manteve-se a confusão nos papéis do accionista (ARS/ACSS), ambos com um registo mais administrativo-financeiro que de gestão. Como contrapartida, desvalorizou-se a mudança estratégica, a utilização da cultura e incentivos para o controlo em sentido lato, a definição de um código de conduta e a avaliação dos gestores, pelo que a gestão permaneceu sem consequências<sup>340</sup> e o contrato de gestão sem aplicação, ao contrário das restantes empresas públicas.

<sup>339</sup> Por ex. desenvolver o CIT, o ACT e os incentivos vs negociação central de carreiras e remunerações.

<sup>340</sup> Ex. incentivos e cessação de mandato, publicitação da *performance* dos hospitais e dos serviços.

Vimos que os benefícios da avaliação dos CA sentir-se-ão através de influência directa no CA – motivação e empenho, organização e funcionamento do *Conselho*, coesão à volta da estratégia, das prioridades e dos contratos estabelecidos – e influência indirecta nos restantes gestores e serviços do hospital. Provocará mudanças globais – estrutura e sistemas de gestão, ambiente, cultura e comportamentos de profissionais e gestores – e, se associada a incentivos em função de resultados (contratos internos escritos), gerará maior alinhamento de objectivos e comprometimento com o hospital. A avaliação dos CA conduzirá ainda a melhorias na função accionista e na disponibilidade de informação sobre a *performance* dos serviços e dos hospitais, que serão essenciais na gestão de *performance* (contrato de gestão) e na melhoria da negociação e do controlo dos contratos programa.

Tendo em conta as questões encontradas e o impacto e benefícios da avaliação dos CA definimos o problema como a «*inexistência de um instrumento que permita avaliar os CA dos hospitais EPE e que viabilize os contratos de gestão*».

O trabalho empírico (capítulo X) visou a construção de um modelo de avaliação dos CA que permitisse colher os benefícios enunciados e viabilizasse a utilização do contrato de gestão.

Partimos dos ensinamentos obtidos nos capítulos precedentes e preparámos uma abordagem metodológica que nos permitiu beneficiar da experiência e do conhecimento dos principais peritos nacionais e, simultaneamente, promoveu um consenso em torno do modelo resultante do estudo empírico.

Assim, o modelo foi construído através de um conjunto interligado de técnicas de consenso, um painel Delphi e três técnicas de grupo nominal. Aquela visava determinar a estrutura e variáveis principais do modelo, enquanto as TGN foram utilizadas para especificar e ponderar as variáveis e para efectuar uma validação e revisão final.

O modelo é composto por três áreas – *Resultados do hospital, Cumprimento da estratégia, Forma como o CA actuou e liderou* –, sendo a primeira a dominante, ponderada com 53%, enquanto a segunda e terceira têm um peso de 29% e 18%, respectivamente. A cada uma destas áreas corresponde um conjunto de critérios e indicadores que irão permitir a valoração concreta do CA de qualquer hospital EPE.

Os resultados do hospital estão organizados em BSC com cinco critérios: *Sustentabilidade; Qualidade e eficácia; Satisfação de doentes e acesso; Desenvolvimento de profissionais; Responsabilidade pública e cooperação com o SNS*. Os dois primeiros critérios – *Sustentabilidade, Qualidade e eficácia* – são claramente maioritários somando 57%, com 34% e 23% respectivamente.

O conteúdo do modelo e as ponderações das suas variáveis encontra-se discriminado no ponto 10.2 onde também explicitamos os aspectos principais do seu processo de construção. No ponto 7.5 enunciamos os vários aspectos relativos à avaliação incluindo, entre outros: processo concreto de quantificação e valorização da *performance*, ligação ao sistema de informação e à auditoria, utilização do modelo para difusão de boas práticas, *feedback* para o recrutamento e para a melhoria do processo de avaliação.

O modelo recolheu um consenso elevado para a estrutura, sendo  *muito forte* para todas as áreas e  *forte* ou  *muito forte* para os critérios.

Assim, será possível iniciar desde já o teste do modelo a utilizar na avaliação dos CA dos hospitais EPE. Essa avaliação integra-se num contrato de gestão, o qual deve traduzir uma actuação externa concertada, do accionista, do comprador, da auditoria e inspecção, onde ficará explicitado o enquadramento e todas as expectativas e consequências para o CA – integrará o contrato programa, a estratégia aprovada, os planos e objectivos anuais e plurianuais, bem como os demais instrumentos de prestação de contas.

Os responsáveis pela função accionista deverão assumir plenamente a finalidade essencial da avaliação: melhoria contínua de resultados e aperfeiçoamento da gestão. Essa finalidade começa com um bom recrutamento dos gestores para os CA dos hospitais, isto é, de acordo com os critérios já enunciados para as empresas públicas<sup>341</sup>, e prossegue por dar-lhes a informação e a formação essencial, por apoiar os CA no cumprimento do contrato de gestão, e conclui-se por os avaliar, reconhecer e recompensar adequadamente.

A tutela deve publicitar adequadamente os resultados obtidos pelos serviços e pelos hospitais, para além de ter a preocupação de dotar os gestores dos hospitais da informação necessária – padrões e resultados nos hospitais do SNS e em locais de *boas práticas* – a uma boa formulação estratégica, à definição de objectivos, à negociação dos contratos e ao seu controlo (auto-controlo).

Os CA deverão obrigatoriamente replicar a avaliação da gestão, os incentivos e o contrato de gestão em contratos internos escritos, com monitorização periódica, apoio e controlo em moldes semelhantes aos que a tutela efectuará para a gestão de topo. Esta replicação não impõe o conteúdo ou a forma dos mecanismos apenas exige que seja efectuada – contratada e assinada pelas partes.

Os accionistas definirão no contrato de gestão os montantes dos incentivos a que os CA poderão aspirar. Defendemos que o valor não deve ser muito elevado, de acordo com o enunciado oportunamente nesta dissertação, sendo nossa convicção que os incentivos anuais poderão variar entre zero e quatro salários enquanto o incentivo de fim de mandato poderá atingir um montante correspondente a seis salários, acumulável com o incentivo anual.

Finalmente, embora não menos importante, deverá ser aprovado um código de conduta para gestores do SNS a utilizar em complementaridade com as regras genéricas existentes para os gestores das empresas públicas. Acreditamos que o documento apresentado ao Senhor Secretário de Estado da Saúde pela Comissão de Estudo para a Avaliação dos CA dos Hospitais EPE (nomeada pelo Despacho nº 3596/2008 publicado em DR, 2ª Série, em 13 de Fevereiro de 2008) constitui um excelente modelo passível de utilização imediata – vide anexo 3.

Deste modo definir-se-ão os cinco requisitos para um acordo (contrato) de ganho total (“win/win”) entre o principal e o agente<sup>342</sup>: resultados e o seu tempo; enquadramento, poderes e limitações; recursos; prestação de contas e forma de avaliação; consequências, (Covey, 1989).

A avaliação dos CA irá diminuir quase de imediato a assimetria de informação existente, entre a gestão global, os restantes gestores e o accionista, importante dada a complexidade interna do hospital. A sua utilização sistemática reduzirá as consequências negativas dessa assimetria:

---

<sup>341</sup> Vide Instituto de Governance.

<sup>342</sup> Entre o accionista e gestão de topo, a ser replicado entre esta e a restante gestão.



selecção adversa de gestores; risco moral (oportunismo) por ausência de avaliação e de sanções para a gestão.

Também a disponibilidade de informação sobre *performance* de serviços e hospitais reduzirá a assimetria de informação, entre profissionais e gestores dos hospitais e a função aquisição de serviços, o que permitirá melhor negociação e contratos programa mais adequados.

## 11.2. Questões para investigação futura

A análise efectuada no enquadramento teórico e o trabalho empírico desenvolvido confirmaram ser possível utilizar o conhecimento dos gestores e as técnicas de consenso para reduzir a assimetria de informação e os seus efeitos. A avaliação dos CA, quando integrada num contrato de gestão, associada a incentivos e num quadro de melhoria do enquadramento externo e interno, permitirá obter melhores resultados na óptica dos principais *stakeholders* dos hospitais EPE.

A valoração da *performance* dos CA far-se-á em termos relativos, face aos objectivos definidos, aos padrões e à *performance* já obtida em hospitais do SNS. Assim, reduzimos os riscos de *gaming* e potenciamos os ganhos derivados da partilha de informação, da comparação de *performance* e da sua utilização para melhorar o financiamento e a contratação de serviços.

As situações mais complexas de gestão de hospitais são consideradas através da inclusão como *caso difícil* – vide ponto 8.2. No entanto não se consegue destringir, dentro do modelo vigente, quais os contributos para a *performance* global devidos a: gestão global, intermédia e operacional; situação de partida e condições locais de exploração.

Fica por saber qual o *mix* óptimo de instrumentos a usar na gestão dos hospitais EPE: controlo tradicional, nomeadamente estratégia, objectivos, orçamentos, contratos, monitorização e avaliação; incentivos, sua composição e dimensão; mecanismos ligados à cultura.

Haverá ainda que retirar ensinamentos da aplicação do modelo nos hospitais piloto e, depois, da sua utilização em todos os hospitais EPE.

Também está por estudar qual o efeito que a introdução de incentivos de grupo, associados a objectivos dos serviços clínicos, pode ter na melhoria dos resultados globais do hospital, em cooperação, aumento do conhecimento e da satisfação dos profissionais, em comprometimento com os objectivos e com os valores dos hospitais EPE.

## Bibliografia

- AC (2003). *Corporate Governance: Improvement and trust in local public service*. The Audit Commission. London.
- AC (2005). *Going concern - guidance for NHS trusts*. The Audit Commission, pp 1-12, Dec 2005.
- AC (2006). *A Manager's Guide to Performance Management*. Audit Commission pp 1-44, June 2006.
- AC (2008). *Is the Treatment Working?* Audit Commission. June 2008. London.
- ACHE (2004), *Evaluating the Performance of Hospital CEO*. American College of Healthcare Executives, Chicago.
- Adair *et al.* (2006a), Performance Measurement in Healthcare: Part I - Concepts and Trends from a State of the Science Review. *Healthcare Policy*, Vol. 1, N° 2, pp 85-104.
- Adair *et al.* (2006b), Performance Measurement in Healthcare: Part II - State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process. *Healthcare Policy*, Vol. 2, N° 1, pp 56-78.
- Addicot, R. (2008). Models of governance and the changing role of the board in the "modernized" UK health sector. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22, N° 2, pp 147-163.
- Adcroft, A; Willkis, R. (2005), The (un)intended outcome of public sector performance measurement. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 18, N° 5, pp 386-400.
- Adler, P.; Riley, P.; Kwon, S.; Signer, J.; Lee, B; Satrasala, R. (2003), Performance Improvement Capability: keys to Accelerating Performance Improvement in Hospitals. *California Management Review*, Vol. 45, N° 2, pp 12-33.
- Agatiello, O. (2008). Ethical governance: beyond good practises and standards. *Management Decision*, Vol. 46, N° 8; pp 1132-1145.
- Agle, B.; Mitchel, R.; Sonnenfeld, J. (1999). Who Matters to CEOs? An Investigation of Stakeholder Attributes and Salience, Corporate Performance and CEO Values. *Academy of Management Journal*, Vol. 42; N° 5; pp 507 -525.
- Aguzzi, D. (2008), Assessing English hospitals: contradiction and conflict. *Journal of Accounting Change*, Vol. 4, N° 3; pp 222-242.
- Aguilera, R.; Rupp, D.; Williams, C.; Ganapathi, J. (2007), Putting the S Back in Corporate Social Responsibility: A Multilevel Theory of Social Change in Organizations. *Academy of Management Review*, Vol. 32, N° 3, pp 836-863.
- AICD (2008a). Australian Institute of Company Directors. *Appraisal of Boards and Individual Directors*. Policy & Advocacy.
- AICD (2008b), Australian Institute of Company Directors. *Appraisal of the Chief Executive Officer*. Policy & Advocacy.
- Aiken, L.; Havens, D.; Sloane, D. (2000), The Magnet Nursing Services Recognition Program. *American Journal of Nursing*, Vol. 100, N° 3, pp 26-36.
- Albareda, L. (2008). Corporate responsibility, governance and accountability: from self-regulation to co-regulation. *Corporate Governance*, Vol. 8, N° 4, pp 430-439.
- Alchian, A.; Demsetz, H.(1972). Production, information costs and economic organization. *American Economic Review*, Vol. 62, N° 5, pp 777-795.
- Alexander, J.; Shoou-Yih, D. (2006). Does governance matter? Board configuration and performance in not-for-profit hospitals. *The Milbank Quarterly*, Vol. 84, N° 4; pp 733-758.
- Almeida *et al.* (2001), Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*, Vol. 357, May 26, pp 1692-1697.
- Alvarez-Rosete, A.; Bevan, G.; Mays, N.; Dixon, J. (2005). Effect of diverging policy across the NHS. *British Medical Journal*, Vol. 331, pp 946-950.
- Amaratunga, D.; Baldry, D. (2002a), Moving from performance measurement to performance management. *Facilities*, Vol. 20, N° 5/6, pp 217-223.
- Amaratunga, D.; Baldry, D. (2002b), Performance measurement in facilities management and its relationships with management theory and motivation. *Facilities*, Vol. 20, N° 10, pp 327-336.

- Amaratunga *et al.* (2002c), Application of the balanced scorecard concept to develop a conceptual framework to measure facilities management performance within NHS facilities. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 15, S1; pp 65-71.
- Ancarani, A.; Capaldo, G. (2001), Management of standardised public services: a comprehensive approach to quality assessment. *Managing Service Quality*, Vol. 11, N° 5, pp 331-341.
- Andersen, T. (2000), Strategic Planning, Autonomous Actions and Corporate Performance. *Long Range Planning*, Vol. 33, pp 184-200.
- Anthony, R.; Dearden, J.; Bedford, N. (1989), *Management Control Systems*, Irwin, Homewood, IL.
- Anthony, R.; Young, D. (1994), *Management Control in Non-Profit Organizations*. 5<sup>th</sup> Edition, Burr Ridge, Richard R. Irwin, Inc.
- Appelbaum, S.; Wohl, I. (2000), Transformation or change: some prescriptions for health care organizations. *Managing Service Quality*, Vol. 10, N° 5, pp 279-298.
- Appleby, J.; Thomas, A. (2000), Measuring performance in NHS: what really matters? *British Medical Journal*, Vol. 320, N° 4, pp 141-151.
- Appleby, J.; Harrison, A.; Devlin, N. (2003). *What is the Real Cost of More Patient Choice?* The King's Fund Foundation, pp 1-68. London.
- Arah *et al.* (2003). Conceptual framework for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol.15; N° 5, pp 377-398.
- Aram, J.; Cowen, S. (1983), *Information for corporate directors: the role of the board and the management process*. New York. National Association of Accountants.
- Aras, G.; Crowther, D. (2008), Governance and sustainability. *Management Decision*, Vol. 46, N° 3, pp 433-448.
- Araújo, J. (2002), NPM ant the Change in Portuguese central Government. *International Public Management Journal*, Vol. 5, N° 3, pp 223-236.
- Araújo, J. (2004), *A Reforma Administrativa em Portugal: Em Busca de um Novo Paradigma*. Comunicação à Conferência "Reflexións sobre a Política e a Administración na Eurorexión Galicia- Norte de Portugal", Vigo, 20 Outubro de 2004.
- Araújo, J. (2007), *Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática*. Comunicação à conferência da UNED, A Coruña, Espanha, 27 Julho de 2009.
- Arrington, B.; Gautam, K.; McCabe, W. (1995). Continually Improving Governance. *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 40, Spring 1995; 1.
- Arrow, K. (1963), Uncertainty and Medical Care. *The American Economic Review*, Vol. 53, N° 5, pp 941-973.
- Asbroek, A.; Arah, O.; Geelhoed, J.; Custers, T.; Felnoy, D.; Klazinga, N. (2004), Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *The International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 16, S1; pp 65-71.
- ASX (2003), *Principles of Good Corporate Governance*. Australian Securities Exchange.
- Atchinson, T. (1999), Managing Change. *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 16, N° 1, pp 3-30.
- Aucoin, P.; Heintzman, R. (2000), The dialectics of accountability for performance in public management. *International Review of Public Sciences*, Vol. 66, pp 45-55.
- Aucoin, P. (2008), *New Public management and the Quality of Government: Coping with the New Political Governance In Canada*. Conference on New Public Management and the Quality of Government, SOG and the Quality of Government Institute, University of Gothenburg, Sweden, 13-15 Nov. 2008.
- Auden, W.; Schackman, J.; Onken, M. (2006), Top management team, international risk management factor and firm performance. *Team Performance Management*, Vol. 12, N° 7/8, pp 209-224.
- Axson, D. (2007), *Best Practices in Planning and Performance Management*. John Wiley & Sons, Inc.; pp 1-272.
- Ayers, H. (1995), *Perspectives on Behaviour: A Practical Guide to Effective Interventions*. David Fulton, London.
- Baird, M. (1998), *The Role of Evaluation*. In Public Sector Performance- The Critical Role of Evaluation, pp- 7-12. The World Bank, Washington, D.C.
- Baker, G. (1992), Incentive Contracts and Performance Measurement. *The Journal of Political Economy*, Vol.100, N° 3, pp 598-614.

- Baker, G.; MacIntosh-Murray, A.; Porcellato, C.; Dionne, L.; Stelmachovich, K.; Born, K. (2008), *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. Longwoods Publishing; Cap I, pp 11-26.
- Baker, G.; Gibbons, R.; Murphy, K. (1994), *Subjective Performance Measures in Optimal Incentive Contracts*. Harvard Business School.
- Ballantine, J.; Forker, J.; Greenwood, M. (2008). The Governance of CEO Incentives in English NHS Hospital Trusts. *Trusts*, pp 1-46.
- Baldrige (2009), *Health Care Criteria for Performance Excellence*. Baldrige National Quality Program. NIST. USA.
- Banker et al. (1998). *An Empirical Investigation Of An Incentive Plan Based On Nonfinancial Performance Measures*. Pp 1-48. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=67808> or DOI: [10.2139/ssrn.67808](https://doi.org/10.2139/ssrn.67808)
- Baptist (2003). Baptist Hospital inc. Application Summary. 2003 Health Care Winner of Baldrige. <http://baldrige21.com/Baldrige%20Winners%20Application%20Summaries.htm>
- Barnett, P.; Perkins, R.; Powell, M. (2001), On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services. *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 16, pp 139-154.
- Barnhart, S.; Rosenstein, S. (1998), Board Composition, Managerial Ownership, and Firm Performance: An Empirical Analysis. *Financial Review*, Vol. 33, pp 1-36.
- Barr, N. (1990), *Economic Theory and the Welfare State: A Survey and reinterpretation*, *Welfare State Programme*, N° 54, London School of Economics and Political Science, London, 1990.
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde - conceitos e comportamentos*. Livraria Almedina, Coimbra.
- Bator, F. (Aug 1958). The Anatomy of Market Failure. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 72, N° 3, pp 551-379.
- Bebchuck, L. (2005), Pay Without Performance: Overview of the Issues. *Journal of Applied Corporate Finance*, Vol. 17, N° 4, pp 8- 23.
- Becker, E.; Potter, S. (2002), Organizational Rationality, Performance and Social Responsibility: Results from the Hospital Industry. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 29, N° 1; pp 23-48.
- Becht, M.; Bolton, P.; Roell, A. (2005), *Corporate Governance and Control*. European Corporate Governance Institute, Finance Working Paper, n° 2/2002 (updated Aug 2005).
- Bennett, S.; Franco, L. (1999), *Public Sector health Worker Motivation and health Sector Reform: A Conceptual Framework*. Major Applied Research 5, Technical Paper N° 1, Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abs Associates Inc.
- Benn, R. (2003), Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*, Vol. 63, N° 5, pp 586-606.
- Benn, S. (2007), New processes of governance: cases for deliberative decision-making? *Managerial Law*, Vol. 49, N° 5/6, pp 196-205.
- Benz, M.; Frey, B. (2007), Corporate Governance: What Can We Learn From Public Governance? *Academy of Management Review*, Vol. 32, N° 1, N° 92-104.
- Bergstresser, D.; Philippon, T. (2006), CEO incentives and earning management: Evidence from the 1990s. *Journal of Financial Economics*, Vol. 80, N° 3, pp 511-529.
- Berry et al. (2008), Emerging themes in management control: A review of recent literature. *The British Accounting Review*, available online, pp 1-19
- Berwick, D.; Leatherman, S. (2000), The NHS through American eyes. *British Medical Journal*, Vol.321, pp 1545-1546.
- Berwick, D.; James, B.; Coye, M. (2003), Connections Between Quality Measurement and Improvement. *Medical Care*, Vol. 41, N° 1, Supplement, pp 30-38.
- Besley, T.; Ghatak, M. (2008), L'offre de services publics par les acteurs non gouvernementaux. *Revue D'Économie du Développement*, N° 22, pp 89-108.
- Bevan, G.; Hood, C. (2006a), What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, Vol. 84, N° 3, pp 517-538.
- Bevan, G.; Hood, C. (2006b), Have Targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, Vol. 332, N° 18, pp 419-422.
- Bevan, G. (2008). *Transforming the NHS in England: Any Lessons for The US?* Conference at Monona Terrace Convention Center, April 28. Wisconsin.

- Bevington *et al.* (2004), *Getting on Board*. NHS Institute for Innovation and Improvement, N° 3, September 2004.
- Bevington, J.; Saunders, M.; Bird, S.; Dixon, P.; Buggins, E. (2005), *Improving the Performance of NHS Boards*. Institute for Innovation and Improvement, In View, Issue 7, pp 14-19, UK.
- Bhagat, S.; Black, B. (1998), *The relationship between board composition and firm performance*. In *Comparative corporate governance: the state of art and emerging research*. Edited by: Hopt, K.; Hideki, H; Roe, M. Oxford: Clarendon Press.
- Bhat, V. (2003), Health Systems Performance: A Statewide Analysis. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 29, N° 4; pp 77-86, Summer 2003.
- Bhat, V. (2003), Health Systems Performance: A Statewide Analysis. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 29, N° 4; pp 77-86, Summer 2003.
- Bilhim, J.; Neves, B. (2005), *New Ethical Challenges in a Changing Public Administration*. Social and Political Sciences, Institute of Lisbon Technical University, Centre For Public Administration & Policies.
- Bilodeau, D.; Crémieux, P.; Jaumard, B.; Ouellette, P.; Vovor, T. (2004), Measuring Hospital performance in the Presence of Quasi-Fixed Inputs: An Analysis of Quebec Hospitals. *Journal of Productivity Analysis*, Vol. 21, pp 183-199.
- Birch *et al.* (2000), *Quality in General Practise*. Radcliffe Medical Press, Abingdon.
- Bird *et al.* (2005) Performance Indicators: Good, Bad, and Ugly. *Journal of Royal Statistic Society*, Vol. 168, Part 1, pp 1-27.
- Bititci, U.; Carrie, A.; McDevitt, L. (1997), Integrated performance measurement systems: an audit and development guide. *The Total Quality Management Magazine*, Vol. 9, N° 1, pp 46-53.
- Bititci, U.; Turner, T. (2000), Dynamics of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 20, N° 5, pp 692-704.
- Bititci *et al.* (2005), Measuring and managing performance in extended enterprises. . *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 25, N° 4, pp 333-353.
- Birch *et al.* (2000), *Quality in General Practise*. Radcliffe Medical Press, Abingdon.
- Boland, T.; Fowler, A. (2000), A system perspective of performance management in public sector organizations. *The International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13, N°5; pp 417-446.
- Bonazzy, L.; Islam, S. (2007), Agency Theory and Corporate Governance. *Journal of Modelling in Management*, Vol. 2, N° 1, pp 7-23.
- Bonner, S.; Sprinkle, G. (2002), The effects of monetary incentives on effort and task performance: theories, evidence, and a framework for research. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 27, pp 303-345.
- Bosanquet, N. (1999). *A Successful National Health Service - From aspiration to delivery*. Adam Smith Institute, 1-32.
- Bourne, M.; Mills, J.; Wilcox, M.; Neely, A.; Platts, K. (2000), Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 20, N° 7, pp 754-771.
- Bourne, M.; Franco, M.; Wilkes, J. (2003a), Corporate performance Management. *Measuring Business Excellence*, Vol. 7, N° 3, pp 15-21.
- Bourne, M.; Neely, A.; Mills, J.; Platts, K. (2003b), Implementing performance measurement systems: a literature review. *International Journal of Business Performance Management*, Vol. 5, N° 1, pp 1-24.
- Bourne, M.; Kennerley, M.; Franco-Santos, M. (2005), Managing through measures: a study of impact on performance. *Journal of Manufacturing Technology Management*, Vol. 16, N° 4, pp 373-395.
- Bovaird, T.; Löffler, E. (2003), Evaluating the quality of public governance: indicators, models and methodologies. *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 69, N°3, pp 313-328.
- Bovens, M.; Schillemans, T.; Hart, P. (2008), Does Public Accountability Work? An Assessment Tool. *Public Administration*, Vol. 86, N° 1, pp 225-242.
- Boyne, G. (2001), Planning, Performance and Public Services. *Public Administration*, Vol. 79, N° 1, pp 73-88.
- Boyne, G. (2002), Public and Private Management: What's the Difference? *Journal of Management Studies*, Vol. 39, N° 1, pp 97-122.
- Bradley *et al.* (2000), *The purposes and accountability of the corporation in contemporary society*. Working Paper, Duke University.
- BRTF (2003). *Principles of Good Regulation*. Better Regulation Task Force. London.

- BRTF (2005). *Better Regulation for Civil Society*. Better Regulation Task Force. London.
- BRTF (Dez 2005). *Routes to better Regulation*. Better Regulation Task Force. London.
- Braveman, P.; Gruskin, S. (2003), Defining equity in health. *Journal of Epidemiology Community Health*, Vol. 576, pp 254-258.
- Brennan Report (2003). Commission on Financial Management and Control Systems in the Health Service. Government Publications, Dublin.
- Brennan, N.; Solomon, J. (2008), Corporate governance, accountability and mechanisms of accountability: an overview. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 21, N° 7, pp 885-906.
- Brick, I.; Palmon, O.; Wald, J. (2006), CEO compensation, director compensation, and firm performance: Evidence of cronyism? *Journal of Corporate Finance*, vol. 12, pp 403-423.
- Brickley, J.; Smith, C.; and Zimmerman, J. (1997). *Managerial Economics and Organizational Architecture*, Richard D. Irwin, Inc., Homewood, IL.
- Brickely, J.; Van Horn, R. (2002). Managerial Incentives in Nonprofit Organizations: Evidence from Hospitals. *The Journal of Law and Economics*, Vol. 14, pp 227- 250.
- Brignall, S.; Ballantine, J. (1996), Performance measurement in service business revisited. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 7, N° 1, pp 6-31.
- Brignall, S.; Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the "new public sector". *Management Accounting Research*, Vol. 11, pp 281-306.
- Brinkerhoff, D. (2004). Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, Vol. 19, N° 6, pp 371-379.
- BRI (2001). *Bristol Royal Infirmary- Final Recommendations*. Presented to Parliament by Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, pp 433-461, July 2001.
- Bronson (2005). Bronson Methodist Hospital. Application Summary. 2005 Health Care Winner of Baldrige. <http://baldrige21.com/Baldrige%20Winners%20Application%20Summaries.htm>
- Brook, R.; McGynn, E.; Shekelle, P. (2000), Defining and Measuring Quality of Care: A Perspective from US Researchers. *International Society for Quality in Health Care*, Vol. 12, N° 4, pp 281-295.
- Bryan, L.; Jacobson, P. (2005). *Measuring Nonprofit Healthcare Governance Effectiveness: How Do You Know a Good Thing When You See it?* White Paper Prepared for National Center for Healthcare Leadership.
- Browdy, J. (1989), Performance appraisal and pay-for-performance star at the top. *The Health Care Supervisor*, Vol. 7, N° 3, pp 31-41.
- Brown, M. (1996), *Keeping Score: Using the Right Metrics to Drive World Class Performance*. Quality Resources. New York, NY.
- Brown, M. (2000). *Winning Score: how to design and implement winning scorecards*, Productivity Press Inc., Portland, Oregon, USA.
- Brown *et al.* (2005), Acute Care Hospital Strategic Priorities: Perceptions of Challenge, Control, Competition and Collaboration in Ontario's Evolving Healthcare System. *Healthcare Quarterly*, Vol. 8, N° 1, pp 31-46.
- Brown, A.; Alikhan, L.; Seeman, N. (2006), Crossing the strategic synapse: aligning hospital strategy with shared system priorities in Ontario, Canada. *Healthcare Management Review*, Vol. 1, pp 34-44.
- Brown, Mark G. (2007). *Beyond the Balanced Scorecard*. Productivity Press. New York, USA; pp 1-231.
- Bryan, L.; Jacobson, P. (2007), Ten Best Practises for Measuring the Effectiveness of Nonprofit Healthcare Boards. *Bulletin of National Center for Healthcare Leadership*, pp 7-18, April 2007.
- Buchan, J.; Thompson, M.; O'May, F. (2000). *Incentive and remuneration strategies- a research review*. Discussion Paper N° 1. World Health Organization, Geneva.
- Bucklin, B.; Dickinson, A. (2001), Individual Monetary Incentives: A Review of Different Types of Arrangements Between Performance and Pay. *Journal of Organizational Behaviour Management*, Vol. 2, N° 3, pp 45-137.
- Budd, L. (2007). Post-bureaucracy and reanimating public governance. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20, N° 6, pp 531-547.
- Buenger *et al.* (1996), Competing Values in Organizations: Contextual Influences and Structural Consequences. *Organization Science*, Vol. 7, N° 5, pp 557-576.
- Burgess, S.; Ratto, M. (2003), *The Role of Incentives in the public Sector: Issues and Evidence*. Working Paper, n° 03/ 071, University of Bristol.

- Burt, T. (2006), Reinventing the Patient Experience. *Healthcare Executive*, Vol. 21, Nº 3, pp 8-14.
- Cadbury Report (1992). *The financial aspects of corporate governance*. Committee of the Financial Aspects of Corporate Governance. London.
- Camp, R. (1989), *Benchmarking- The Search for Industry Best Practises that Lead to Superior Performance*. ASQS Quality Press, Milwaukee, WI.
- Campos, A.; Costa, C.; Ramos, F.; Patrão, L.; Cortês, M.; Roque, M.; Giraldes, M.; Carvalho, R. (1987) *A combinação público privada em saúde: privilégios, estigmas e ineficiências*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Campos, A. (2002), *Reforma da Administração Pública: dos estereótipos à viabilização*. In *Reformar Portugal - 17 estratégias de mudança*, Luís Valadares Tavares, Abel Mateus e Oficina do Livro - Sociedade Editorial, Lda, 2002, Lisboa.,
- Campos, A. (2004), Decentralization and privatization in Portuguese health reforms. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 4, pp 7-20.
- Campos, A. (2008). *Hospitais EPE, razão, potencial e riscos*. Comunicação em 24 de Agosto de 2008 em Seminário no Centro Hospitalar de Coimbra. Coimbra. Portugal.
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde: O Fio Condutor*. Livraria Almedina, Coimbra.
- Carmeli, A.; Tishler, A. (2004), The Relationship Between Intangible Organizational Elements and Organizational Performance. *Strategic Management Journal*, Vol. 25, pp 1257-1278.
- Carretta, A; Farina, V; Schwizer, P. (Nov 2003), *Evaluating the board of directors of financial intermediaries. Competencies, effectiveness and performance*. Preliminary version, University of Parma.
- Carrol, A. (1991). The pyramid of corporate social responsibility: toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*, 34: 39-48.
- Carter, C.; Atkison, T. (2006), *Evaluating Board Performance – A Guide for Company Directors*. Australian Institute of Company Directors.
- Carver, J. (1997a), *Boards that Make a Difference: a New Design for Leadership in Nonprofit and Public Organizations*, 2<sup>nd</sup> ed. Jossey-Bass, San Francisco.
- Carver, J. (2002). *On Board Leadership*. John Wiley & Sons, New Jersey.
- Carver, J. (2007b), The promise of Governance Theory: beyond codes and best practises. *Corporate Governance*, Vol. 15, Nº 6, pp 1030-1037.
- Castellano, J.; Young, S.; Roehm, H. (2004), The Seven Fatal Flaws of Performance Measurement. *The CPA Journal*, Vol. 74, Nº 6, pp 32-35.
- Cavalluzzo, K.; Ittner, C. (2004), Implementing performance innovations: evidence from government. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, pp 243-267.
- CEO Survival Guide (2006). *Pay for Performance*. National Committee for Quality Health Care, Washington DC.
- Chaix-Couturier, C; Durand-Zalewski, I; Jolly, D; Durieux, P. (2000). Effects of financial incentives on medical practise: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12, Nº 2, pp 133-142.
- Champagne, F.; Contandriopoulos, A.; Pineault, R. (1985). Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Révue d'Épidémiologie et Santé Publique*, Vol. 33, pp 173-181.
- Champagne et al. (1986), A health care evaluation framework. *Health Management Forum*, Vol. 7, Nº 2, pp 57-65.
- Chang, Li-Cheng. (2007), The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20, Nº 2, pp 101-117.
- Chantler, C. (1999), The role and education of doctors in the delivery of health care. *The Lancet*, Vol. 353, Nº 9159, pp 1178-1181, April 1999.
- Charreaux, G. (1997), *Vers une théorie du gouvernement des entreprises*, chapitre 15, in Ed.G. Charreaux: *Le gouvernement des entreprises*, Économica, 1997, pp 421- 469.
- Chenhall, R.; Langfield-Smith, K. (2007), Multiple Perspectives of Performance Measures. *European Management Journal*, Vol. 25, Nº 4, pp 266-282.
- CHI (2004). *Unpacking the patients` perspective: Variations in NHS patient experience in England*. Commission for Health Improvement, London, RU.
- Chiavenato, I. (2004), *Administração nos Novos tempos*. Elsevier, Rio de Janeiro.

- Chow, C.; Ganulin, D.; Haddad, K.; Williamson, J. (1998), The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 43, Nº 3; pp 263-280.
- Chow, C.; Stede, A. (2006), The Use and Usefulness of Non Financial Performance Measures. *Management Accounting Quarterly*, Vol. 7, Nº 3, pp 1-8.
- Citrin, J.; Ogden, D. (2010), Succeeding at Succession. *Harvard Business Review*, Nov 2010, pp 29-31.
- Clarke, T.; Pitelis, C. (1993), *The Political Economy of Privatization*, London, Routledge.
- Clarkson, M. (1995), A Stakeholder Framework for Analysing and Evaluating Corporate Social Performance. *Academy of Management Review*, Vol. 20, Nº 1, pp 92-117.
- Cleverley, W.; Cleverley, J. (2005), Scorecards and Dashboards. *Healthcare Financial Management*, Vol. 59, Nº 7, pp 64-69.
- Cleverley, W.O. (2001), Financial Dashboards Reporting for the Hospital Industry. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 27, Nº 3.
- CMA (2002), *Measuring and Improving the Performance of Corporate Boards*. The Society of Management Accountants of Canada. Canada.
- Coase, R. (1937). The Nature of the firm. *Economica*, New Series, Vol. 4, Nº 16, pp 386-405.
- Cochran et al. (1999), Corporate ethics programs as control systems, influences of executive commitment and environmental factors. *Academy of Management Journal*, Vol. 42, Nº 1, pp 42-57.
- Cohen, S. (1993), Defining and Measuring Effectiveness in Public Management. *Public Productivity and Management Review*, Vol. 17, Nº 1, pp 45-57.
- Collier, J. (2004), Measuring and evaluating board performance. *Measuring Business Excellence*, Vol. 8, Nº 3, pp 12-17.
- Collier, P. (2008), Stakeholder accountability. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 21, Nº 7, pp 933-954.
- Collins, J.; Porras, J. (1994), *Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies*, Random House Business Books.
- Collins, J.; Porras, J. (1996), Building Your Company's Vision. *Harvard Business Review*, Sept-Oct 1996.
- Collins, J.; Porras, J. (1997), *Built to Last*. HarperCollins, New York, NY.
- Collins, C.; Green, A.; Hunter, D. (2000). NHS reforms in the UK and learning from developing country experience. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 14, Nº 2, pp 87-99.
- Collins, J. (2001), *Good to Great*. Collin, London.
- Conger, J.; Finegold, D.; Lawler III, E. (1998), CEO Appraisals: Holding Corporate Leadership Accountable. *Organizational Dynamics*, Summer 1998, pp 7-20.
- Conger, J.; Lawlor III, E. (2002), Evaluating the directors: the next step in boardroom effectiveness. *Business Journal Online*, Ontario.
- Conrad, D.; Perry, L. (2009), Quality-Based Financial Incentives in Health Care: Can we Improve Quality by Paying for it? *Annual Review of Public Health*, Vol. 30, pp 357-371.
- Cooley, A.; Lawrence, Z. (2006). *Reward and Recognition*. Department of Health. UK.
- Core et al. (2001) *Executive equity compensation and incentives: a survey*. Working Paper, University of Pennsylvania.
- Correia, M. (2008). Comunicação apresentada ao Primeiro Congresso Luso-Brasileiro de Gestão Hospitalar, Estoril, 2008.
- Corte-Real, I. (1990), "Sessão de encerramento" em Secretariado para a Modernização Administrativa, 1º Congresso Nacional de Modernização administrativa, Lisboa, pp 151-158.
- Corte-Real, I. (2008), Public management reform in Portugal: successes and failures. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 21, Nº 2, pp 205-229.
- COSO (1992). *Internal Control - Integrated Framework*. Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. American Institute of Certified Public Accountants, New York, NY.
- Costa, C.; Reis, V. (1993) O sucesso nas organizações de saúde. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 11, Nº 3, pp 68.
- Costa, C. (2005). *Produção e desempenho hospitalar: aplicação ao internamento*. Dissertação de doutoramento. ENSP. Lisboa.



- Courty, P.; Marshke, G. (2004), An Empirical Investigation of Gaming Responses to Explicit Performance Incentives. *Journal of Labor Economics*, Vol. 22, Nº 1, pp 23-56.
- Covey, S. (1989). *The 7 Habits of Highly Effective People*. Simon & Schuster, New York.
- Cribb, A. (2001). Reconfiguring Professional Ethics: The Rise of Managerialism and Public Health in the UK National Health Service. *HEC Forum*, Vol. 13, Nº 2, pp 111-124.
- Cross, K.; Lynch, R. (1988-1989), The SMART way to define and sustain success. *National Productivity Review*, Vol. 8, Nº1, pp 23-33.
- CSFSNHS (2007). *Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.
- CSCI (2006). *Wider Review of Regulation in Social Care and Health*. Commission for Social Care Inspection. UK. ([http://www.csci.org.uk/PDF/dh\\_wider\\_submission.pdf](http://www.csci.org.uk/PDF/dh_wider_submission.pdf))
- Culyer, A. (1981) *Health, Economics and Health Economics*. In: Health, Economics and Health Economics, V. Van Der Gaag and M. Perlman, Ed.s. North-Holland.
- Curtright, J.; Stolp-Smith, C.; Edell, E. (2000), Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 45, Nº1, pp 58-68, Jan/Feb 2000.
- Custers, T.; Hurley, J.; Klazinga, N.; Brown, A. (2008) Selecting effective incentive structure in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Services Research*, Vol. 8, Nº 66, pp 1-14.
- Cutler, D. (2001), *Why has health improved?* Economics 2480, Public economics seminar. Harvard University, Boston.
- Daake, D.; Anthony, W. (2000), Understanding Stakeholder Power and Influence Gaps in a Health Care Organization: An Empirical Study. *Health Care Management Review*, Vol. 25, Nº 3, pp 94-107.
- Daft, R. (1994), *Management*. Dryden 328rés, Orlando, Florida, USA.
- Daily, C.; Dalton, D.; Cannella, A. (2003), Corporate Governance: decades of dialogue and data. *Academy of Management Review*, Vol. 28, Nº 3, pp 371-382.
- Daily, C.; Dalton, D. (2004), Boardroom myths: reconciling prescription and research guidance. *Handbook of Business Strategy*, Vol. 5, Nº 1, pp 15-18.
- Dale, E. (1969), *Gerência Empresarial: Métodos Modernos*. São Paulo, Ed. Harper & Row.
- Dalkey, N.; Helmer, O. (1963), An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, Vol. 9, Nº 3, pp 458-467.
- Dalton *et al.* (1998). Meta-analytic Reviews of Board Composition, Leadership Structure, and Financial Performance. *Strategic Management Journal*, Vol. 19, pp 269-290.
- Dalton, C. Dalton, D. (2006), Corporate governance best practises: the proof is in process. *Journal of Business Strategy*, Vol. 27, Nº 4, pp 5-7.
- Daniels, A. (1989), *Performance Management: Improving Quality Productivity through Positive Reinforcements*. PM Publications, Turker, GA.
- Dansky, K.; Gamm, L. (2004), Accountability framework for managing stakeholders of health programs. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 18, Nº 4, pp 290-304.
- Davies, H.; Nutley, S.; Mannion, R. (2000), Organizational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, Vol. 9, pp 111-119.
- Davies, T. (2002). Understanding organizational culture in reforming the National Health Service. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 95, pp 140-142.
- Davis, J.; Schoorman, F.; Donaldson, L. (1997), Towards a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, Vol. 22, Nº1, pp 20-47.
- Davis, K.; Schoen, C.; Schoenbaum, S.; Doty, M.; Holmgren, A.; Kriss, J.; Shea, K. (2006). *Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*. The Commonwealth Fund, pp1-36.
- Davis, K.; Schoen, C.; Schoenbaum, S.; Doty, M.; Holmgren, A.; Kriss, J.; Shea, K. (2007). *Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*. The Commonwealth Fund.

- DeBusk, G.; Brown, R.; Killough, L. (2003), Components and relative weights in utilization of dashboards measurements systems like the balanced scorecard. *British Accounting Review*, Vol. 35, pp 215-231.
- Debusk, G.; Crabtree, A. (Autumn 2006), Does the balanced scorecard improve performance? *Management Accounting Quarterly*, Vol. 8, N° 1, pp 44-48.
- Delbeck, A.; Van de Ven, A.; Gustafson, D. (1975), *Group techniques for program planning: A guide to nominal group and delphi processes*. Glenview, IL: Scott, Foresman, and Co.
- Deloitte (2005), *Corporate Governance disclosure checklist*. Deloitte, UK, Jan 2005.
- Demb, A.; Neubauer, F. (1992a), The Corporate Board: Confronting the Paradoxes, *Long Range Planning*, Vol. 25, N° 3, pp. 9-20.
- Denis, J.; Langley, A.; Lozeau, D. (1995), The Role and Impact of Formal Strategic Planning in Public Hospitals. *Health Services Management*, Vol. 8, N° 2, pp 87-112.
- Denis, D. (2001), Twenty five years of corporate governance research and counting. *Review of Financial Economics*, Vol. 10, pp 191-212.
- De Toni, A.; Tonchia, S. (2001), Performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 21, N° 1/2, pp 46-70.
- Devan, V.; Williams, M. (1999), Measuring up. *Trustee*, Vol. 52, N° 5.
- DHCPT (2006), *Dutch Health Care Performance Report*. Centre For Prevention and Health Services Research, Bilthoven Netherlands.
- DH (1999). *Clinical Governance: Quality in the New NHS*. Department of Health. National Health Service. UK.
- DH (2006). *Integrated Governance Handbook*. Department of Health, National Health Service. UK.
- DH (2008). *NHS Standard Contract for Acute Services*. Department of Health, National Health Service, Feb 2006. UK.
- DHS (2003). *Victorian Public Hospital Governance Reform Panel*. Victorian Government. Department of Human Services. Final Report, pp 1-100, August 2003. Australia.
- Dickinson, A. (2005), Are We Motivated by Money? Some Results From The Laboratory. *Performance Improvement*, Vol. 44, N° 3, pp 18-24.
- Dickinson, H.; Peck, E.; Smith, J. (2006). *Leadership in organizational transition-what can we learn from research evidence*. Health Services Management Centre; Institute for Innovation and Improvement; pp 1-16, March 2006.
- DiNapoli, T. (2007), *Standards for Internal Control in New York State Government*. State Comptroller. New York
- Dixit, A. (2002), Incentives and Organizations in the Public Sector: an Interpretative Review. *Journal of Human Resources*, Vol. 37, N° 4, pp 696-727.
- Ditzel, E.; Strach, P.; Pirozek, P. (2006). An inquiry into good hospital governance: a New Zealand-Czech comparison. *Health Research Policy and Systems*, Vol. 4, N° 2.
- Dixon, J.; Nani, A.; Vollmann, T. (1990), *The New Performance Challenge: Measuring Operations for World-class Competition*. Business One Irwin, Homewood, IL.
- Dixon, J.; Kouzmin, A.; Korac-Kakabadse, N. (1998), Managerialism – something old, something borrowed, little new. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 11, N° 2/3, pp 164-187.
- Dixon, J. (2000). Modernizing the NHS: Performance and Productivity. *British Medical Journal*, Vol. 320, pp 1462-1464.
- Dixon, J.; Le Grand, J.; Smith, P. (2003). *Can Market Forces Be Used For Good?* King's Fund, London.
- Dixon, Jennifer. (2005). *Regulating Health Care*. King's Fund Foundation, pp 1-48, London.
- Dixon, J.; Lewis, R.; Rosen, R.; Finlayson, B; Gray. D. (2008). Can the NHS learn from US managed care organizations? *British Medical Journal*, Vol. 328, pp 223-225.
- Donabedian, A. (1988), The Quality of Care: How Can it be Assessed? *Journal of Medical Association*, Vol. 260, N° 12, pp 1743-1748.
- Donaldson, T.; Preston, L. (1995). The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence and Implications. *Academy of Management Review*, Vol. 20, N° 1, pp 65-91.
- Donaldson, T. (2007), Ethical blowback: the missing piece in the corporate governance puzzle – the risks to a company which fails to understand and respect its social contract. *Corporate Governance*, Vol. 7, N° 4, pp 534-541.

- Donker, H.; Zahir, S. (2008), Toward an impartial and effective corporate governance rating system. *Corporate Governance*, Vol. 8, N° 1, pp 83-93.
- Drucker, P. (1974), *Management: Tasks, Responsibilities, Practises*. Butter-Heinemann, Oxford.
- Drucker, P. (1989a), *The New Realities: In Government and Politics, in economics and Business, in Society and World View*, Harper & Row, New York.
- Drucker, P. (1989b), What Business Can Learn from Nonprofits. *Harvard Business Review*, Vol. 67, N° 4, pp 88-93.
- Drucker, P. (1992a). *Managing the Non-Profitting Organization*. HarperCollins Publishers, New York.
- Drucker, P. (1992b), *Managing for the future*. New York: Truman Talley Books/Dutton.
- Drucker, P. (2002), They're Not Employees, They Are People. *Harvard Business Review*, Febr 2002, pp 1-8.
- Drucker, P. (2003), *The New Realities*. Transactions Publishers, New Brunswick, New Jersey.
- Dukerich, J.; Golden, B.; Shortell, S. (2002), Beauty is in the Eye of the Beholder: The Impact of Organizational Identification, Identity, and Image on the Cooperative Behaviors of Physicians. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 47, pp 507-533.
- Dunleavy, P. Margetts, H.; Bastow, S.; Tinkler, J. (2005), *New Public Management is Dead: Long Live Digital Era Governance*. Discussion Papers Series N° 004, Public Policy & Services, London School of Economics and Political Science, London.
- Dwyer, F. (1987). Developing Buyer-Seller Relationship. *Journal of Marketing*, Vol. 51, N° 12, pp 11-27.
- Ebrahim, A.; Weisband, E. (2007), *Global Accountabilities: Participation, Pluralism and Public Ethics*. Cambridge University Press. Cambridge, UK.
- Eccles, R. (1991), The performance measurement manifesto, *Harvard Business Review*, Vol. 69, N° 1, pp 131-137.
- Eddy, D. (1998), Performance Measurement: Problems and Solutions. *Health Affairs*, Vol. 7, N° 4, pp 1-19.
- Eeckloo, K.; Herck, G.; Hulle, C.; Vleugels, A. (2004). From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospital' board and management. *Health Policy*, Vol. 68; pp 1-15.
- Eeckloo, K.; Delesie, L.; Vleugels, A. (2007). Where is the pilot? The changing shapes of governance in the EU hospital sector. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, Vol. 127, N° 2, pp. 78-86, March 2007.
- Eggleston, K. (2005), Economic modeling of methods to stimulate quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 17, N° 6, pp 521-531.
- Eid, F. (2001). *Hospital Governance and Incentive Design*. Policy Research Working Paper 2727. The World Bank.
- Eid, F. (2004). Designing Institutions and Incentives in Hospitals: An Organization Economics Methodology. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 31, N° 2, pp 1-15.
- Eisenhardt, K.; Bourgeois, L. (1988), Politics of strategy decision making in high-velocity environments: Toward a midrange theory. *Academy of Management Journal*, Vol. 31, pp 737-770.
- Eklington, J. (1998), "The triple bottom-line for twenty-first century business", In Eklington, J. (1998), *Cannibal with forks: the triple bottom-line of the 21<sup>st</sup> century business*. New Society Publishers. Gabriola Island, B.C.
- Eldenburg, L; Khrisnan, R. (2003). Public versus private governance: a study of incentives and operational performance. *Journal of Accountings and Economics*, Vol. 35, 337-404.
- Eldenburg, L; Hermalin, B.; Weisbach, M.; Wosinska, M. (2004), Governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals. *Journal of Corporate Finance*, Vol. 10, N°4, pp 527-548.
- Emanuel, E.; Emanuel, L. (Jan 1996). What is Accountability in Health Care? *Annals of Internal Medicine*, Vol. 124; N° 2, pp 229-239.
- Engel, E.; Gordon, E.; Hayes, R. (2002), The Roles of Performance Measures and Monitoring in Annual Governance Decisions in Entrepreneurial Firms. *Journal of Accounting Research*, Vol. 40, N° 2, pp 485-518.
- Enthoven, A. (1985). *Reflections on the management of the NHS*. Nuffield Provincial Hospitals Trusts. London.
- Enthoven, A. (2000). In Pursuit of an Improving National Health Service. *Health Affairs*, Vol. 19, pp 102-119.
- Enthoven, A. (2004). Perspective: Market Forces and Efficient Health Care Systems; *Health Affairs*, Vol. 23, N° 2, pp 25-28.

- Enthoven, A.; Tollen, L. (2005). Competition In Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency. *Health Affairs*, Vol. 24, pp 420-433.
- Epstein, M.; Palepu, K. (1999), What financial analysts want. *Strategic Finance*, Vol. 80, Nº 10, pp 48-52.
- Epstein, M.; Roy, M. (2003), Measuring and Improving the Performance of Corporate Boards Using the Balanced Scorecard. *Harvard Business Review*. Mar-Apr 2003.
- Epstein, M. (2004), *The Drivers and Measures of Success in High Performance Organizations*. In: Eptsein, M.; Manzoni, J. (Eds). "Performance measurement and management control: superior organizational performance". Studies in managerial and financial accounting, Vol. 14, Elsevier, Amsterdam.
- Epstein, M., Roy, M. (2005), Evaluating and monitoring CEO performance: evidence from US compensation committee reports. *Corporate Governance*, Vol. 5, Nº 4, pp 75-87.
- Erikkla, T. (2004), *Governance and Accountability – A Shift in Conceptualisation*. Paper Presented at Annual Conference of European Group of Public Administration, 1-4 September, Ljubljana, Slovenia.
- Evangelis, K. (1992). Performance measured performance gained. *The Treasurer*, February 1992, pp 45-47.
- Evans, P. (1975), Multiple hierarchies and organizational control. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 33, pp 284-304.
- EU (2001), *Promoting a European framework for corporate social responsibility*- Green Paper. Office for Official Publications of Europeans Communities.
- EU (2005). *Development of a methodology for collection and analysis of data on efficiency and effectiveness in health care provision*. European Commission, 4th Health Systems Working Party Meeting, 2005.
- Evans, R. (1981), *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of health care industry*, In: *Health, Economics and Health Economics* (J. Van der Gaag & Pelman, ed.), pp 320-354, North Holland.
- Evans, D.; Edejer, T.; Lauer, J.; Frenk, J.; Murray, C. (2001), Measuring Quality: From the System to the Provider. *International Society for Quality in Health Care*, Vol. 13, Nº 6, pp 439-446.
- Exworthy, M; Robinson, R. (2001), Two at the top: relations between Chairs and Chief Executives in the NHS. *Health Services Management Research*, Vol. 14, pp 82-91.
- Falascetti, D.; Miller, G. (2001), Constraining Leviathan. *Journal of Theoretical Politics*, Vol. 13, Nº 4, pp 389-411.
- Farrell, C. (2005), Governance in the UK Public sector: The Involvement of the Governing Board. *Public Administration*, Vol. 83, Nº 1, pp 89-110.
- Fama, E.; Jensen, M. (1983). Separation of Ownership and Control. *Journal of Law and Economics*, Vol. 26.
- Fama, E.; Jensen, M. (1998). *Agency Problems and Residual Claims*. Foundations of Organizational Strategy, chapter 6, Harvard University Press.
- Fayol. H. (1949), *General and Industrial Management*. Pitman, London.
- Fawcett, S.; Cooper, M. (1998), Logistic Performance measurement and Customer Success. *Industrial marketing Management*, Vol. 27, Nº 4, pp 341-357.
- Feldstein, P. (1971), Applying Economic Concepts to Hospital Care. *Hospital Administration*, Vol. 13, pp 68-89.
- Felix, G.; Riggs, J. (1983), Productivity measurement by objectives. *National Productivity Review*, Vol. 2, Nº 4, pp 386-393.
- Ferguson, J.; Fakelmann, R. (2005). The Culture Factor. *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 22, Nº 1, pp 33-40.
- Fernandez, R.; Arrondo, C. (2005), Alternative Internal Controls as Substitutes of the Board of Directors. *Corporate Governance*, Vol. 13, Nº 6, pp 856-866.
- Ferrarini, G. (2008), *A European Perspective on Executive Remuneration*. European Corporate Governance Institute, Brussels, September 2008.
- Ferreira, A. (2004), Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, XXXIX, Vol. 171, pp 313-337.
- Ferreira, A.; Otley, D. (2005), *The design and Use of Management Control Systems: An Extended Framework for Analysis*. AAA Management Accounting Section 2006 Meeting Paper. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=682984>.
- Fink, A.; Kosecoff, J.; Chassin, M.; Brook, R. (1984). Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *American journal of Public Health*, Vol. 74, nº 9, pp 979-983.
- Finlayson, B. (2002), *Counting the Smiles*. King's Fund Research, March 2002. London.

- Fisscher, O.; Nijhof, A. (2005), Implications of business ethics for quality management. *The Total Quality Management Magazine*, Vol. 17, N° 2, pp 150-160.
- Flannery, T.; Bolster, C. (1999). Is This the Future of Your Bonus? *Hospitals & Health Networks*, Vol. 73, N° 9, pp 36-44.
- Flannery, T.; Hofrichter, D. (Jul/Aug 2007). What's the Right Incentive Compensation Plan? *Trustee*, Vol. 60, N° 7, pp 22-26.
- Fleischer, A.; Hazard, C.; Klipper, M. (1988), *Board games: The changing shape of corporate power*. Boston, MA: Little Brown.
- Folan, P.; Browne, J. (2005), A review of performance measurement: Towards performance management. *Computers in Industry*, Vol. 56, pp 663-680.
- Forbes, D.; Miliken, F. (1999), Cognition and Corporate Governance: Understanding Boards of Directors as strategic Decision-Making Groups. *Academy of Management Review*, Vol. 24, pp 489-505.
- Fottler, M. (1987), Health Care Organizational Performance: Present and Future Research. *Journal of Management*, Vol. 13, N° 2, pp 367-391.
- Fotler, M. (1987), Health care organizational performance: present and future research. *Journal of Management*, Vol. 13, N° 2, pp 367-91.
- Fox, J. (October 2006), Are today's CEOs batting a thousand? *Fortune*.
- Francis, R.; Armstrong, A. (2003), Ethics as a risk management strategy: the Australian experience. *Journal of Business Ethics*, Vol. 45, N° 4, pp 375-385.
- Franco, L.; Bennet, S.; Kanfer, R. (2002), Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine*, Vol. 54, pp 1255-1266.
- Franco-Santos, M.; Bourne, M. (2003), Factors that play a role in "managing through measures". *Management Decision*, Vol. 41, N° 8, pp 698-710.
- Franco-Santos, M.; Bourne, M.; Huntington, R. (2004), Executive pay and performance measurement practises in the UK. *Measuring Business Excellence*, Vol. 8, N° 3, pp 5-11.
- Franco-Santos et al. (2007), Toward a definition of business performance measurement. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 27, N° 8, pp 784-801.
- Freeman, R.; McVea, J. (2001). *Stakeholder Approach to Strategic Management*. Darden Graduate School of Business, Working Paper N° 01-02; University of Virginia.
- Freeman, T. (2002), Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, Vol. 15, pp 126-137.
- Freeman, R.; Wicks, A.; Parmar, B. (May-June 2004). Stakeholder Theory and "The Corporate Objective Revisited". *Organization Science*, Vol. 15, N° 3, pp 364-369.
- Frei, F. (2006), Breaking the Trade-off Between Efficiency and Service. *Harvard Business Review*, Nov 2006, pp 93-101.
- Frolich, A; Talavera, J.; Broadhead, P; Dudley, R. (2007). A behavioural model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*, Vol. 80, pp 179-193.
- Frost, B. (2000), *Measuring Performance*. Measurement International, Dallas.
- Funkhouser, M. (2005). *Performance auditing for added value: Governance, Politics and Accountability*. 2° Bienal Forum of Central Region Government Auditors.
- Gamm, L. (1996), Dimensions of Accountability for Not-for-Profit Hospitals and Health Systems. *Health Care Management Review*, Vol. 21, N° 2, pp 74-86.
- Gandossy, R.; Guarnieri, R. (2008), Can You Measure Leadership? *MIT Sloan Management Review*, Vol. 50, N° 1, pp 65-69.
- Gapenski, L.; Vogel, W.; Languard-Orban, B. (1993), The Determinants of Hospital Profitability. *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 38, N° 1, pp 63-80.
- García, C.; Val Pardo, I. (2004), Strategies and performance in hospitals. *Health Policy*, Vol. 67, pp 1-13.
- Garman, A.; Tyler, J.; Darnall, J. (Sep/Oct 2004). Development and Validation of a 360-degree-feedback Instrument for Healthcare Administrators. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 49, N° 5, pp 307-320.
- Gartiser, N.; Lerch, C.; Lutz, P. (2004), *Appréhender la dynamique d'évolution des organisations, Vers une opérationnalisation des modèles de Mintzberg*. XII ème Conférence Internationale de Management Stratégique, Normandie-Vallé de Seine, France.

- Gautam, K. (2005). Transforming Hospital Board Meetings: Guidelines for Comprehensive Change. *Hospital Topics*, Vol. 83, Nº 3, Summer 2005.
- Gaynor, M.; Rebitzer, J.; Taylor, L. (2004), Physician Incentives in Health Maintenance Organizations. *Journal of Political Economy*, Vol. 112, Nº4, pp 915-931.
- Gerdtham, U.; Jonsson, B.; MacFarlan, M. (1998), The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis. *Developments in health economics and public policy*, Vol. 6, pp 113-134.
- Ghalayini, A.; Noble, J. (1996), The changing basis of performance measurement. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 11, Nº 8, pp 63-80.
- Ghoshal, S.; Bartlett, C. (1998). *The Individualized Corporation*. William Heinemann, London.
- Ghosh, D.; Lusch, R. (2000), Outcome effect, controllability and performance evaluation of managers: some field evidence from multi-outlet businesses. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 25, pp 411-425.
- Ghoshal, S. (2005), Bad Management Theories are Destroying Good Management Practises. *Academy of Management Learning & Education*, Vol. 4, Nº 1, pp 75-91.
- Gilbert, P. (1980), *Le contrôle de gestion dans les organisations publiques*. Paris, Editions d' Organization.
- Gill, M. (2002), *Sample governance Policies*. Institute of Governance. Canada.
- Gill, M. (Mar 2005), *Governing Boards' Performance and Organizational Effectiveness*; Synergy Associates.
- Gillies, J. (1992), *Boardroom renaissance: Power, morality and performance in the modern corporation*. McGraw-Hill.
- Gillis, J. (1996). *Evaluating the Nonprofit CEO – A Guide for Chief Executives and Board Members*. Akron, Ohio, Aspen Publisher, inc.
- Ginn, G.; Lee, R. (2006), Community Orientation, Strategic Flexibility and Financial Performance in Hospitals. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 51, Nº 2.
- Giraldes, M. (2008), Eficiência Versus Qualidade no Serviço Nacional de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 21, pp 397-410.
- Glaeser, E.; Shleifer, A. (2001), Not-for-Profit Entrepreneurs. *Journal of Public Economics*, 2001, Vol. 81, Nº 1, pp. 99-115.
- Glouberman, S.; Mintzberg, H. (2001a), Managing the cure of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, Vol. 26, Nº 1, pp 56-69.
- Glouberman, S.; Mintzberg, H. (2001b), Managing the cure of health and the cure of disease. Part II: Integration. *Health Care Management Review*, Vol. 26, Nº 1, pp 70-84.
- Glynn, J.; Murphy, M. (1996), Public management- failing accountabilities and failing performance review. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 9, Nº 5/6; pp 125-137.
- Glynn, J.; Perkins, D. (1997). Control and accountability in the NHS market: a practical proposition or logical impossibility? *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 10, Nº 1/2; pp 62-75.
- Goddard, M.; Mannion, R.; Smith, P. (1999), Assessing the performance of NHS Hospital Trusts: the role of "hard" and "soft" information. *Health Economics*, Vol. 9, pp 95-107.
- Goddard, M.; Mannion, R.; Smith, P. (2000), Enhancing Performance in Health Care: A Theoretical Perspective on Agency and the Role of Information. *Health Economics*, Vol. 9, pp 95-107.
- Goddard *et al.* (2002a), Clinical performance measurement: part 1 – getting the best out of it. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 95, pp 508-510.
- Goddard *et al.* (2002b), Clinical performance measurement: part 2 – getting the best out of it. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 95, pp 549-551.
- Goddard, M; Mannion, R. (2007), The role of horizontal and vertical approaches to performance measurement and improvement in the UK public sector. *Public Performance & Management Review*, Vol. 28, Nº 1, pp 75-95.
- Golden, B.; Zajac, E. (2001), When Will Boards Influence Strategy? Inclination x Power = Strategic Change. *Strategic Management Journal*, Vol. 22, pp 1087-1111.
- Golden, B.; Martin, R. (2004), Aligning the Stars: Using Systems Thinking to Redesign Canadian Healthcare. *Healthcare Quarterly*, Vol. 7, Nº 4, pp 34-42.
- Golden, B. (2006), Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, Vol. 10, Special Issue, pp 10-19.

- Golden, B. (2006), The Cost of Pay for Performance in Healthcare. An Alternative View. *Healthcare Papers*, Vol. 6, N°4, pp 39-46.
- Goldsmith, M.; Gladstone, D. (2005). *Road Map to Reform Health*. Adam Smith Research Trust, London.
- Goldfarb et al. (1980), Behaviour of the Multiproduct Firm: A Model of Nonprofit Hospital. *Medical Care*, Vol. 18, N° 2, pp 185-201.
- Gomes, C.; Yasin, M.; Lisboa, J. (2004), A literature review of manufacturing performance measures and measurement in an organizational context: a framework and direction for future research. *Journal of Manufacturing Technology Management*, Vol. 15, N° 6, pp 511-530.
- Goodstein, J.; Guatam, K.; Boeker, W. (1994), The effects of board size and diversity on strategic change. *Strategic Management Journal*, Vol. 15, N° 3, pp 241-250.
- Gosfield, A. (2005), *The Performance Measurement Ball: Too many Tunes To Many Dancers?* Health Law Handbook, Ed. WestGroup.
- Gouveia, M. (1996). "The public sector and health care". *International Tax and Public Finance*, Springer, Vol. 3 (3), July, pp. 329-349.
- Gray, C.; Jenkins, W. (1995). *Public Management and the NHS*. In *Managing Health Challenge for the 1990s*. London, RU.
- Gray, K.; Bailey, M. (2008), Non-price competition in NHS secondary care contracting: empirical results. *Journal of Health, Organization and Management*, Vol. 22, N° 5, pp 480-495.
- Greatbanks, R.; Tapp, D. (2007), The impact of balanced scorecards in a public environment. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 27, N° 8, pp 846-873.
- Green, J.; Griesinger, D. (1996), Board performance and organizational effectiveness in nonprofit social services organization. *Nonprofit Management and Leadership*, Vol. 6; pp 381-402.
- Greener, I.; Powell, M. (2008) The changing governance of the NHS: Reform in a post-Keynesian health service. *Human Relations*, Vol. 61, N° 5, pp 617-636.
- Gregory, M. (1993), Integrated performance measurement: a review of current practises and emergent trends. *International Journal of Production Economics*, Vol. 30, pp 281-296.
- Greiling, D. (2006). Performance measurement: a remedy for increasing the efficiency of public services? *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 55, N° 6; pp 448-465.
- Griffith, J.; Alexander, J.; Jelinek, R. (2002), Measuring Comparative Performance. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47, N° 1, Jan/Feb 2002.
- Griffith, J.; White, K.; Bernd, D. (2005), The Revolution in Hospital Management. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 50, N° 3, pp 170-190.
- Groene, O.; Skau, J.; Frolich, A. (2008), An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, March 2008, pp 1-10.
- Groene, O.; Klazinga, N.; Kazandjian, V.; Lombrail, P.; Bartels, P. (2008), The WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 20, N° 3, March 2008, pp 155-161.
- Groene et al. (2009), The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 21, N° 4, pp 259-271.
- Grol, R. (2001a), Improving the Quality of Medical care. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 286, N° 20, pp. 2578-2585.
- Grol, R. (2001b), Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practise. *Medical Care*, Vol. 39 (suppl. 2), pp 46-54.
- Grol, R; Grimshaw. (2003). From best evidence to best practise: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, Vol.363, N° 9391, pp 1225-1230.
- Gross, P.; Braun, B.; Kritchevsky, S.; Simmons, B. (2000), Comparison of clinical indicators for performance measurement of health care quality: A cautionary note. *British Journal of Clinical Governance*, Vol. 5, N° 4, pp 202-211.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*. Vol. 80, N° 2, pp 223-55, March-April/1972.
- Grossman, S.; Hart, O. (1980), Takeover Bids and the Free-Rider Problem and the Theory of the Corporation. *Bell Journal of Economics*, Vol. 11, pp. 42-64.

- GTROIH (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Documento colocado à discussão pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. Ministério da Saúde, Lisboa. Acedido em 16/07/2010 <http://www.portaldasaude.pt/portall/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/hospitais+consulta.htm>
- Guerra-López, I. (2008), *Performance evaluation: proven approaches for improving program and organizational performance*. John Wiley & Sons, Inc., USA.
- Guisset, A. ; Sicotte, C. ; Leclerk, P. ; D'Hoore, W. (2002), Définition de la performance hospitalière : un enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 20, N° 2 ; pp 65-102.
- Guisset, A.; Kjaergaard, J.; Habicht, J. (2010). *Performance management, developing a culture of measurement and continuous quality improvement in Estonian hospitals: Recommendations on alternative entry points and ways forward*. World Health Organization, Copenhagen, Denmark.
- Gustafson, D.; Shukla, R.; Delbecq, A.; Walster, G. (1973), A Comparative Study of Differences in Subjective Likelihood Estimates Made by Individuals, Interacting Groups, Delphi Groups, and Nominal Groups. *Organizational Behavior and Human Performance*, Vol. 9, pp 280-291.
- Gustafson, D.; Cats-Baril, W.; Alemi, F. (1992). *Systems to Support Health Policy Analysis*. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, EUA.
- Hadley et al. (2008), Covering the Uninsured in 2008: Current Costs, Sources of Payment, and Incremental Costs. *Health Affairs*, Vol. 27, N° 5, pp 399-415.
- Haggerty et al. (2003), Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, Vol. 327, pp 1219-1221.
- Halachmi, A. (2005), Performance measurement is only one way of managing performance. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 54, N° 7, pp 502-516.
- Halal, W. (2000), Corporate community: a theory of the firm uniting profitability and responsibility. *Strategy & Leadership*, Vol. 28, N° 2, pp 10-16.
- Hammer, P.; Haas-Wilson, D.; Sage, W. (2001), Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health care: "Why Arrow? Why Now"? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, N° 5, pp 835-849.
- Ham, C.; Hawkins, L. (2003). *Implementing Organizational Reforms to Hospitals in the Public Sector. In Understand Organizational Reforms- The Corporatization of Public Hospitals*. The International Bank for Reconstruction and Development.
- Ham, C. (2007), *When politics and markets collide: reforming the English National Health Service*. Health Services Management Centre, Scholl of Public Policy, University of Birmingham.
- Handler, A.; Issel, M.; Turnock, B. (2001), A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. *American Journal of Public Health*, Vol. 91, N° 8, pp 1235-1239.
- Handy, C. (2002), What's a Business For? *Harvard Business Review*, Dec 2002, pp 1-9.
- Hanvoravongchai et al. (2000), Implications of private practise in public hospitals on the caesarean rate in Thailand. *Human Resources Development Journal*, Vol. 4, pp 2-12.
- Hart, O.; Moore, J. (1988). Incomplete contracts and renegotiation. *Econometrica*, Vol. 56, pp 755-785
- Hart, O.; Shleifer, A.; Vishny, R. (1997), The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, November 1997.
- Hartzband, P.; Groopman, J. (2009), Money and Changing Culture. *New England Journal of Medicine*, Vol. 360, N° 2, pp 101-103.
- Hayes, R.; Abernathy, J. (1980), Managing our way to economic decline. *Harvard Business Review*, July-August, pp 22-26.
- HC (2003). *On Target? Government By Measurement*. Fifth Report of Session 2002-03, Public Administration Select Committee, House of Commons, UK.
- Health Care Governance Commission, (1999). Recommendations for good administration, good supervision and proper accountability in the Dutch health system.
- Heath, J.; Norman, W. (2004). Stakeholder Theory, Corporate Governance and Public Management. *Journal of Business Ethics*, Vol. 53, pp 247-265.
- Hermalin, B.; Weisbach, M. (2001), Boards of directors as an endogenously determined institution: a survey of the economic literature. *Economic Policy Review*, Vol. 9, N°1, pp 7-26.



- Heineman, B. (2008), The Fatal Flaws in Pay for Performance. *Harvard Business Review*, June 2008, pp 1-2.
- Helm, C.; Holladay, C.; Tortorella, F.; Candio, C. (2007). The Performance System: Applying and Evaluating a Pay-for-Performance Initiative. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 52, n°1; pp 49-63.
- Henke, J. (1986), Involving the board of directors in strategic planning. *Journal of Business Strategy*, Vol. 7, N° 2, pp 87-95.
- Henri, J. (2004), Performance Measurement and Organizational Effectiveness: Bridging the Gap. *Managerial Finance*, Vol. 30, N° 6, pp 93-123.
- Herath, S. (2007), A framework for management control research. *Journal of Management Development*, Vol. 26, N° 9, pp 895-915.
- Hermalin, B.; Weisbach, M. (1991), The Effects of Board Composition and Direct Incentives on Firm Performance. *Financial Management*, Vol. 20, N° 4, pp 101-112.
- Hermalin, B.; Weisbach, M. (2003), Board of directors as an endogenously determined institution: a survey of the economic literature. *Economic Policy Review – Federal Reserve Bank of New York*, Vol. 9, N° 1, pp 7-26.
- Herman, R. ; Renz, D. (2000), Board Practises of Especially Effective and Less Effective Local Nonprofit Organisations. *American Review of Public Administration*, Vol. 30, N° 2, pp 146-169.
- Heskett, J. ; Jones, T. ; Loverman G. ; Sasser, W. ; Schlesinger, L. (1994), Putting the Service-Profit Chain to Work. *Harvard Business Review*, N° 164-174.
- Hervey, Tamara K. (2008). The EU Union's Governance of health care and the welfare modernization agenda. *Regulation & Governance*, Vol. 2, pp 103-120.
- Hicks, V.; Adams, O. (2001). *Pay and non-pay incentives, performance and motivation*. Round table discussion. Global Health Workforce Strategy Group. World Health Organization, Geneva.
- Hill, C.; Jones, T. (Mar 2002). Stakeholder-Agency Theory. *Journal of Management Studies*, Vol. 29, N° 2; pp 131-155.
- Hillman, A.; Dalziel, T. (2003), Boards of Directors and Firm Performance: Integrating Agency and Resource Dependence Perspectives. *Academy of Management Review*, Vol. 28, N° 3, pp 383-396.
- Hoerger, T. (1991), Profit Variability in For-Profit and Not-For-Profit Hospitals. *Journal of Health Economics*, Vol. 10, pp 250-289.
- Hoffman, J.; Rogelberg, S. (1998), A guide to team incentive. *Team Performance Management*, Vol. 4, N° 1, pp 22-32.
- Hoi, S-K; Robin, A. (2004). The designing of incentive compensation for directors. *Corporate Governance*, Vol. 4, N° 3, pp 47-53.
- Hood, C. (1991), A Public Management For All Seasons? *Public Administration*, Vol. 69, Spring 1991, pp 3-19.
- Hood, C. (1995), The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, N° 2/3, pp 93-109.
- Horwitz, J. (2005), *Does Corporate Ownership Matter? Service Provision in the Hospital Industry*. Working Paper 11376, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- House of Commons (2003), *On target? Government by measures*. London.
- Hronec, S. (1993), *Sinais Vitais*. Makron Books, São Paulo. Brasil.
- Hsu, C.; Sandford, B. (2007), The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*, Vol. 12, N° 10, pp 1-8. Available online: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=10>
- Hudson, M.; Smart, A.; Bourne, M. (2001), Theory and practise in SME performance measurement systems. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 21, N° 8, pp 1096-1115.
- Hundert, M.; Crawford, R. (2002a). Issues in the Governance of Canadian Hospitals, Part 1: Structure and Process. *Healthcare Quarterly*, Winter 2002/2003.
- Hundert, M.; Crawford, R. (2002b). Issues in the Governance of Canadian Hospitals, Part 2: Hospital Planning. *Healthcare Quarterly*, Fall 2002.
- Hundert, M. (2003). Issues in the Governance of Canadian Hospitals, Part 3: Financial Oversight. *Healthcare Quarterly*, Spring 2003.
- Hundert, M.; Topp, A. (2003). Issues in the Governance of Canadian Hospitals, Part 4: Quality of Hospital Care. *Healthcare Quarterly*, Vol. 6, N° 4.

- Hurst, J.; Jee-Hughes, M. (2001), *Performance Measurement and Performance Management*. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers N° 47, OCDE. DELSA/ELSA/WD (2000). Paris: OECD, 2001.
- Hurst, J. (2002), *Performance Measurement and Improvement in OECD Health Systems: Overview of Issues and Challenges*. In *Measuring Up*, OCDE (2002), pp 35-54.
- Huse, M. (2005), Accountability and Creating Accountability: a Framework for Exploring Behavioural Perspectives of Corporate Governance. *British Journal of Management*, Vol. 16, S65-S79.
- Ibrahim, J. (2001), Performance indicators from all perspectives. *International Journal of Quality in Health Care*, Vol. 13, N° 6, pp 431-432.
- IFAC (2001). *Governance in the Public Sector: A Governing Body Perspective*. International Federation of Accountants, New York, USA.
- Inamdar, N.; Kaplan, R.; Reynolds, K. (2002). Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47, N° 3.
- INE (2006). *Conta Satélite da Saúde*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa; Portugal.
- Ingle, C.; Wu, M. (2007), The Board and Strategic Change: A Learning Organization Perspective. *International Review of Business Research Papers*, Vol. 3, N° 1, pp 125-146.
- International Federation of Accountants (2001). *Governance in the public sector: a governing body perspective*. New York.
- International Federation of Accountants (2008). *Evaluating and improving governance in Organizations*; New York.
- IOM (2001). *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, DC.
- IOM (2003), *Hidden Cost, Value Lost: The Uninsured in America*. Institute of Medicine, Washington, D.C.
- IOWA Hospital Association (2007a), *Board Self-Assessment Guide*. [www.ihonline.org](http://www.ihonline.org)
- IOWA Hospital Association (2007b). *CEO Evaluation Guide*.
- IPCG (2006), *Livro Branco Sobre Corporate Governance em Portugal*. Instituto Português de Corporate Governance.
- Itnner, C.; Larcker, D.; Meyer, M. (2003), Subjectivity and the Weighting of Performance measures: Evidence from a Balanced Scorecard. *The Accounting Review*, Vol. 78, N° 3, pp 725-758.
- Itnner, C.; Larcker, D. (2003), Coming up Short on Nonfinancial Performance measurement. *Harvard Business Review*, pp 88- 95, Nov 2003.
- Jackson, T. (2005), Why Performance Indicators Have a Place in Health Policy. *Healthcare Papers*, Vol. 6, N° 2; pp 35-39.
- Jackson, M. (2009), Responsibility versus accountability in the Friedrich-Finer debate. *Journal of Management History*, Vol. 15, N° 1, pp 66-77.
- Jacobs, R.; Goddard, M.; Smith, P. (2006), *Public Services: Are composite measures a robust reflection of performance in the public sector?* Centre For Health Economics, Research Paper N° 16, University of York, pp 1-49.
- Jacobs, R.; Goddard, M.; Smith, P. (2007). *Composite performance measures in the public sector*. Centre for Health Economics, University of York, pp 1-8, UK.
- Jacobsson, U.; Westergreen, A. (2005), Statistical methods for assessing agreement for ordinal data. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 19, pp 427-431.
- Jansen, P. (2004), Performance measurement in Governmental Organizations: A Contingent Approach to Measurement and Management Control. *Managerial Finance*, Vol. 30, N° 8, pp 54-68.
- Jansen, P.; Kilpatrick, A. (2004), The dynamic nonprofit board. *The McKinsey Quarterly*, n° 2.
- JCAHO (2000), *A Guide to Performance Measurement*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, Illinois.
- JCAHO (2004), *Cost-effective Performance Improvement in Hospitals*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, Illinois.
- Jensen, M.; Meckling, W. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behaviour, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, Vol. 3, N° 4, pp 305-360.
- Jensen, M.; Murphy, K. (1990), CEO Incentives- It's Not How Much You pay, But How. *Harvard Business Review*, May-June 1990, pp 138-153.

- Jensen, M. (1993). The Modern Industrial Revolution, Exit, and Failure of Internal Control Systems. *Journal of Finance*, Vol. 48, pp 831-880.
- Jensen, M. (1994). Self-Interest, Altruism, Incentives, & Agency Theory. *Journal of Applied Corporate Finance*, Vol. 7, N° 2, pp 1-18.
- Jensen, M. (Oct 2001). Value maximization, stakeholder theory and the corporate function; *European Financial Management Review*, Vol. 7, N°3, pp 297-317.
- Jensen, M. (2004), *Issues and Puzzles in Performance Management*. Barbados Group Working Paper N° 2-05. Accessed at: <http://papers.ssrn.com/abstract=709561>.
- Johsen, A. (2000) Balanced Scorecard: theoretical perspectives and public management implications. *Managerial Auditing Journal*, Vol. 16, N° 6, pp 319-330.
- Johnson, J.; Daily, C.; Ellstrand, A. (1996), Board of Directors: A Review and Research Agenda. *Journal of Management*, Vol. 22, Vol. 3, pp 409-438.
- Johnson, K. (1998), Fundamentals of Performance Measurement. *Health Affairs*, Vol. 17, N° 6, pp 253.
- Johnson, H.; Frack, S. (2001). Critical indicators of enterprise performance. *Health Forum Journal*, Vol. 44; N° 1.
- Johson, C.; Bancroft, E. (May 2005), CEO Measurement and evaluation: The Three P's. *Trustee*, Vol. 58, N° 5.
- Johnston, R.; Pongatichat, P. (2008), Managing the tension between performance measurement and strategy: coping strategies. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 28, N° 10, pp 941-967.
- Jolson, M.; Rossow, G. (1971), The Delphi process im meeting decision making. *Journal of Marketing Research*, Vol. 8, pp 443-448.
- Jones, J.; Hunter, D. (1995), Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, Vol. 311, pp 376-380.
- Jones, D.; Crane, V. (1990), Development of an organizational strategic planning process for a hospital department. *The Health Care Supervisor*, Vol. 9, N° 1, pp 1-20.
- Jones, G. (2001), *Organizational Theory, Design, and Change*. Pearson International Edition, Prentice-Hall, New Jersey.
- Jones, C. (2002), The Attitudes of British National Health Service Managers and Clinicians Towards the Introduction of Benchmarking. *Financial Accountability and Management*, Vol. 18, N° 2, pp 163-188.
- Jones, M. (2008), Internal Control, Accountability and Corporate Governance. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 21, N° 7, pp 1052-1075.
- Kangi, G.; Moura e Sá, P. (2002), Kanji's Business Scorecard. *Total Quality Management*, Vol. 13, pp 13-27.
- Kaplan, R. (2006), *Alinhamento: usando o balanced scorecard para criar sinergias corporativas*. Elsevier. Rio de Janeiro.
- Kaplan, R.; Grossman, A. (2010), The Emerging Capital Market for Nonprofits. *Harvard Business Review*, October 2010, pp 111-118.
- Kaplan, R.; Norton, D. (1992), The Balanced Scorecard – measures that drive performance. *Harvard Business Review*, January-February 1992, pp 71-79.
- Kaplan, R.; Norton, D. (1996), *The Balanced Scorecard- Translating Strategy into Action*. Boston. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R.; Norton, D. (2000), *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. (2001) Strategic Performance Measurement in Nonprofit Organizations. *Nonprofit Management and Leadership*, Vol. 11, N° 3, pp 353-370.
- Kaplan, R.; Norton, D. (2001a), Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. *Accounting Horizons*, Vol. 15, N° 1, pp 87-104.
- Kaplan, R.; Norton, D. (2001b), Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part II. *Accounting Horizons*, Vol. 15, N° 2, pp 147-160.
- Kaplan, R. (2005), How the balanced scorecard complements the McKinsey 7-S model. *Strategy & Leadership*, Vol. 33, N° 3, pp 41-46.
- Kaplan, R.; Norton, D. (2006 a), How to Implement a New Strategy Without Disrupting Your Organization. *Harvard Business Review*, March 2006, pp 100-109.
- Kaplan, R.; Norton, D. (2006 b), Aligning the Board of Directors. *Harvard Business Review*, March-April 2006.

- Kaplan, R.; Norton, D. (2008), Mastering the management system. *Harvard Business Review*, Jan 2008, pp 63-77.
- Kaplan, S.; Reishus, D. (1990), Outside Directorship and Corporate Performance. *Journal of Financial Economics*, Vol. 27, N° 2, pp 389-410.
- Kates, J.; Marconi, K.; Mannle, T. (2001), Developing a Performance Management System for Federal Public Health Program: The Ryan White CARE Act, Titles I and II. *Evaluation Program and Planning*, Vol. 24, N° 2, pp 145-155.
- Katz, R. (1955), Skills of an Effective Administrator. *Harvard Business Review*, Jan-Feb, pp 33-42.
- Katz, R. (1974), Skills of an effective administrator. *Harvard Business Review*, HBR Classics, Sep-Oct 1974, pp 90-102.
- Katsoulakos, T.; Katsoulacos, Y. (2007), Strategic management, corporate responsibility and stakeholder management. *Corporate Governance*, Vol. 7, N° 4, pp 355-369.
- Kaufman, H. (2001), Major Players: Bureaucracies in American Government, *Public Administration Review*, Vol. 61, N° 2, pp. 18-42.
- Kaufman, S. (Oct 2008), Evaluating the CEO. *Harvard Business Review*, pp 53-57.
- Kearns, S.; Vigar, D; Scimmi, K. (Aug 2005). Infrastructure for Board Accountability. *Healthcare Quarterly*.
- Keeney, R.; Raiffa, H. (1976), *Decisions with Multiple Objectives: Preferences and Value Trade-offs*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Kelley, E.; Armestro, S.; Lapetra, M.; Wei, L. (2006), *Health Care Quality Indicators Project*. OCDE Working papers; pp 1-165.
- Kelley, E.; Hurst, J. (2006), *Health Care Quality Indicators Project*; OCDE working papers pp 1-152.
- Kennerley, M.; Neely, A. (2002), A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 22, N° 11, pp 1222-1245.
- Kennerley, M.; Neely, A. (2003), Measuring performance in a changing business environment. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 23, N° 2, pp 213-229.
- Kernaghan, K. (2000), The post-bureaucratic organization and public service values. *International Review of Public Sciences*, Vol. 66, pp 91-104.
- Ketchen, D.; Thomas, J.; McDaniel, R. (1996), Process, content and context. Synergistic effects on organizational performance. *Journal of Management*, Vol. 22, N° 2, pp 231-57.
- KF (2006). *Designing the "new" NHS*, pp 1-81. King's Fund Foundation. London.
- Khanchel, I. (2007), Corporate governance: measurement and determinant analysis. *Managerial Auditing Journal*, Vol. 22, N° 8, pp 740-760.
- Kiel, G; Nicholson, G.; Barclay, M. (2005a). *Board, Director and CEO Evaluation*. McGraw-Hill Australia, Pty, Ltd.
- Kiel, G.; Nicholson, G. (2005b), Evaluating Boards and Directors. *Corporate Governance*, Vol. 13, N° 5, pp 613-631.
- Kim, W.; Mauborgne, R. (1997), Fair Process: Managing in the Knowledge Economy. *Harvard Business Review*, Jul-Aug, pp 65-75.
- Kim, J.; Mahoney, J.T. (2005). Property Rights Theory, Transaction Costs Theory, and Agency Theory: An Organizational Economics Approach to Strategic Management. *Managerial and Decision Economics*, Vol. 26, pp 223-242.
- Kind *et al.* (1998), Variations in population health status: results from United Kingdom national questionnaire survey. *British Medical Journal*, Vol. 316, pp 736-742.
- Kizer, R. (1995). *Vision for Change: A Plan to Restructure the Veterans Health Administration*. Washington, DC. Department of Veterans Affairs.
- Klein, A. (2000), *Audit Committee, Board of Director Characteristics, and Earnings Management*. Working Paper 06/42, New York University of Law.
- Klein, R. (2003), Governance for NHS Foundations Trusts. *British Medical Journal*, Vol. 326, pp 174-175.
- Klein, R. (2007). The new model NHS: performance, perceptions and expectations. *British Medical Bulletin*, London, pp 1-12.
- Kodner, D.; Spreeuwenberg, C. (2002), Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2, N° 14, pp 1-6.

- Kohn, A. (1993). *Punished by Rewards: the Trouble with Gold Stars, Incentive Plans, A's, Praise, and Other Bribes*. Boston: Houghton Mifflin.
- KocaKulah, M.; Austill, A. (2007), Balanced Scorecard Application in the Health Care Industry: a Case Study. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 34, N° 1.
- Kontz, M. (1998). Changing the Corporate Culture. *Nursing Administration Quarterly*, Vol. 22, N° 3; pp 20-26.
- Kotler, J. (1995), Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, March-April 1995.
- Kovner, A.; Rundall, T. (2006), Evidence-Base Management Reconsidered. *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 22, N° 3, pp 3-21.
- KPMG (1999), *Internal Control: A Practical Guide*. KPMG, October 1999.
- Koontz, H.; O'Donnell, C. (1980), *Management*. Tokyo, McGraw-Hill.
- Kovner, A. (1990), Improving Hospital Board Effectiveness: An Update. *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 6, N° 3.
- Krentz, S.; DeBoer, A.; Preble, S. (2006), Staying on course with strategic metrics. *Healthcare Financial Management*, Vol. 60, N° 5.
- Kruk, M.E.; Freedman, LP. (2008). Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*, Vol. 85, pp 263-276.
- Kuaiti, M. (2004), Performance measurement process: definition and ownership. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 24, N° 1, pp 55-78.
- Kunst, P.; Lemmink, J. (2000), Quality management and business performance in hospitals: a search for success parameters. *Total Quality Management*, Vol. 11, N° 8, pp 1123-1133.
- Lacasse, F. (1993). *Emulation: Rationales, Hopes and Limits*. In *Market Emulation in Hospitals*. Market-Type Mechanisms Series. OCDE, N° 7.
- Lamond, D. (2004). A matter of style: reconciling Henri and Henry. *Management Decision*, Vol. 42, N° 2, pp 330-356.
- Landrum, L.; Baker, S. (2004), Managing Complex Systems: Performance Management in Public Health. *Journal of Public Health Management and Practise*, Vol. 10, N° 1, pp 13-18.
- Langland-Orban, B.; Gapenski, L.; Vogel, W. (1996), Differences in Characteristics of Hospitals with Sustained High and Sustained Low Profitability. *Hospital and Health Services Administration*, Vol. 41, N° 3, pp 385-399.
- Lanier, D.; Roland, M.; Burstin, H.; Knottnerus, J. (2003). Doctor performance and public accountability. *The Lancet*, Vol. 362, N° 9393, pp 1404-1408.
- La Porta et al. (1998) Law and Finance. *Journal of Political Economy*, 106, 1113-1155.
- La Porta e al. (2000), *Investor Protection and Corporate Governance*. Working Paper, Harvard University
- Larcker, D.; Richardson, S.; Tuna, I. (2007), Corporate Governance, Accounting Outcomes and Organizational Performance. *Accounting Review*, pp 1-45.
- Laschinger, H.; Finegan, J.; Samian, J. (2000), The impact of workplace empowerment and organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, Vol. 26, N° 3, pp 7-24.
- Lawrence, J.; Stapledon, G. (1999), *Do Independent Directors Add Value?* Melbourne, Centre for Corporate Law and Securities Regulation, University of Melbourne.
- Lawler, E. (2003), Reward Practises and Performance management System Effectiveness. *Organizational Dynamics*, Vol. 32, N° 4, pp 396-404.
- Lazonick, W.; O'Sullivan, M. (2000), Maximizing shareholder value: a new ideology for corporate. *Economy and Society*, Vol. 29, N° 1, pp 13-35.
- Leatt et al. (1997), Downsizing, Reengineering and Restructuring: Long-Term Implications for Healthcare Organizations. *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 13, N° 4, pp 3-37.
- Lebas, M. (1995), Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, Vol. 41, pp 23-35.
- Lechem, B. (2002). *Chairman of the Board*. John Wiley & Sons, New Jersey.
- Ledford et al. (1995), Reward innovations in Fortune 1000 companies. *Compensation and Benefits Review*, 27, 76-80.

- Lega, F.; DePietro, C. (2005). Converging patterns in hospital organization- beyond the professional bureaucracy. *Health Policy*, 74, 261-281.
- Lega, F. (2007), Organizational design for health integrated delivery systems: Theory and practise. *Health Policy*, Vol. 81, pp 258-279.
- Lega, F. (2008), The rise and fall of clinical directorates in Italy. *Health Policy*, Vol. 85, pp 252-262.
- Leggat, S.; Narine, L.; Lemieux-Charles, L.; Barnsley, J.; Baker, G.; Sicotte, C.; Champagne, F.; Bilodeau, H. (1998), A review of organizational performance assessment in health care. *Health Services Management Research*, Vol. 11, N°1, pp 3-23.
- Leibowitz, A. (1978), *Does the corporation discourage individual responsibility*. In M.B. Johnson (ed.), *The attack on corporate America: The corporate issues sourcebook* (pp 9-13). New York: McGraw-Hill.
- Leidecker, J.; Bruno, A. (1984), Identifying and using critical success factors. *Long Range Planning*, Vol. 17, pp 23-32.
- Leiffer, R.; Mills, P. (1996), An information processing approach for deciding upon control strategies and reducing control losses in emerging organizations. *Journal of Management*, Vol. 22, pp 113-137.
- Lemieux-Charles et al. (2000), Use of Mid-Level Indicators in Determining Organizational Performance. *Hospital Quarterly*, Vol. 3, N° 4, pp 48-52.
- Lemieux-Charles et al. (2003), The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations. *Management Decision*, Vol. 41, N° 8, pp 760-770.
- Letza, S.; Kirkbride, J.; Sun, X.; Smallman, C. (2008). Corporate governance theorising: limits, critics and alternatives; *International Journal of Law and Management*, Vol. 50, N° 1, pp 17-32.
- Leung, P.; Cooper, B.J. (2003), The Mad Hatter's corporate tea party. *Managerial Auditing Journal*, Vol. 18, n° 6/7, pp 505-516.
- Lewis, R.; Alvarez- Rosete, A.; Mays, N. (2006). *How to Regulate Health Care in England*. King's Fund.
- Lied, T.; Kazandjian, V. (1999), Performance: a multi-disciplinary and conceptual model. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*, Vol. 5, N° 4, pp 393-400.
- Lied, T.; Sheingold, S. (2001), Relationship among Performance Measures for Medicare Managed Care Plans. *Health Care Financing Review*, Vol. 22, N° 3, pp 23-33.
- Lilford, R.; Mohamed, M.; Spiegelhalter, D.; Thomson, R. (2004), Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*, Vol. 363, pp 1147-1154.
- Lin, L.; Hedayat, A.; Sinha, B.; Yang, M. (2002), Statistical Methods in Assessing Agreement: Models, Issues and Tools. *Journal of American Statistical Association*, Vol. 97, N° 457, pp 257-270.
- Lindenauer et al. (2007), Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 356, pp 486-496.
- Linder-Pelz, S. (1982), Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, Vol. 16, N° 5, pp 577-582.
- Llewellyn, S; Eden, R; Lay, C. (1999), Financial and professional incentives in health care. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 12, N° 1, pp 6-16.
- Locke et al. (1981), Goal setting and task performance: 1960-1980. *Psychological Bulletin*, Vol. 90, pp 125-152.
- Locke, E.; Latham, G. (Sep 2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. *American Psychologist*, Vol. 57, N° 9, pp 705-717.
- Loevinger, L. (1986), *Courts and boards: a decade of turmoil*. *Directors & Boards*, Vol. 11, N° 1, pp 36-38.
- Lohman, C.; Fortuin, L.; Wouters, M. (2004), Designing a performance measurement system: A case study. *European Journal of Operational Research*, Vol. 156, N° 2, pp 267-286.
- Long, T. (2008), Diving for pearls: the importance of board induction and re-induction. *International Journal of Business Governance and Ethics*, Vol. 4, N° 1, pp 40-50.
- Lontzi, Z.; Woods, M. (2008), *Towards Government at a Glance: identification of core data and issues related to public sector efficiency*; OCDE working papers on Public Governance, N° 7.
- Love, D.; Revere, L.; Black, K. (2008), Current Look at the key Performance Measures Considered Critical by Health Care Leaders. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 34, N° 3.
- LSE (2004), *Corporate Governance: A Practical Guide*; London Stock Exchange, pp 1-69.
- Lucier, C.; Spiegel, E.; Schuyt, R. Hamilton, B. (2002), Why CEOs Fall: The Causes and Consequences of Turnover at the Top. *Strategy and Business*, 3° Trim 2002, pp 2-14.

- Luft, H. (1987). *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*. Transaction Books, New Brunswick, NJ.
- Lusthaus, Charles; Adrien, M.; Anderson, G; Carden, F. (2002), *Organizational Assessment: A Framework for Improving Performance*. Inter-American Development bank, Washington, DC.
- Lynn, L. (1997), *Public Management and Government Performance: A Consideration of Theory and Evidence*. Working Paper Series 97.4, Prepared for Presentation to a Working Group of The International Public Management Network, Potsdam, Germany, June 26-27, 1997.
- MacBryde, J.; Mendibil, K. (2003), Designing performance measurement systems for teams: theory and practise. *Management Decision*, Vol. 41, N° 8, pp 722-733.
- MacDonald, G.; Nijhof, A. (1999). Beyond codes of ethics: and integrated framework for stimulating morally responsible behaviour in organizations. *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 20, N° 3, pp 133-146.
- Mace, M. (1971), *Directors: Myths and Reality*. Boston: Division of Research, Harvard Business School.
- Mackay, K. (1998), *Public Sector Performance – The Critical Role of Evaluation*. Selected Proceedings from a World Bank Seminar, The World Bank, Washington, D.C., USA.
- MacKenzie, R. (1969), The Management Process in 3-D. *Harvard Business Review*, Nov-Dec, pp 80-82.
- Malenka et al. (1995), A regional collaborative effort for CQI in cardiovascular disease. *Journal of Quality Improvement*, Vol. 21, N° 11, pp 627-633.
- Malvey, D.; Fottler, M.; Slovensky, D. (2002), Evaluating Stakeholder Performance Management using a Stakeholder Report Card: The Next Step in Theory and Practise. *Health Care Management Review*, Vol. 27, N° 2, pp 66-79.
- Mannion, R.; Goddard, D. (2001). Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. *British Medical Journal*, Vol. 323, pp 260-263.
- Mannion, R.; Davies, H.; Marshall, M. (2005), Impact of star performance ratings in English acute trusts. *Journal of Health Services Research Policy*, Vol. 10, N° 1, pp 18- 24.
- Mannion, R.; Goddard, M.; Bate, A. (2007), Aligning Incentives and Motivations in Health Care: The Case of Earned Autonomy. *Financial Accountability & Management*, Vol. 23, N° 4, pp 401-420.
- Manning, N. (1998). *Unbundling the State: Autonomous Agencies and Service Delivery*. The World Bank.
- Manville, G. (2007), Implementing a balanced scorecard framework in a not for profit SME. *International Journal of Operations & Productivity and Performance Management*, Vol. 56, N° 2, pp 162-169.
- March, J.; Sutton, R. (Nov/Dec 1997), Organizational Performance as a Dependent Variable. *Organizational Science*, Vol. 8, N° 6.
- Marchand, M.; Raymond, L. (2008) Researching performance measurement systems, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 28, N° 7, pp 663-686.
- Mardjono, A. (2005), A tale of corporate governance: lessons why firms fail. *Management Auditing Journal*, Vol. 20, N° 3, pp 272 -283.
- Margolin et al. (2006). *Hospital Governance: Initial Summary Report of 2005 Survey of CEOs and Board Chairs*. Health Research and Educational Trust. Chicago. EUA.
- Marsden, D.; French, S. (1998). *What a performance- performance related pay in the Public Services*. Centre for Economic Performance. London School of Economics and Political Science. London.
- Marshall et al. (2000), The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of evidence. *Journal of American Medical Association*, Vol. 283, N° 14, pp 1866-1874.
- Marshall, M.; Smith, P. (2003), Rewarding results: using financial incentives to improve quality. *Quality and Safe Health Care*, Vol. 12, pp 397-398.
- Marshall, M.; Romano, P.; Davies, H. (2004), How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 16, Supplement I, pp i57-i63.
- Marshall, M.; Harrison, S. (2005), It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *Quality and Safe Health Care*, Vol. 14, pp 4-5.
- Martin, R. (2010), Drawing a line between strategy and execution almost guarantees failure. *Harvard Business Review*, Jul-Aug, pp 64-71.
- Mateus, A. (2005). *Concorrência e Saúde*. Conferências proferidas nos Seminários de Novas Perspectivas para o Sector da Saúde e Bioética, FMUP, pp 1-17.

- Matias, A. (1995), *O Mercado de Cuidados de Saúde*. Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde, Documento de Trabalho nº 5/95.
- Maybin, J.; Harrison, T. (2008). *Regulation In Health Care Provision in England*. King's Fund Foundation, pp 1-11, London.
- Maynard, A. (1987). *A Economia das Toxicodependências*. In *Sociedade, Saúde e Economia*. Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 351-364, Lisboa.
- McDonagh, K.; Umbendstock, R. (2006), Hospital Governing Boards: A Study of their Effectiveness in Relation to Organizational Performance. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 51, Nº 6, pp 377-389.
- McDonagh K.; Chenoweth J.; Totten M.; Orlikoff J. (2008), *Connecting Governance Culture and Hospital Performance Improvement*. Center For Healthcare Governance. Trustee Workbook, April 2008.
- McGee, H.; Dickinson, A.; Huitema, B.; Culig, K. (2006), The Effects of Individual and Group Monetary Incentives on High Performance. *Performance Improvement Quarterly*, Vol. 19, Nº 4, pp 101-124.
- McGlynn, E. (1997), Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care. *Health Affairs*, Vol. 6, Nº 3, pp 7-21.
- McGlynn et al. (2003), The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 348, pp 2635-2645.
- McGuire, M. (1985), The Theory of Hospital: A Review of the Models. *Social Science and Medicine*, Vol. 20, Nº 11, pp 1177-1184.
- McIntyre, M.; Murphy, S.; Mitchell, P. (2007), The top team: examining board composition and firm performance. *Corporate Governance*, Vol. 7, Nº 5, pp 547-561.
- McIntyre, M.; Murphy, S. (2008), Board of director performance reporting. *Corporate Governance*, Vol. 8, Nº 2, pp 165-178.
- McIntyre, D.; Rogers, L.; Heier, E. (2001), Overview, History and Objectives of Performance Measurement, *Health Care Financing Review*, Vol. 22, Nº 3, pp 7-21.
- McKee, M.; Chenet, L. (1997), Informing the market: the strengths and weaknesses of Information in the British National Health Service. *Health Care Analysis*, Vol. 5, Nº2 , pp149-156.
- McKee, M.; Rafferty, A.; Aiken, L. (1997), Measuring hospital performance: are we asking the right questions? *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 90, April 1997; pp 187-191.
- McKee, M.; Healy, J. (2002), *Hospitals in a Changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press. Buckingham, Philadelphia.
- Mcloughlin, V.; Leatherman, M.; Fletcher, M.; Owen, J. (2001), Improving Performance Indicators. Recent Experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13, Nº 6, pp 452-462.
- McNamara, P. (2005). Quality-based payment: six case examples. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 17, Nº 4, pp 357-362.
- Mechanic, D. (2004), The Rise and Fall of Managed Care. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 45, pp 76-85.
- Medori, D.; Steeple, D. (2000), A framework for auditing and enhancing performance measurement systems, *International Journal of Operations & Productivity and Performance Management*, Vol. 20, Nº 5, pp 520-533.
- Mehran, H. (1995), Executive compensation structure, ownership, and firm performance. *Journal of Financial Economics*, Vol. 38, pp 163-186.
- Meliones, J. (Nov-Dec 2000), Saving Money, Saving Lives. *Harvard Business Review*, pp 57-65.
- Mercer (2003), *CEO Evaluation: Navigating a New Relationship with the Board*. Mercer Delta Consulting. ([www.mercerhr.com/](http://www.mercerhr.com/)).
- Mercer (2005), *CEO Evaluation: Getting It Right*. Perspective, Issue 43, April 2005. ([www.mercerhr.com/](http://www.mercerhr.com/)).
- Merchant, K.; Stede, A. (2003), *Management Control Systems- Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. Prentice-Hall, Pearson Educations, Limited, UK.
- Mercy (2007). Mercy Healthcare System. Application Summary. 2007 Health Care Winner of Baldrige. <http://baldrige21.com/Baldrige%20Winners%20Application%20Summaries.htm>
- Meyer, M.; Gupta, V. (1994), The performance paradox. *Research in Organizational Behaviour*, Vol. 16, pp 309-369.



- Meyer et al. (2002), *Providing Performance Information for Consumers: Experience from the United States*. In *Measuring Up*, OCDE 2002, pp 97-116.
- Miller et al. (2000), *Pluralistic ignorance and inconsistency between private and public behaviours*. In D.J. Terry and M. A. Hogg (eds.) *Attitudes, Behaviour, and social context: The Role of Norms and Group Membership*, pp 95-113. Mahawah, NJ: Erlbaum.
- Miller, H. (2004), *Quantifying and Fostering Organizational Effectiveness*. Continuing Education Unit, Maintenance Point.
- Minhas, R.; Patel, K. (2008), From rationing to rational: the evolving status of NICE. *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 101, pp 436-442.
- Minichilli et al. (2007), Board Evaluations: making a fit between the purpose and the system. *Corporate Governance: An International Review*, Vol. 15, n° 4, pp 609-622.
- Minogue, M. (1998), *Changing the state: concepts and practises in the reform of the public sector*. In Minogue, Polidano, Hulme, (Eds), *Beyond the New Public Management*, Edward Elgar, Cheltenham, pp. 17-37
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Mintzberg, H. (1980), *The Nature of Managerial Work*. Prentice-Hall, New York.
- Mintzberg, H. (1983), *Power in and around organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1990), The Manager's Job. *Harvard Business Review*, March-April, pp. 1-13.
- Mintzberg, H. (1994a), The Fall and Rise of Strategic Planning. *Sloan Management Review*, Jan-Feb1994, pp.107-114.
- Mintzberg, H. (1994b), Rounding out the Manager's Job. *Harvard Business Review*, Vol. 36, N° 1, pp 11-26.
- Mintzberg, H. (1996), Managing Government Governing Management. *Harvard Business Review*, May-June 1996, pp 75-83.
- Mintzberg, H. (1997a). Managing on the edges. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 10, N° 3, pp 131-153.
- Mintzberg, H. (1997b), Toward Healthier Hospitals. *Health Care Management Review*, Vol. 22, N°4, pp 9-18.
- Mintzberg, H.; Glouberman, S. (2001), Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration. *Health Care Management Review*, pp 72-86, Winter 2001.
- Minvielle, E. (2003), De l' usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé- Le cas de la qualité hospitalière. *Revue Française de Gestion*, Vol. 5, N° 146 ; pp 167-189.
- Minvielle et al. (2008), Hospital performance: Competing or shared values? *Health Policy*, Vol. 87, pp 8-19.
- Mitchell, J.; Agle, B.; Wood, D. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, Vol. 22, pp 853-886.
- Moerland, P. (1995), Alternative disciplinary mechanisms in different corporate systems. *Journal of Economic Behaviour and Organization*, Vol. 26, pp 17-34.
- Mohan, J. (2003). *Reconciling Equity and Choice? A Catalyst Working Paper*, pp 1-19; London,
- Molinari, C.; Morlock, L.; Alexander, J.; Lyles, C. (1993), Hospital Board Effectiveness: Relationships Between Governing Board Composition and Hospital Financial Viability. *Health Services Research*, Vol. 28, N° 3.
- Monks, R.; Minow, N. (1995), *Corporate Governance*. Cambridge, MA: Blackwell Business.
- Monitor (2006). *The NHS Foundation Trust Code of Governance*. Independent Regulator of NHS Foundation Trusts. United Kingdom, pp 1-36.
- Monitor (2008). *Compliance Framework*. Monitor. May 2008. NHS. RU.
- Montgomery, C.; Kaufman, R. (2003), The Board's Missing Link. *Harvard Business Review*, pp 27-33, March 2003.
- Moore, G. (1999), Tinged shareholder theory: or what so special about stakeholders? *Business Ethics: A European Review*, Vol. 8, N°2, pp 117-127
- Moseng, B.; Bredrup, H. (1993), A methodology for industrial studies of productivity performance, *Production Planning and Control*, Vol. 4, N° 3, pp 198-206.
- Mossialos, E.; Le Grand, J. (1999), *Cost Containment in the EU: an overview*. In *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate Publishing Limited, Aldershot, pp 1-154.
- Mossialos, E; Allin, S; Karras, K; Davaki, K. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals. *European Journal of Public Health*, Vol. 15, N°3, pp 288-295.
- Motsi, G.; Plumpre, T. (2008). *Shared Governance: Innovation in the Health Sector*. Institute on Governance. Policy Brief N° 30, May 2008, Canada.

- Moullin, M. (2004a), Eight essentials of performance measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17, Nº 3, pp 110-112.
- Moulin, M. (2004b). *Using the Public Sector Scorecard in Health and Social Care*. Proceedings of the Performance Measurement Association Conference, University of Edinburgh. RU.
- Moulin, M.; Soady, J. (2008). *Outcomes, Processes and Capability: Using the Public Sector Scorecard in Public Health*. Proceedings of the European Operations Management Association Annual Conference, June 2008.
- Moulin, M. (2009), Using the Public Sector Scorecard to Measure and Improve Healthcare Services. *Nursing Management*, Vol. 16, Nº 3, pp. 26-31.
- Mowday, R.; Porter, L.; Steers, R. (1982). Employee--organization linkages. In P. Warr (Ed.), *Organizational and occupational psychology*. (pp. 219-229). New York: Academic Press.
- Murdock, A. (2004), Stakeholder Theory, Partnerships and Alliances in The Health Care Sector of the UK and Scotland. *International Public Management Review*, Vol. 5, Nº 1, pp 21-40.
- Murphy, K. (1985), Corporate Performance and Managerial Remuneration. *Journal of Accounting and Economics*, Vol. 7, pp 11-42.
- Murphy, K. (1999) Executive compensation. In: O. Ashenfelter & D. Card (Eds.). *Handbook of labor economics* (vol. 3). Amsterdam.
- Murphy, K. (2001), Performance standards in incentive contracts *Journal of Accounting and Economics*, Vol. 30, pp 245-278.
- Murphy, S.; McIntyre, M. (2007), Board of director performance: a group dynamics perspective. *Corporate Governance*, Vol. 7, Nº 2, pp 209-224.
- Mwita, J. (2000), Performance management model. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 13, Nº 1; pp 19-37.
- Minhas, R.; Patel, K. (2008), From rationing to rational: the evolving status of NICE. *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 101, pp 436-442.
- Nader, R. (1984), Reforming corporate governance. *California Management Review*, Vol. 26, Nº 4, pp 126-132.
- Nadler, D. (2004a), What's the board role in strategy development: Engaging the board in corporate strategy. *Strategy & Leadership*, Vol. 32, Nº 54, pp 25-33.
- Nadler, D. (2004b), Building Better Boards. *Harvard Business Review*, pp 4-12, May 2004.
- Najmi, M.; Rigas, J.; Fan, I. (2005), A framework to review performance measurement systems. *Business Process Management*, Vol. 11, Nº 2, pp 109-122.
- Naylor et al. (2002), *Measuring Health System Performance: Problems and Opportunities in the Era of Assessment and Accountability*. In Measuring Up, OCDE, pp. 13-34.
- Nanni, A.; Dixon, J.; Vollmann, T. (1992), Integrated performance measurement: management accounting to support the new manufacturing realities, *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 4, pp 1-19.
- NPHHI (2008). *Best Practises in Public Hospital Governance*. National Public Health and Institute. USA.
- Neely, A. (1999), The performance measurement revolution: Why now and what next? *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 19, Nº 2, pp 205-228.
- Neely, A.; Bourne, M. (2000), Why Measurement Initiatives Fail. *Measuring Business Excellence*, Vol. 4, Nº 4, pp 3-6.
- Neely, A.; Adams, C.; Kennerley, M. (2000), *The Performance Prism*. Pearson Education. London, GB.
- Neely, A; Gregory, M.; Platts, K. (2005), Performance measurement system design. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 25, Nº 12, pp 1228-1263.
- Newhouse, J. (1969), *Toward a Theory of Non-Profit Institutions: An Economic Model of a Hospital*. The Rand Corporation, Santa Monica, California.
- Newman, D.; Brown, R. (1996), *Applied Ethics for Program Evaluation*. Sage Publications, London.
- Newman, W. (1972), *Ação Administrativa: As Técnicas de Organização e Gerência*. São Paulo, Ed. Atlas
- Newman, J.; Robinson, J.; Tyler, L.; Dunbar, D.; Zager, J. (2001), CEO performance appraisal: review and recommendations. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 46, Nº 1, pp 21-38.
- N'Guyen et al. (1997), *Corporate Governance: une syntèse de la littérature*. Cahier de Recherche du Groupe, CR Nº 606/97.
- NHS (2003). *Governing the NHS – a guide for the NHS boards*. NHS Appointments Commission. RU.

- NHS (2004). *New voices new accountabilities*. Foundation Trust network, pp 1-43. The NHS Confederation. RU.
- NHS (2005). *Effective Boards in the NHS*. Leadership Centre. Modernization Agency. The NHS Confederation. RU.
- NHS (2009). *The Governance of NHS Trusts: Making it Works*. IOD Policy Paper. Institute of Directors, Feb. 2009, RU.
- Nolan Committee (1995). *Standards in Public Life*. Her Majesty Stationery Office, London.
- Nicholson, J.; Kiel, G. (2004a), A Framework for Diagnosing Board Effectiveness. *Corporate Governance*, Vol. 12, N° 4, pp 442-460.
- Nicholson, J.; Kiel, G. (2004b), Breakthrough board performance: how to harness your board's intellectual capital. *Corporate Governance*, Vol. 4; N° 1; pp 5-23.
- Nicholson, J.; Kiel, G. (2007), *Can Directors Impact Performance?* Blackwell Publishing.
- Niven, P.R. (2002), *Balanced scorecard step by step: maximizing performance and maintaining results*. John Wiley & Sons, In., New York.
- Nixon, W; Burns, J. (2005), Management control in 21<sup>st</sup> century. *Management Accounting Research*, Vol. 16, pp 260-268.
- Nolan Committee (1995). *Standards in Public Life*. Her Majesty Stationery Office. London.
- NPHHI (2008). *Best Practices in Public Hospital Governance*. National Public Health and Hospital Institute. USA.
- NSW (2000), *Reporting Performance: A guide to preparing performance information for annual reports*. The Audit Office of New South Wales, Australia.
- Nunes, R.; Rego, G.; Brandão, C. (2005). The Rise of Independent Regulation in HealthCare. *HealthCare Analysis*, Vol. 15, pp 169-177.
- Nutt, P.; Backoff, R.; Hogan, M. (2000), Managing the Paradoxes of Strategic Change. *Journal of Applied Management Studies*, Vol. 9, N° 1, pp 5-31.
- OECD (1998). *OECD Economic Surveys- 1997-1998- Portugal*. OECD, Paris, 1998.
- OECD (2002), *Measuring up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. OECD, Paris.
- OECD (2004a). *Princípios da OCDE sobre o Governo da Sociedades*. OCDE, Paris.
- OECD (2004b), *Toward High-Performing Health Systems*; OCDE policy studies, pp 1-327.
- OECD. (2005a). *OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises*.
- OECD. (2005b). *Modernising Government: The Way Forward*. OECD, Paris.
- OCDE (2006a), *Projecting OCDE Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers?* Working Paper N° 477, Paris.
- OCDE (2006b), *Future budget pressures arising from spending on health and long-term care*. OCDE Economic Outlook, Preliminary edition, 79, May 2006.
- OECD (2007), *Performance Budgeting in OECD Countries*. OECD, Paris.
- OECD (2009), *Better Regulation in Portugal*. OECD, Paris.
- Office of Auditor General (1994), *Preparing Performance Indicators-A Practical Guide*. W. Australia,.
- OHA (2004). *Hospital Governance and Accountability in Ontario*. Ontario Hospital Association, April 2004. Canada.
- Oliver, R. (2000), The Board's Role: Driver's Seat or Rubber Stamp. *Journal of Business Strategy*, Vol. 21, N° 4, pp 7-10.
- Oliveira, J. (2001), The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Evaluation. *Healthcare Financial management*, pp 42-46.
- Olsen, J. (2007), *The Ups and Downs of Bureaucratic Organization*. Working Paper N° 14, September 2007, Centre for European Studies, Norway.
- Olson, E.; Slater, S. (2002), The balanced scorecard, competitive strategy, and performance. *Business Horizons*, Vol. 45, N° 3, May-June 2002, pp 11-16.
- Ong, C.; Wan, D. (2007), Three conceptual models of board role performance. *Corporate Governance*, Vol. 8, N° 3, pp 317-329.
- Ong, C.; Wan, D. (2008), Three conceptual models of board role performance. *Corporate Governance*, Vol.8, N° 3, pp 327-349.

- O'Reilly, C. (1989), Corporations, Culture, and Commitment: Motivation and Social Control in Organizations. *California Management Review*, Summer 1989, pp 9-25.
- Or et al. (2009), *Are Health Problems Systemic?* Working Paper, IRDES, Paris.
- Orlikoff, J.; Totten, M. (1996), CEO Evaluation and Compensation. *Trustee*, Vol. 49, N° 1, pp SS1-SS4.
- Orlikoff, J.; Totten, M. (2002). The Governance Audit: assessing and improving the board. *Trustee*, Vol. 55, N° 10.
- Orlikoff, J. (2005), Building Better Boards in the New Era of Accountability. *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 21, N° 3, pp 3-12.
- Orlitzky, M.; Schimdt, F.; Rynes, S. (2003), Corporate Social and Financial Performance: A Meta-analysis. *Organization Studies*, Vol. 24, N° 3, pp 403-441.
- Orlikoff, J.; Totten, M. (2005), Board Self-Evaluation Turns 20: Lessons learned and future trends. *Trustee*, Vol. 58, N° 10.
- O'Rourke, L.; Bader, S. (1993), Principles for Developing Governance Reports on Quality and Performance. *The Quality Letter*, pp 1-14, March 1993.
- Ortún, V.; Meneu, R.; Peiró, S. (2004), *El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud*. Economics Working Papers 752, Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra.
- Osborne, D.; Gaebler, T. (1992), *Reinventing Government*. Reading, MA. Addison-Wesley Publishing, 1992.
- Osterloh, M.; Frey, B.; Homberg, F. (2007), *Performance Evaluation and Pay for Performance: Does it Really Motivate Public Officials?* Working Paper for the EGPA Conference in Madrid.
- Otley, D. (1980), The contingency theory of management accounting: achieving and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 5, pp 351-389.
- Otley, D. (2003), Management control and performance management: Whence and whither? *The British Accounting Review*, Vol. 35, pp 309-326.
- Otley, D. (2008), Did Kaplan and Johnson get it right? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 21, N° 2, pp 229-239.
- Owen, J.; Phillips, K. (2000), Ignorance is not bliss: Doctors, managers and development. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 14, N° 2, pp 119-129.
- Owen, L.; Goldwasser, C.; Choate, K.; Blitz, A. (2008). Collaborative Innovation throughout the extended enterprise. *Strategy & Leadership*, Vol. 36, N° 1, pp 39-45.
- Paladino, B. (2007), *Five key Principles of Corporate Performance Management*. John Wiley & Sons, New Jersey.
- Palfrey, C.; Thomas, P.; Phillips, C. (2006), Health services management: what are the ethical dimensions? *International Journal of Public Sector*, Vol. 19, N° 1, pp 57-66.
- PAHO (2008), *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Pan American Health Organization, 2008.
- Palmer, M.; Donabedian, A.; Povar, G. (1991), *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practise*. Health Administration Press, Chicago, IL.
- Papadimitriou, D. (2007), Conceptualizing effectiveness in a non-profit organizational environment. *International Journal of public Sector Management*, Vol. 20, N° 6, pp 571-587.
- Paranjape, B.; Rossiter, M.; Pantano, V. (2006), Insights from the Balanced Scorecard Performance measurement systems: successes, failures and future – a review. *Measuring Business Excellence*, Vol. 10, N° 3, pp 4-14.
- Parkinson, J.; Tsisis, P.; Porporato, M. (2007), A Critical Review of Financial Measures as Reported in The Ontario Hospital Balanced Scorecard. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 34, N° 2.
- Parsons, J. (2007). Measuring to learn whilst learning to measure. *Measuring Business Excellence*, Vol. 11, N° 1, pp 12-19.
- Pastor, T. (2009), On the ultimate goal of management in Spanish hospitals. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 23, N° 2, pp 148-157.
- Patel, S. (2002), *Transparency and Disclosure: Overview of Methodology and Study Results – United States*. Standard & Poor. USA.
- Pater, A.; Gils, A. (2003), Stimulating Ethical Decision-making in a Business Context: Effects of Ethical and Professional Codes. *European Management Journal*, Vol. 21, N° 6, pp 762-772.
- Patton, A.; Baker, J. (1987), Why do not directors rock the boat? *Harvard Business Review*, Vol. 65, N° 6, 10-18.

- PBGH (2005). *Aligning Physicians Incentives: Lessons and Perspectives from California*. Conference sponsored by the Pacific Business Group on Health, September 2005.
- Pearce, J.; Robinson, R. (1989), *Management*. McGraw-Hill Book co, Singapore.
- Pearce, J.; Zahra, S. (1992), Board composition from a strategic contingency perspective. *Journal of Management Studies*, Vol. 29, Nº 4, pp 411-438.
- Peck, E. (1995), The Performance of an NHS Trust Board: Actor's Accounts, Minutes and Observation. *British Journal of Management*, Vol. 6, pp 135-156.
- Peckham et al. (2005), Decentralizing Health Services: More Local accountability or Just More Central Control? *Public Money & Management*, Aug 2005, pp 221-228
- Peltokorpi et al. (2008). Stakeholder approach for evaluating organizational change projects. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, Nº 5, pp 418-434.
- Pereira, J. (1992), *Economia da Saúde – Glossário de Termos e Conceitos*. Documento de Trabalho nº 1/93, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Pereira, P. (1997). A Teoria da Escolha Pública: uma abordagem neoliberal? *Análise Social*, XXII (141), 419-442.
- Pereira, P. (Setembro 2008). *O prisioneiro, o amante e as sereias: instituições económicas, políticas e democracia*. Edições Almedina. Coimbra.
- Pérez, R. (2003). About "global responsibility" in management; *Corporate Governance*, Vol. 3, nº 3; pp 78-89.
- Perham, J. (1983), Battle over the board's role. *Dun's Business Month*, Vol. 122, Nº 8, Nº 53-58.
- Pesqueux, Y. (2004), A critical view on corporate governance and its performance measurement and evaluation systems. *Managerial Finance*, Vol. 30, Nº 8, pp 34-53.
- Peters, T.; Waterman, R. (1998), *In Search of Excellence*. Warner Books, New York, NY.
- Peters, B. (2008), The Napoleonic Tradition. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 21, Nº 2, pp 118-132.
- Petra, S.; Dorata, N. (2007), Corporate governance and chief executive officer compensation. *Corporate Governance*, Vol. 8, Nº 2, pp 141-152.
- Petrovic, J. (2008), Unlocking the role of a board director: a review of the literature. *Management Decision*, Vol. 46, Nº 9, pp 1373-1392.
- Pfeffer, J. (1972), Size and composition of corporate boards of directors: the organization and its environment. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17, Nº 2, pp 218-228.
- Pfeffer, J.; Salancik, G. (1978). *The External control of organizations: a resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
- Phill, J. (1971), The Delphi method: substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio-Economic Planning Science*, Vol. 5, pp 57-71.
- Picone, G.; Chou, S.; Sloan, F. (2002), Are for-profit hospital conversions harmful to patients and to medicare? *Rand Journal of Economics*, Vol. 33, Nº 3, pp 507-523.
- Pidd, M. (2005), Perversity in public service performance measurement. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 54, Nº 5/6, pp 482-493.
- Pieper, S. (2005), Reading the Right Signals: How to Strategically Manage with Scorecards. *Healthcare Executive*, Vol. 20, Nº 3.
- Pierre, J.; Rothstein, B. (2008), *How Should The State Behave? The New Public management versus The New Weberianism*. Working Paper presented at the conference "NPM and The Quality of Government", University of Gothenburg, Nov. 13-14, 2008.
- Pineno, C. (2003). The Balanced Scorecard: An Incremental Approach Model to Health care Management. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 30, Nº 2.
- Pink, G.; Mckillop, I.; Schraa, E.; Preyra, C. (2001). Creating a Balanced Scorecard for Hospital System. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 27, Nº 3.
- Ploch, T.; Klazinga, N. (2002), Community-based integrated care: myth or must? *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 14, Nº 2, pp 91-101.
- Plsek, P.; Wilson, T. (2001), Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *British Medical Journal*, Vol. 323, pp 746-749
- Plumptre, T.; Amos, B.; Graham, J. (2003). *Governance Principles for Protected Areas in the 21st Century*. Institute on Governance, Canada.

- Plumptre, Tim (2006), *How Good is our Board?*; Institute on Governance. Policy Brief N° 25, Canada.
- Pollitt, C. (2005), *Performance Management in Practise: A comparative Study of Executive Agencies*. Paper for the Scancor Workshop, Stanford University, California, 1-2 April 2005.
- Pollitt, C. (2006), Performance Information for Democracy: The Missing Link? *Evaluation*, Vol. 12, N° 1, pp 38-55.
- Pollitt, C. (2008), *Moderation in all Things: Governance Quality and Performance Measurement*. Paper for the "Structure and Organization of Government" Meeting, Nov. 2008, Gothenburg.
- Pollitt *et al.* (2008), *Performance Indicators: A Logic of Escalation?* Paper for Presentation at the European Group for Public Administration Conference, Erasmus University Rotterdam, September 2008.
- Porter, B. (2009), The audit trinity: the key to securing corporate accountability. *Managerial Auditing Journal*, Vol. 24, N° 2, pp 156-182.
- Porter, M. (1996), What is Strategy? *Harvard Business Review*, Vol. 74, pp 61-74.
- Porter, M.; Teisberg, E. (2003). *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press, Boston.
- Porter, M.; Teisberg, E. (2004), Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*, Vol. 82, N° 6, pp 65-72.
- Porter, M.; Kramer, M. (2006), Strategy and Society. *Harvard Business Review*, Vo. 84, N° 12, pp 1-16.
- Porter, M.; Kellog, M. (2008), Kaiser Permanente: una experiencia en atención sanitaria integrada. *Revista de Innovación Sanitaria Y Atención Integrada*, Vol. 1, N° 1.
- Porter, M. (2009), *Value-Based Health care Delivery*. Conference at Gothenburg, Sweden, August 18, 2009.
- Porter, M. (2009), A Strategy for Health Care Reform-Toward a Value-Based System. *New England Journal of Medicine*, pp 1-4, June 2009.
- Post, J.; Preston, L.; Sachs, S. (2002). Managing the Extended Enterprise. *California Management Review*, Vol. 45, N° 1, pp 2-29.
- Pou-Bordoy *et al.* (2006), Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Atención Primaria*, Vol. 37, N° 4, pp. 231-234.
- Poudre (2008). Poudre Valley Health System. Application Summary. 2008 Health Care Winner of Baldrige. <http://baldrige21.com/Baldrige%20Winners%20Application%20Summaries.htm>
- Pouvoirville, G.; Minvielle, E. (2002), *Measuring the Quality of Hospital Care: The State of the Art*. In *Measuring Up*, OCDE (2002), pp 251-275.
- Pras, B.; Tarondeau, J. (1979). Typologies de la Recherche em Gestion. *Einsegnemente & Gestion*, Nouvelle Série, N° 9.
- Prawitt, D. (2003), *Managing the Internal Audit Function*. In *Developments and Practise Aids*. The Institute of Internal Auditors Research Foundation.
- Precker, A.; Harding, A.; Travis, P. (2000) Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, N° 6, pp 779-790.
- Precker, A.; Harding, A. (2003). *Innovations in Health Services Delivery – Health System in Transition*. The International Bank for Reconstruction and Development. The Wold Bank.
- Precker, A.; Harding, A.; Travis, P. (2003) *Understand Organizational Reforms- The Corporatization of Public Hospitals*. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank.
- Preyra, C.; Pink, G. (2001), Balancing incentives in the compensation contracts of nonprofit hospital CEOs. *Journal of Health Economics*, Vol. 20, pp 509-525.
- Pricewaterhouse Coopers (2007), *Board Performance Evaluation*. UK.
- Prybil, L. (2005). *Hospital Performance: Does Boardroom Culture Make a Difference?* Health Research and Educational Trust. American Hospital Association. Chicago. EUA.
- Prybil *et al.* (2008). *Governance in Nonprofit Community Health Systems – An Initial Report on CEO Perspectives*. Grant Thornton LLP. Chicago. EUA.
- Prybil, L. (2008), What's Your Board Culture? *Trustee*, Vol. 61, N° 6, pp -24.
- Procurement Executives' Association (1999), *Guide to a Balanced Scorecard Performance Management Methodology*. USA.
- Proper, C.; Wilson, D. (2003), *The Use and Usefulness of Performance Measures in the Public Sector*. CMPO Working Paper Series N° 03/073, Bristol, UK.

- Pun, K.; White, A. (2005), A Performance Measurement Paradigm for Integrating Strategy Formulation: A Review of Systems and Frameworks. *International Journal of Management Reviews*, Vol. 7, Nº 1, pp 49-71.
- Queiró, A. (1965). *Dicionário Jurídico da Administração Pública*. Volume 2, página 587, Atlântida Editora, Coimbra.
- Quigley, M.; Scott, G. (April 2004). *Hospital Governance and Accountability in Ontario*. Ontario Hospital Association.
- Raak, A.; Pauulus, A.; Mur-Veeman, I. (2002), *Governmental promotion of co-operation between care providers: a theoretical consideration of the Dutch experience*. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15, Nº 7, pp. 552-564.
- Radnor, Z.; Lovell, B. (2003), Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service. *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 3, Nº 3, pp 174-188.
- Radnor, Z. (2005), *Developing a Typology of organizational Gaming*. European Group of Public Administration (EGPA) Conference, Bern, Switzerland.
- Radnor, Z.; Barnes, D. (2007), Historical analysis of performance measurement and management in operations management. *International Journal of Operations & Productivity and Performance Management*, Vol. 56, Nº 5/6, pp 384-396.
- Rajan e Zingales (2000), *The Governance of the new enterprise*. Working Paper Nº 7958, National Bureau of Economic Research. EUA.
- Rampersad, H.K. (2005). Total performance scorecard: the way to personal integrity and organizational effectiveness. *Measuring Business Excellence*, Vol. 9, Nº 3, pp. 21-35.
- Raposo, V. (2007), *Governança hospitalar – uma proposta conceptual e metodológica para o caso Português*; Dissertação conducente ao grau de Doutor, Universidade de Coimbra.
- Rappaport, A. (1981), Selecting Strategies That Create Shareholder Value. *Harvard Business Review*, May-June 1981, pp 139-149.
- Rappaport, A. (1986), Linking Competitive Strategy And Shareholder Value Analysis. *The Journal of Business Strategy*, Vol. 3, pp 58-87.
- Rappaport, A. (1992), CFO and Strategists: Forging a Common Framework. *Harvard Business Review*, May-June 1992, pp 84-90.
- Raskin, M. (1994), The Delphi study in field instruction revisited: Expert consensus on issues and research priorities. *Journal of Social Work Education*, Vol. 30, pp 75-89.
- Rayens, M.; Hahn, E. (2000), Building Consensus Using the Policy Delphi Method. *Policy, Politics, & Nursing Practise*, Vol.1, Nº 4, pp 308-315.
- Reder, M. (1965), Economic Theory and Nonprofit Enterprise. Some Problems in the Economics of Hospitals. *American Economic Review*, Vol. 56, pp 472-480.
- Reid, J. (2005). *Limits of the Market, Constraints of the State: the public good and the NHS*. The Social Market Foundation, pp 1-47. London.
- Reis, V. (1986). *O Papel do Administrador Principal no Hospital Português*. Tese de Dissertação para Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova, Lisboa.
- Reiter et al. (2006), Hospital responses to pay-for-performance incentives. *Health Services Management Research*, Vol. 19, pp 123-134.
- Reiter et al. (2009), CEO Compensation and Hospital Financial Performance. *Medical Care Research and Review*, Vol. 66, Nº 6, pp 725-738.
- Rhoades et al. (2000), Board Composition and Financial Performance: A Meta-Analysis of the Influence of Outside Directors. *Journal of Managerial Issues*, Vol. 12, pp 76-91.
- Rhodes, R.A. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, XLIV; pp 652-667.
- Rhoen, M. (2008), Value for citizens- a vision of public governance in 2010. Report Made for the European Commission, Dec 2008, Rotterdam.
- Rice, J. (2000). *Hospital Governance: Global Hospital Governance Study Calls for Better Development*. The Governance Institute, USA.
- Ritz, A. (2009), Public service motivation and organizational performance in Swiss federal government. *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 75, Nº 1, pp 53-78.

- Rivers, P.; Glover, S. (2008). Health care competition, strategic mission and patient satisfaction: research model and propositions. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22, Nº 6; pp 627-641.
- Roberts, J.; McNulty, T.; Stiles, P. (2005), Beyond Agency Conceptions of the Work of the Non-Executive Director: Creating Accountability in the Boardroom. *British Journal of Management*, Vol. 16, S5-S26.
- Robert, M. (1997). *Strategy Pure and Simple II*. New York: McGraw-Hill.
- Robins, F. (2006), Corporate Governance after Sarbanes-Oxley: an Australian perspective. *Corporate Governance*, Vol. 6, Nº 1, pp 34-48.
- Robinson, J. (2001), Theory and Practise in the Design of Physician Payment Incentives. *The Milbank Quarterly*, Vol. 79, Nº 2, pp 149-177.
- Robinson, J. (2001), Organizational Economics and Health Care Markets. *Health Services Research*, Vol. 36, Nº 1, pp 177-189.
- Robinson, V.; Hunter, D.; Shortt, S. (2003). Accountability in Public Health Units. *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 94; Nº 5, Sep/Oct 2003.
- Rocha, J.; Araújo, J. (2006), *Administrative Reform in Portugal: prospects and dilemmas*. European Group of public Administration (EGPA) Annual Conference, Milan, Italy, Oct 2006.
- Rocha, J.; Araújo, J. (2007), Administrative Reform in Portugal: Problems and Prospects. *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 73, Nº 4, pp 583-596.
- Rondeau K.; Wagar, T. (1998), Hospital CEO perceptions of organizational culture and performance. *Hospital Topics*, Vol. 76, Nº 2.
- Rosen, R.; Asaria, P.; Dixon, A. (2007). *Improving Chronic Disease Management*. King's Fund; London.
- Rosenstein, S.; Wyatt, J. (1990), Outside Directors, Board Independence, and Shareholder Wealth. *Journal of Financial Economics*, Vol. 26, pp 175-191.
- Ross, T. (2005), What Patients Want. *Healthcare Financial Management*, Vol. 59, Nº 8, pp 82-88.
- Rouse, P.; Putterill, M. (2003), An integral framework for performance measurement. *Management Decision*, Vol. 41, Nº 8, pp 791-805.
- Roy, M. (2008), Building board expertise through key supporting processes. *Measuring Business Excellence*, Vol. 12, Nº 4, pp 38-49.
- Rowe, G.; Wright, G.; Bolger, F. (1991). Delphi: A Reevaluation of Research and Theory. *Technological Forecasting and Social Change*, Vol. 39, pp 235-251.
- Rowe, G.; Wright, G. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International Journal of Forecasting*, Vol. 15, pp 353-375.
- Rowe, R.; Calnan, M. (2006), Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the new NHS. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20, Nº 5, pp 376-396.
- RSHG (1995), "Indicators of success": what do they tell us? Radical Statistics Health Group, *British Medical Journal*, Vol. 310, pp 1045-50; April 1995.
- Ruef, M.; Scott, W. (1998), A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 43, Nº 4, pp 887-904.
- Rudd, J.; Greenley, G.; Beatson, A.; Lings, I. (2008), Strategic planning and performance: Extending the debate. *Journal of Business Research*, Vol. 61, pp 99-108.
- Ryan, M; Shackley, P. (1995), Assessing the benefits of health care: how far should we go? *Quality in Health Care*, Vol. 4, pp 207-213.
- RWJU (2004). Robert Wood Johnson University Hospital. Application Summary. 2004 Health Care Winner of Baldrige. <http://baldrige21.com/Baldrige%20Winners%20Application%20Summaries.htm>
- Saint Luke (2003). Saint Luke's Hospital. Application Summary. 2003 Health Care Winner of Baldrige. <http://baldrige21.com/Baldrige%20Winners%20Application%20Summaries.htm>
- Saltman, R.; Busse, R. (2002). *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: Theory and practise*. In European observatory on health care systems regulating entrepreneurial behaviour in European care systems; Open University Press, Buckingham; pp 1-52.
- Sanders, J. (1979). The technology and art of evaluations: A review of seven evaluation primers. *Evaluation News*, Vol. 12, pp. 2-7.
- Santoro, P. (1967). *Teoria Geral do Direito Civil*, página 53, Coimbra Editora, Coimbra.



- Santos, S.; Belton, V.; Howick, S. (2002), Adding value to performance measurement by using system dynamics and multi-criteria analysis. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 22, Nº 11, pp 1246-1272.
- Sappington, DEM. (1991). Incentives in Principal-Agent Relationships. *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 5, Nº 2, pp 45-46.
- Sarbanes-Oxley Act of 2002, pp 1-42, United States of America.
- Sarker, A.E. (2006). New public management in developing countries. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 19, Nº 2, pp 180-203.
- Sausman, C. (2001), New roles and responsibilities of NHS chief executives in relation to quality and clinical governance. *Quality in Health Care*, Vol. 10 (supl. II), pp ii13-ii20.
- Scalise, D. (2006). Just Rewards. *Hospitals & Health Networks*, Vol. 80, Nº 3, Mar 2006, pp 40-46.
- Scissons, E. (2002), All numbers are not created equal. *Corporate Governance*, Vol. 2, Nº 2, pp. 20-26.
- Schaffer, B. (2002), Board assessments of managerial performance- an analysis of attribution processes. *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 17, Nº 2, pp 95-115.
- Schacter, M. (1999), *Means...Ends...Indicators: performance measurement in the Public Sector*; Institute on Governance; Policy Brief Nº 3, Canada.
- Schmenner, R. (1988), Escaping the black holes of cost accounting. *Business Horizons*, January-February, pp 66-72.
- Schmidt et al. (2006), A management approach that drives actions strategically. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 19, Nº 2, pp 119-135.
- Schneider, E.; Epstein, A. (1998), Use of public performance reports: A survey of patients undergoing cardiac surgery. *Journal of American Medical Association*, Vol. 279, Nº 20, pp 1638-1642.
- Schoen, C.; Doty, M. (2004). Inequities in access to medical care in five countries: findings from Commonwealth Fund International Policy Survey. *Health Policy*, Vol. 67; pp 309-322.
- Schweiker, W. (1993), Accounting for ourselves: accounting practise and the discourse of ethics. *Accounting Organizations and Society*, Vol. 18, Nº 2 e 3, pp 231-252.
- Scott, W. (1998). *Organizations: rational, natural, and open systems* (4<sup>th</sup> ed.). UpperSaddle River, New Jersey. Prentice Hall.
- Scott. T.; Mannion, R.; Davies, H.T.O.; Marshall, M.N. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practise. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 15, Nº 2, pp 111-118;
- Scott, T.; Mannion, R.; Marshall, M.; Davies, H. (2003), Does organizational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 8, Nº 2, pp105-117.
- Scrivens, E. (2007). The future of regulation and governance. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, Vol. 127, Nº 2, pp 72-77.
- Selltiz et al. (1965). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. Editora Herder, pp 61-63, São Paulo, Brasil.
- Selznick, P. (1948), Foundations of the Theory of Organizations. *American Sociological Review*, Vol. 13, pp 25-35.
- Sendt, B. (Feb 2002). *Governance and Accountability*. NSW Auditor-General; Keynote Address, PNG Institute of Accountants Conference.
- Sendt, B. (2005), *Risk management in corporate governance*; Keynote to the 8<sup>th</sup>, NSW Auditor- General, Australia.
- Shafrin, J. (2009), Operating on commission: Analysing how physician financial incentives affect surgery rates. *Health Economics*, pp 1-19.
- Shand, H.; Anand, P. (2006), *Performance auditing in the public sector: approaches and issues in OECD member countries*, In Performance Auditing and the Modernization of Government, OECD (2006).
- Shankman, N.A. (1999) Reframing the Debate Between Agency and Stakeholder Theories of the Firm. *Journal of Business Ehtics*, Vol. 19, pp 319-334.
- Shannon, P.; O'Neill, C.; Hibschman, N.; Rivero, J. (April 2005), *CEO Performance Evaluation: Getting It Right*; Perspective, Mercer Human Resource, Issue 43.
- Shapiro et al. (1967), Patterns of Medical Use by the Indigent Aged under Two Systems of Medical Care. *American Journal of Public Health*, Vol. 57, pp 784-790.

- Sharif, A. (2002), Benchmarking performance management systems. *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 9, Nº 1, pp 62-85.
- Sharp (2007). Sharp Healthcare. Application Summary. 2007 Health Care Winner of Baldrige. <http://baldrige21.com/Baldrige%20Winners%20Application%20Summaries.htm>
- Shaw, R.P. (2004). *New Trends in Public Sector Management in Health*. The International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank, Washington, DC.
- Shearer, T. (2002), Ethics and accountability: from the for-itself to the for-the-other. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 27, pp 541-573.
- Shleifer, A.; Vishny, R.W. (1997), A Survey of Corporate Governance. *Journal of Finance*, Vol. 52, pp 737-783.
- Shortell, S.; Kaluzny, A. (1997). *Organization theory and health services management*. In Essentials of health care management. Delmar Publishers.
- Shortell et al. (2000). *Remaking Healthcare in America: Building Organized Delivery Systems*. 2nd edition, Jossey-Bass, San Francisco.
- Shortell, S.; Kaluzny, A. (2006). *Health Care Management: Organization Design and Behaviour*. 5ª Edition, Delmar and Associates, Cengage Learning, USA.
- Schuster et al. (1998), How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Quarterly*, Vol. 76, pp 517-563.
- Siciliano, J. (2005), Board involvement in strategy and organizational performance. *Journal of General Management*, Vol. 30, Nº 4, pp 1-10.
- Sicotte et al. (1998), A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, Vol. 11, Nº1, pp 3-23.
- Sicotte, C.; Champagne, F.; Contandriopoulos, A. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Revue Transdisciplinaire en Santé*, Vol. 6, Nº 1, pp 34-46.
- Silva, P.; Tosi, H. (2004), Determinants of the anonymity of the CEO evaluation process. *Journal of Managerial Issues*, Spring 2004, Vol. 16, Nº 1, pp 87-102.
- Simmons, J. (2004). Managing in the post-managerialist era. *Management Decision*, Vol. 42, Nº 3-4 pp 601-611.
- Simões, J. (2003), *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho*. Dissertação conducente ao grau de Doutor, Universidade de Aveiro.
- Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Edições Almedina, SA, Coimbra. Portugal.
- Simões, J.; Barros, P. (2007). *Portugal, Retrato do Sistema de Saúde- Health System in Transition*. Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde. Organização Mundial de Saúde.
- Simões, J.; Barros, P.; Pereira, J. (Coords.) (2008), *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*, Ministério da Saúde - Secretaria Geral, Lisboa.
- Simons, R. (1995), *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston, Harvard Business School Press.
- Simons, R. (2000), *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy: Text and Cases*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, NJ.
- Sinclair, D.; Zairi, M. (1995a), Effective process management through performance management. Part I. *Business Process Re-engineering & Management Journal*, Vol. 1, Nº 1, pp 75-88.
- Sinclair, D.; Zairi, M. (1995b), Effective process management through performance management. Part III. *Business Process Re-engineering & Management Journal*, Vol. 1, Nº 3, pp 50-65.
- Sink, D.; Tuttle, T. (1989), *Planning and Measurement in Your Organization of the Future*, Ch 5, Industrial Engineering and Management Press, Norcross, GA.
- Sirgy, M. (2002), Measuring Corporate Performance by Building on the Stakeholders Model of Business Ethics. *Journal of Business Ethics*, Vol. 35, pp 143-162.
- Sisaye, S. (2005), Management control systems and organizational development. *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 26, Nº 1, pp 51-61.
- Skinner, W. (1971), The anachronistic factory. *Harvard Business Review*, Vol. 49, Nº1, 61-70.
- Sloan et al. (1990), The Demise of Hospital Philanthropy, *Economic Inquiry*, Vol. 28, pp 725-743.
- Small, J. (Feb 2001), Self-Assessment: a Powerful Learning Tool. *Trustee*, Vol. 54, Nº 2.

- Smith, H.; Piland, N.; Funk, M. (1992), Strategic planning in rural health care organizations. *Health Care Management Review*, Vol. 17, N° 3, pp 63-80.
- Smith, P. (1995), On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, Vol. 18, pp 277-310.
- Smith, R.; Hiatt, H.; Berwick, D. (1999), A Shared Statement of Ethical Principles for Those Who Shape and Give Health Care: A Working Draft from the Tavistock Group. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 130, pp 134-137.
- Smith, P.; Goddard, M. (2002), Performance management and operational research: a marriage made in heaven? *Journal of Operational Research Society*, Vol. 53, N° 3, Pp 247-255.
- Smith, P. (2002a). *Developing Composite Indicators for Assessing Health System Efficiency*. In *Measuring Up*, OCDE (2002), pp 295-316.
- Smith, P. (2002b). Performance Management in British Health Care: Will it Deliver? *Health Affairs*, Vol. 21, N° 3, pp 103-115.
- Smith, P. (2008), *Performance Measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. WHO European Ministerial Conference on Health System. WHO. Denmark.
- Smith, M.; Becker, M. (2005). *Best Practises in Hospital and Health System Governance*. Missouri Hospital Association.
- Solano, J; De Ovalles, MP; Rojas, T; Pádua, AG; Morales, LM. (Winter 2003), Integration of Systemic Quality and the Balanced Scorecard. *Information Systems management*, pp 66-81.
- Sonnenfeld, J. (2002), What Makes Great Boards Great. *Harvard Business Review*, pp 106-113, September 2002.
- Sonnenfeld, J. (2004), Good governance and the misleading myths of bad metrics. *Academy of management Executive*, Vol. 18, N°1, pp 108-113.
- Sotiropoulos, D. (2004), Southern European Public Bureaucracies in Comparative Perspective. *Western European Politics*, Vol. 24, N° 3, pp 405-422.
- Spath, P. (2007), Taming the Measurement Monster. *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 23, N° 4.
- Spear, S. (2005), Fixing Health Care from the Inside, Today. *Harvard Business Review*, pp. 2-15, September 2005.
- Speculand, R.; Chaudhary, R. (2008), Living organizational values: the bridges value inculcation model. *Business Strategy Series*, Vol. 9, N° 2, pp 324-329.
- Speklé, R. (2003), *Configurations of Control: A Transaction Cost Approach*. Working paper, August 2003. ERIM Report Series Reference N°. ERS-2003-071-F&A. Rotterdam School of Management.
- Spinelli, T. (1983), The Delphi decision-making process. *Journal of Psychology*, Vol. 113, pp 73-80.
- Spira, L. (2001), Enterprise and accountability: striking a balance. *Management Decision*, Vol. 39, N° 9, pp 739-748.
- Spira, L.; Page, M. (2003), Risk Management. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 16, N° 4, pp. 640-661.
- Spitzer, D. (2007), *Transforming Performance Measurement*. AMA, Chicago.
- Stanton, P.; Bevington, J. (2005), *Trust in the NHS Boardroom*. NHS Institute for Innovation and Improvement, N° 5, March 2005.
- Stanton, P. (2006), The role of an NHS Board in assuring the quality of clinically governed care and the duty of trust to patients. *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 11, N°1, pp 39-49.
- Steers, R. (1975) Problems In Measuring Organizational Effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 20, N° 4, pp. 558.
- Steinmann, H. (2008), Towards a conceptual framework for corporate ethics: problems of justification and implementation. *Society and Business Review*, Vol. 3, N° 2, pp 133-148.
- Stevens, S. (2004). Reform Strategies for the English NHS. *Health Affairs*, Vol. 23, N° 3; pp 37-44.
- Stewart, L.; Bestor, W. (2000), Applying a Balanced Scorecard to Health Care Organizations. *The Journal of Corporate Accounting & Finance*.
- Stiles, P.; Taylor, B. (2000), *Boards at Work*, University Press, Oxford.
- Stiglitz, J. (2000). The Contributions of the Economics of Information to Twentieth Century Economics. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 115, pp 1441-1478.

- Stivers, B.; Joyce, T. (2000), Building a Balanced Performance Management System. *Advanced Management Journal*, Vol. 65, N° 2, pp. 22-29.
- Stone, M.; Brush, C. (1996), Planning In Ambiguous Contexts: The Dilemma of Meeting needs for Commitment and Demands for Legitimacy. *Strategic Management Journal*, Vol. 17, pp 633-652.
- Storey *et al.* (2008). *New Governance Arrangements in the NHS: Emergent Implications*. NHS/SDO Working Paper N° 2, January 2008. UK.
- Strahlendorf, P. (March 2001), Internal Responsibility System. *OH&S Canada*, 17; 2; 30-42.
- Stybel, L.; Peabody, M. (Nov 2005), How Should Board Directors Evaluate Themselves? *MIT Sloan Management Review*.
- Sundaramurthy, C.; Lewis, M. (2003), Control and collaboration: paradoxes of governance. *Academy of Management Review*, Vol. 28, N° 3, pp 20-47.
- Susland, W. (2004), Business value and corporate governance: a new approach. *Journal of Business Strategy*, Vol. 25, N° 1, pp 49-54.
- Svensson, G.; Wood, G. (2004), Proactive versus reactive business ethics performance: a conceptual framework of profile analysis and case illustrations. *Corporate Governance*, Vol. 4, N° 2, pp 18-33.
- Svensson, G.; Wood, G.; Callaghan, M. (2006), Codes of ethics in corporate Sweden. *Corporate Governance*, Vol. 6, N°5, pp 547-566.
- Svensson, G.; Wood, G. (2007), Sustainable leadership ethics: a continuous and iterative process. *Leadership & Organization*, Vol. 28, N° 3, pp 251-268.
- Swinehart, K.; Zimmerer, T. (1995), Adapting a strategic management model to hospital operating strategies. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 9, N° 2, pp 34-47.
- Tan, K.; Platts, K.; Noble, J. (2004), Building performance through in-process measurement. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 53, N° 3, pp 233-244.
- Tangen, S. (2004), Performance measurement: from philosophy to practise. *International Journal of Operations & Productivity and Performance Management*, Vol. 53, N° 82, pp 726-737.
- Tangen, S. (2005), Improving the performance of a performance measure. *Measuring Business Excellence*, Vol. 9, N° 2, pp 4-11.
- Taticchi, P.; Balachandran, K. (2008), Performance measurement and management integrated frameworks. *International Journal of Accounting and Information Management*, Vol. 16, N° 2, pp 140-154.
- Taylor, D. (2000). Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol.13, N° 2, pp 108-124.
- Taylor, I.; Kelly, J. (2006), Professional, discretion and public sector reform in the UK: re-visiting Lipsky. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 19, N° 7, pp 629-642.
- Themessl-Huber, M.; Grutsch, M. (2003), The Shifting Locus of Control in Participatory Evaluations. *Evaluation*, Vol. 9, N° 1, pp 92-111.
- The Report of Public Inquiry into Children's heart surgery at Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Presented to Parliament by Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, July 2001.
- Thiel, S.; Leeuw, F. (2002), The Performance Paradox in the Public Sector. *Public Performance & Management Review*, Vol. 25, N° 3, pp 267-281.
- Thomas, C.; Kidd, D. ; Fernandez-Araoz, C. (2007), Are you underutilizing your board? *MIT Sloan Management Review*, Vol. 48, N° 2, pp 71-76.
- Thornbury, J. (2003), Creating a living culture: the challenges for business leaders. *Corporate Governance*, Vol. 3, N° 2, pp 68-79.
- Tinston, R. (Sep 2002). Royal United Hospital Bath NHS Trust. Corporate Governance Report.
- Tirole, J. (1994), *The Internal Organization of Government*. Oxford Economic Papers, N° 1, pp 1-29. Oxford University Press. UK.
- Thompson, B.; Harris, J. (2001), Performance Measures: Are we Measuring What Matters? *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 20, N° 4, pp 291-293.
- Totten, M.; Orlikoff, J. (2002), Evaluating Trustee Performance: Issues, Trends and Process. *Trustee*, Vol. 55, N° 1, pp 15-18.
- Townley, B.; Cooper, D.; Oakes, L. (2003), Performance Measures and the Rationalization of Organizations. *Organization Studies*, Vol. 24, N° 7, pp 1045-1071.
- Tricker, R.I. (1984), *Corporate Governance*, Gower Publishing Company, Aldershot.

- Tricker, R.I. (1994), *International Corporate Governance*, Simon & Schuster, Singapore.
- Tricker, R. (1997), Editorial: What information do directors really need? *Corporate Governance: An International Review*, Vol. 5, N° 3, pp 109-111.
- Tuohy, C. (2003), Agency, Contract and Governance: Shifting Shapes of Accountability in the Health Care Arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 28, N° 2-3; pp 195-215.
- Turnbull, S. (1997), Corporate governance: its scope, concerns and theories. *Corporate Governance: Scholarly Research and Theory Papers*, Vol. 5, N° 4, pp 180-208.
- Turnbull Report (2005), *Financial Reporting Council. Internal Control: Revised Guidance for Directors on the Combined Code*. UK.
- Tyler, L.; Biggs, E. (2001), Practical Governance: CEO Performance Appraisal. *Trustee*, Vol. 54, N° 5.
- UN (2008), *People Matter-Civic Engagement in Public Governance*. World Public Sector Report 2008. United Nations Publications, New York.
- Upton, D. (1998), Just-in-Time and Performance Measurement Systems. *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 18, N° 11, pp 1101-1110.
- Urrutia, I.; Eriksen, S. (2005), Application of the Balanced Scorecard in Spanish private health care management. *Measuring Business Excellence*, Vol. 9, N°4, pp 16-26.
- USAID (2002). *Implementation Kit for Government Hospital Corporatization*. Management Sciences for Health, pp 1-143. United States Agency for International Development.
- Useem, M. (2006). How Well-Run Boards Make Decisions. *Harvard Business Review*, Nov. 1, 2006.
- Utting, P. (2005), Corporate responsibility and the movement of business. *Development in Practise*, Vol. 15, N° 3 e 4, pp 375- 388.
- Vakkuri, J.; Meklin, P. (2006), Ambiguity in Performance Measurement: A Theoretical Approach to Organizational Uses of Performance Measurement. *Financial Accountability and Management*, Vol. 22, N°3, pp 235-250.
- Van de Ven, J.; Delbecq, A. (1971), Nominal Versus Interacting Group Processes for Committee Decision-Making Effectiveness. *Academy of Management Journal*, Vol. 14, N° 2, pp 203-212.
- Van de Ven, J.; Delbecq, A. (1972), The effectiveness of nominal, Delphi, and interacting group decision making processes. *Academy of Management Journal*, Vol. 17, N° 4, pp 606-621.
- Van de Ven, J.; Delbecq, A. (1974), The Nominal Group as a Research Instrument for Exploratory Health Studies. *American Journal of Public Health*, March 1972, pp 337-342.
- Van Peurse, K.; Pratt, M.; Lawrence, S. (1995), Health Management Performance: A Review of Measures and Indicators. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 8, N°5, pp 34-70.
- Veillard, J.; Champagne, F.; Kazandjian, V.; Arah, O.; Guisset, A. (2005), A Performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 17, N° 6, pp 487-496.
- Verbeeten, F. (2008) Performance management practises in public sector organizations. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 21, N° 3, pp 427-454.
- Vestal, K.; Fralicx, R.; Spreier, S. (1997). Organizational Culture: The Critical Link Between Strategy and Results. *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 42, N° 3, Fall 1997, pp 339-365.
- Victorian Auditor-General (2007), *Managing risk in public sector*. Australia.
- Vining, A.; Boardman, A. (1992) Ownership versus competition: Efficiency in public enterprise. *Public Choice*, Vol. 73, pp 205-239.
- Vining, A.; Globerman, S. (1999) Contracting-out health care services: a conceptual framework. *Health Policy*, Vol. 46, pp 77-96.
- Voelker, K.; Rakivh, J.; French, R. (2001). The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital Topics*, Vol. 79; N° 3; Summer 2001.
- Waal, A. (2007), The characteristics of a high performance organization. *Business Strategy Series*, Vol. 8, N° 3, pp 179-185.
- Waggoner, D.; Neely, A.; Kennerley, M. (1999), The forces that shape organizational performance measurement systems: An interdisciplinary review. *International Journal of Production Economics*, 60-61, pp 53-60.

- Waldman, J.; Smith, H.; Hood, J. (Winter 2003). Corporate Culture: The Missing Piece of the Healthcare Puzzle. *Hospital Topics*, Vol. 81, N° 1, pp 5-14.
- Walle, S. (2005), *Measuring Bureaucratic Quality in Governance Indicators*. Paper for the 8<sup>th</sup> Public management Research Conference, Los Angeles, 29-Sept-Oct 2005.
- Walker, L. (Sep 1999), Governing board, know thyself. *Trustee*, Vol. 52, N° 8.
- Walker, K.; Dunn, L. (2006), Improving hospital and productivity with the balanced scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*, Vol. 2, pp 85-110.
- Wanless, D.; Appleby, J.; Harrison, A.; Patel, D. (2007). *Our Future Health Secured?* King's Fund Foundation, pp. 1-321.
- Waltson, S.; Lazes, P.; Sullivan, P. (2004), Improving Hospital Restructuring: Lessons Learned. *Health Care Management Review*, Vol. 29, N° 4, pp 309-319.
- WB (2003). *Evaluating the Impact of Organizational Reforms in Hospitals*. Over, M. ; Watanabe, N.; In *Understand Organizational Reforms-The Corporatization of Public Hospitals*. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank.
- Weaver, G.; Trevino, L.; Cochran, P. (1999), Corporate Ethics as Control Systems: Influences of Executive Commitment and Environmental Factors. *The Academy of Management Journal*, Vol. 42, N° 1, pp 41-57.
- Werner, R.; Asch, D. (2005), The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *Journal of American Medical Association*, Vol. 293, N° 10, pp 1239-1244.
- West, E. (2001), Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Quality in Health Care*, Vol. 10; pp 40-48.
- Westphal, J. (1999), Collaboration in the Boardroom: Behavioural and Performance Consequences of CEO-Board Social Ties. *Academy of Management Journal*, Vol. 42, pp 7-24.
- Westphal, J.; Bednar, M. (2005), Pluralistic Ignorance in Corporate Boards and Strategic Persistence in Response to Low Firm Performance. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 50, pp 262-298.
- Whithehead, M. (1990), *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, World Health Organization, 1990.
- WHO (2000a), *World Health Report 2000: health systems improving performance*. Geneva, Switzerland, 2000.
- WHO (2000b). *Towards Unity for Health – Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development*. Working Paper, Geneva, 2000.
- WHO (2000b). *Towards Unity for health – Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development*. Working Paper, World health Organization, Geneva.
- WHO (2001). *Integrated Care Meeting*. Workshop on Integrated Care. Barcelona. Working Paper, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2003), *Measuring Hospital Performance to Improve Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions*. WHO, Regional Office for Europe. Denmark.
- Wicks, A.; St Clair, L.; Kinney, C. (2007). Competing Values in Healthcare: Balancing the (un) balanced Scorecard. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 52, N° 5.
- Wilkes, J. (2004), Corporate governance and measuring performance. *Measuring Business Excellence*, Vol. 8, N° 4, pp 13-16.
- Wilkinson, R.; Marmot, M. (2003), *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization Publications, 2<sup>nd</sup> ed., Denmark.
- Williams, J. (2006). Making the grade with pay for performance. *Healthcare Financial Management*, Vol. 60, N° 12, pp 79-85.
- Willis, A. (2001), Aligning performance Measurements with Organizational Strategies. *Hospital Materiel Management Quarterly*, Vol. 22, N° 3, pp 54-63, Feb 2001.
- Wilper et al. (2009), Health Insurance and Mortality in US Adults. *American Journal of Public Health*, Vol. 99, N° 12, pp 1-8.
- Wilson, J.; Western, S. (2000), Performance appraisal: an obstacle to training and development? *Journal of European Industrial Training*, 24, 7; 384-390.
- Winstanley, D.; Stuart-Smith, K. (1996), Policing performance: the ethics of performance management. *Personnel Review*, Vol. 25, N° 6, pp 66-84.

- Wismar, M.; Blau, J.; Ernts, K.; Figueras, J. (2007), *The Effectiveness of Health Impact Assessment*. European Observatory on Health Systems and Policies, pp 1-321.
- Yamak, S.; Suer, O. (2005). The state as a Stakeholder. *Corporate Governance*, Vol. 5, N° 2, pp. 111-120.
- Yap, C.; Siu, E.; Baker, G.; Brown, A.; Lowi-Young, M. (Jul/Aug 2005), A Comparison of Systemwide and Hospital- Specific Performance Measurement Tools. *Journal of Healthcare Management*, 50; 4.
- Young, G.; Stedham, Y.; Beekun, R. (Mar 2000), Boards of directors and the adoption of a CEO performance evaluation process: agency-and institutional-theory perspectives. *Journal of Management Studies*, Vol. 37, N° 2, pp 277-295.
- Young, G. (2007). Practical Issues in the Design and Implementation of Pay-for-Quality Programs. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 52, N°1; pp10-19.
- Young, S.; Thyil, V. (2008). A holistic model of corporate governance: a new research framework. *Corporate Governance*, Vol. 8, N° 1, pp 98-118.
- Zadec, S. (2006), *The Logic of Collaborative Governance*. Working Paper n° 17, Harvard University, Jan 2006, pp 1-28.
- Zahra, S.; Pearce, J. (1989), Boards of directors and corporate financial performance: a review and integrative model. *Journal of Management*, Vol. 15, N° 2, pp 291-334.
- Zeithaml, V.; Parasuramen, A.; Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. Free Press, 1990.
- Zelman, W.; Pink, G.; Mattias, C. (2003). Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance*; Vol. 29; N° 4, Summer 2003.

## Anexos





## Anexo 1

## Composição do anexo 1 por capítulos

### Capítulo II:

- Quadro Nº 2.1: Comparação das Teorias da Agência e dos Custos de Transacção (Kim e Mahoney, 2005)
- Quadro Nº 2.3: Actuação moral dos gestores (Carroll, 1991)
- Quadro Nº 2.4: Teoria *Stakeholder-Agency* e alinhamento de interesses (Hill e Jones, 1992)
- Quadro Nº 2.5: Características distintivas da estratégia – adaptado de Freeman e McVea (2001)
- Quadro Nº 2.6: Problemas apontados por Heath e Norman (2004)

### Capítulo III:

- Quadro Nº 3.1: Alternativas ao problema de agência – resumido de Shleifer e Vishny (1997)
- Quadro Nº 3.2: Mecanismos de governação empresarial - resumido de Denis (2001)
- Quadro Nº 3.4: Responsabilidades e deveres do BOD (Institute of Governance, 2002)
- Quadro Nº 3.5: Funções do BOD (Raposo, 2007)
- Quadro Nº 3.9: “*Sete papéis chave do BOD*” (AMR, 2009)
- Quadro Nº 3.10: Critérios de boa governação – resumido de Institute of Governance (2008)
- Quadro Nº 3.13: Conclusões e recomendações dos relatórios de boa governação (resumo)
- Diagrama Nº 3.1: Componentes básicos de modelo de governação empresarial (Young e Thyl, 2008)
- Quadro Nº 3.14: Cinco elementos e seis passos chave (Nader, 2004)
- Quadro Nº 3.16: Funções nos três níveis de gestão – adaptado de Chivenato (2004)
- Quadro Nº 3.17: Importância das funções e *skills* na gestão de topo (Pearce e Robinson, 1989)
- Quadro Nº 3.18: Funções da medição de performance – adaptado de Spitzer (2007)
- Quadro Nº 3.20: Ciclos de gestão (exemplo para o desenvolvimento da estratégia)

### Capítulo IV:

- Quadro Nº 4.1: Porquê medir? Adaptado de Neely *et al.* (2002)
- Quadro Nº 4.2: Princípios da boa Regulação (BRTF)
- Quadro Nº 4.3: Funções da Regulação (Lewis *et al.*, 2006)
- Quadro Nº 4.4: Mecanismos e actividades da Regulação (Dixon, 2005)
- Quadro Nº 4.5: Alternativas à Regulação (BRTF)
- Quadro Nº 4.6: Papéis da regulação de qualidade – Healthcare Commission (Lewis *et al.*, 2006)
- Quadro Nº 4.9: Funções da medição de performance – adaptado de Spitzer (2007)
- Quadro Nº 4.10: Porquê medir? Adaptado de Neely *et al.* (2002)
- Quadro Nº 4.13: Dez testes ao desenho das medidas (Neely *et al.*, 2002)
- Quadro Nº 4.15: Resultados e seus determinantes (dimensões e medidas) (Fitzgerald, 1991)
- Quadro Nº 4.16: Mapa estratégico integrado no BSC (Spitzer, 2007)
- Diagrama Nº 4.13: Modelo de medição da performance macro-micro (Rouse e Putterill, 2003)
- Diagrama Nº 4.18: Relações na cadeia de serviço e lucro – modificado de Heskett *et al.* (1994).
- Diagrama Nº 4.19: Um cliente satisfeito é leal (Haslett *et al.*, 1994)

### Capítulo V:

- Quadro Nº 5.4: Avaliação global do BOD (CMA, 2002; Kiel e Nicholson, 2005; AICD, 2007; Carreta *et al.*, 2008).
- Quadro Nº 5.5: Avaliação individual do BOD (Conger *et al.*, 1997; Conger e Lawlor, 2002; Orlikoff e Totten, 2005; AICD, 2007)
- Quadro Nº 5.6: Avaliação do CEO (Gillis, 1996; Conger *et al.*, 1998; Orlikoff e Totten, 1996; Newman *et al.*, 2001; Mercer, 2003, 2005; Johnson e Bancroft, 2005; Kiel *et al.*, 2005)
- Quadro Nº 5.7: Critérios e medidas de avaliação do CEO (Orlikoff e Totten, 1996)
- Quadro Nº 5.8: “*Nove inimigos da performance virtuosa*” (Smith e Goddard, 2002)

- Quadro Nº 5.9: Erros de medição mais frequentes – resumido de Scissons (2002)  
 Quadro Nº 5.10: Relatório Turnbull – Resumo das prescrições sobre controlo interno  
 Quadro Nº 5.15: Exemplos de reconhecimento e recompensas

## Capítulo VII:

- Quadro Nº 7.1: Objectivos utilizados pela OCDE e WHO - Adaptado de WHO e Hurst (2000)  
 Quadro Nº 7.2: Objectivos dos sistemas de saúde e sua ponderação – Adaptado de WHO (2000)  
 Quadro Nº 7.3: Esquemas de avaliação da performance – construído a partir de Arah *et al.* (2003)  
 Quadro Nº 7.4: Dez determinantes sociais da saúde, (Wilkinson e Marmot, 2003)  
 Quadro Nº 7.5: Especificidade do mercado de cuidados - Construído com base em Arrow (1963)  
 Quadro Nº 7.6: Transformação dos cuidados de saúde - Adaptado de Shortell e Kaluzny (1997)  
 Caixa Nº 7.1: Alternativas de integração de cuidados - HMO, PPO e ULS.  
 Quadro Nº 7.7: Três modelos de prestação de contas (Emanuel e Emanuel, 1996)  
 Figura Nº 7.1: Confiança e controlo estatal no RU- Adaptado de Rowe e Calnan (2006)  
 Quadro Nº 7.8: Evolução do hospital – Adaptado de McKee e Healy (2002)  
 Quadro Nº 7.9: Princípios de boa governação - Adaptado de Taylor (2000)  
 Quadro Nº 7.10: Eficiência e equidade de sistemas de saúde (Hurst, 2002)  
 Quadro Nº 7.11: Funções da Regulação (Lewis *et al.*, 2006)  
 Quadro Nº 7.12: Papéis da regulação de qualidade – Healthcare Commission (Lewis *et al.*, 006)  
 Figura Nº 7.2: Determinantes do comportamento do hospital (Precker, 2003)  
 Figura Nº 7.3: Factores críticos de comportamento do hospital (Precker, 2003)  
 Quadro Nº 7.13: Mecanismos e actividades da Regulação (Dixon, 2005)  
 Quadro Nº 7.14: Métodos de reforma - Resumo baseado em Precker (2003)  
 Quadro Nº 7.15: Comparação de soluções (de Serviço a empresa privada) (Precker, 2003)  
 Quadro Nº 7.16: Governação dos hospitais: serviço simples, instituto, empresa - Adaptado de Precker (2003)  
 Quadro Nº 7.17: Problemas das novas formas de organização (Precker, 2003)  
 Quadro Nº 7.19: Cuidados centrados no doente, (Gerteis *et al.*, 1993)  
 Quadro Nº 7.20: Regras para redesenho de organizações de saúde (IOM, 2001)  
 Quadro Nº 7.22: Elementos tangíveis e intangíveis - Adaptado de Atchinson (1999)  
 Quadro Nº 7.23: Ética profissional e da administração pública  
 Quadro Nº 7.24: Práticas dos hospitais com performance de topo (Williams, 2006)  
 Quadro Nº 7.25: Benefícios e custos da descentralização – Adaptado de Brickley *et al* (2001)  
 Quadro Nº 7.26: Resultados com incentivos – Adaptado de Chaix-Couturier (2000)  
 Diagrama Nº 7.4: Motivação dos trabalhadores da saúde – Adaptado de Franco *et al.* (2002)  
 Quadro Nº 7.27: Problemas da medição de performance em saúde (Eddy, 1998)  
 Quadro Nº 7.29: Vantagens de indicadores de processo e resultado (Goddard *et al.*, 2002; Moullin, 2004)  
 Quadro Nº 7.30: Vantagens e desvantagens de indicadores compostos – Construído a partir de Smith (2002)  
 Quadro Nº 7.31: Disfuncionalidades pela medição de performance no sector público – Baseado em Smith (1995) e Goddard *et al.* (2002)  
 Quadro Nº 7.33: Dimensões da performance por função (Sicotte *et al.*, 1998; Guisset *et al.*, 2002)  
 Quadro Nº 7.34: Dimensões chave de performance hospitalar (WHO, 2003; Veillard *et al.*, 2005)  
 Quadro Nº 7.35: Projectos de avaliação de performance de hospitais (Groene *et al.*, 2008)  
 Quadro Nº 7.37: Exemplos de *Balanced Scorecards* usados em hospitais  
 Quadro Nº 7.38: Dimensões e indicadores usados em BSC (prémios Baldrige)  
 Diagrama Nº 7.5: Performance da organização de saúde (Guisset *et al.*, 2002)  
 Diagrama Nº 7.6: Esquema conceptual de performance organizacional - Adaptado de Fottler (1987)  
 Diagrama Nº 7.7: Adaptar o BSC a organizações não-lucrativas (Kaplan, 2001)  
 Diagrama Nº 7.8: BSC para empresas e hospitais – Adaptado de Voelker *et al.* (2001)  
 Diagrama Nº 7.9: *Balanced Scorecard* público (Moullin e Soady, 2008)  
 Diagrama Nº 7.10: Cinco passos para a implementação do BSC (Groene *et al*, 2009)  
 Quadro Nº 7.39: Grau de envolvimento possível do BOD (Nadler, 2004)

Quadro Nº 7.40: Critérios de avaliação do CEO (ACHE, 2004)

Quadro Nº 7.41: Critérios de avaliação do CEO (Margolin *et al.*, 2006)

Quadro Nº 7.42: Práticas de avaliação do CEO (Prybil *et al.*, 2008)

Quadro Nº 7.43: Critérios de avaliação do CEO (Orlikoff e Totten, 1996)

### **Capítulo VIII:**

Quadro Nº 8.1: Marcos do sistema de saúde Português – Baseado em legislação, Reis e Falcão (2003)

Quadro Nº 8.13: Tratamento de doentes crónicos (NHS vs. USA)

Caixa Nº 8.1: Mudanças esperadas no enquadramento e ambiente dos hospitais EPE

Quadro Nº 2.1: Comparação da Teoria da Agência e dos Custos de Transacção (Kim e Mahoney, 2005)

	Teoria da Agência	Teoria dos custos transacção
<b>Unidade de análise</b>	Contrato entre o principal e o agente <sup>343</sup> .	Transacção.
<b>Focalização</b>	Incentivos ao agente (alinhar com o principal).	Vários tipos de especificidades dos activos.
<b>Preocupação com os custos</b>	Perda residual.	Desajustamento; problemas de gestão e actualização do contrato.
<b>Foco do contrato</b>	Alinhamento <i>ex-ante</i> dos incentivos; mecanismos de monitorização.	Escolha ( <i>ex-post</i> ) dos mecanismos de governação.
<b>Orientação teórica</b>	Optimização com constrangimento.	Avaliação comparativa.
<b>Intenção estratégica</b>	Visão do accionista.	Visão do accionista.
<b>Fontes de fricção de mercado</b>	Informação assimétrica; impossível/difícil verificar a performance; aversão ao risco (do agente).	Racionalidade limitada; incerteza; informação assimétrica; oportunismo; especificidade do activo.

Quadro Nº 2.3: Actuação moral dos gestores (Carroll, 1991)

	Actuação moral dos gestores
<b>Face a accionistas</b>	<i>“O interesse dos accionistas (de curto e longo prazo) é um factor central. A melhor maneira de ser ético com os accionistas é tratar todos os stakeholders de modo ético e justo. Para proteger os accionistas deve criar-se uma comissão de ética. Um código de ética deve ser publicado e tornar-se um documento vivo que proteja os accionistas e outros interessados”.</i>
<b>Face a empregados</b>	<i>“Os trabalhadores são um recurso humano que tem que ser tratado com dignidade e respeito. O objectivo é usar um estilo de liderança, como consultivo/participativo, que resultará em confiança mútua. Comprometimento é um tema recorrente. Os direitos dos trabalhadores quanto a processos, privacidade, liberdade de expressão e segurança são levados em conta em todas as decisões. A gestão procura lidar com os trabalhadores com justiça.”</i>
<b>Face a clientes</b>	<i>“Cliente é visto com parceiro e igual nas transacções. Clientes trazem necessidade e expectativas à relação de troca e são tratados com justiça. O foco de gestão é fornecer o valor justo, informação completa, garantia adequada e satisfação. Os direitos dos clientes são interpretados com liberalidade e honrados”.</i>
<b>Face à comunidade local</b>	<i>“Vê a comunidade local como um objectivo para ser activamente prosseguido. Procura ser um bom cidadão e motivar outros a agir do mesmo modo. Envolve-se activamente e ajuda as instituições que precisam de ajuda (escolas, grupos relacionais e filantrópicos). Posição de liderança quanto ao ambiente, educação, cultura/artes, voluntariado e assuntos da comunidade. A empresa envolve-se activamente na filantropia. A gestão vê os objectivos da comunidade e da empresa como mutuamente interdependentes.”</i>

<sup>343</sup> Ex.s: i) Principal (accionista Estado) e o agente (CA do hospital EPE); ii) Principal (doente) e o seu agente (médico).

Quadro Nº 2.4: Teoria *Stakeholder-Agency* e alinhamento de interesses (Hill e Jones, 1992)

	<i>Stakeholder-Agency</i>
<b>Incentivos</b>	Induz o cumprimento de leis e normas (ex. evitar a poluição local). Custos contratuais relativamente aos consumidores (ex. garantias) e a outros interessados (ex. fornecedores e cláusula da “ <i>nação mais favorecida</i> ”)
<b>Monitorização</b>	A assimetria da informação, que favorece os gestores e exige o controlo para evitar o oportunismo, pode resolver-se por: i) Mais informação reportada publicamente <sup>344</sup> ; ii) Estruturas institucionais, como sejam a legislação e outras instituições (ex. reguladores, sindicatos, organismos de consumidores).
<b>Mecanismos/ estruturas para constrangir</b>	Para evitar que a gestão maximize a sua utilidade em detrimento dos outros interessados: <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Leis e normas</b> existentes, em diferentes áreas (ex. laboral, segurança consumidor, ambiente) e segundo a sua natureza (ex. normas de auto-regulação da indústria) bem como as penalidades envolvidas.</li> <li>– <b>Saída</b> de interessados (ex. accionistas, pessoal, consumidores), ou ameaça credível de saída, pressiona a gestão.</li> <li>– Comunicação pública (ex. organizações sindicais e de consumidores) pode provocar grandes custos à empresa, na sua imagem e performance (<b>voz</b>).</li> </ul>

**Extensão da Teoria da Agência a interessados.** O contrato (explícito, implícito) entre a gestão e o accionista é um dos que integram o “*nexo de contratos que forma a ficção legal que é a empresa*”, daí proporem a extensão, dentro da teoria da agência, aos “*vários grupos com interesse primário na empresa*”<sup>345</sup>. Visto que as teorias (agência, *stakeholders*) reconhecem a relação de agência e a necessidade de estruturas que a “*policem*”, aplicáveis aos gestores e restantes interessados, considera a relação de agência como um subconjunto das relações de agência entre interessados.

Quadro Nº 2.5: Características distintivas da estratégia – adaptado de Freeman e McVea (2001)

- 1º. Flexível, lidando com as mudanças de ambiente sem ter que adoptar novas estratégias;
- 2º. Processo de gestão estratégica mais que processo de planeamento estratégico;
- 3º. Gestão de *stakeholders* é tarefa contínua de balancear e integrar os interessados;
- 4º. Partindo da análise exterior da empresa a gestão identifica e investe em relacionamentos de longo prazo – daí ser crítico actuar com base em valores;
- 5º. Partindo de factos concretos recomenda a direcção para a empresa, considerando o ambiente dos *stakeholders* – relação com estes pode ser desenvolvida e influenciada (processo dinâmico de adaptação);
- 6º. Apoia-se nos *stakeholders* (concretos e específicos) da empresa para os compreender e criar opções e estratégias que tenham o seu apoio;
- 7º. Decisão estratégica integrada, mais que gestão de relação um a um, para satisfazer múltiplos *stakeholders* e perspectivas (soluções de ganho total, não de soma zero).

<sup>344</sup> Custo de recolha e tratamento da informação pelos interessados além de difícil pode ser proibitivo.

<sup>345</sup> Interessados = “*accionistas, credores, gestores e empregados, clientes, fornecedores, comunidade local e público em geral*”.

Quadro Nº 2.6: Problemas apontados por Heath e Norman (2004)

	<b>Problemas (Heath e Norman, 2004)</b>	<b>Nosso comentário</b>
<b>Multi-tarefas</b>	<p>A definição de “<i>múltiplos objectivos para os gestores públicos deixa o principal sem critério de performance para avaliar a gestão... o que conduz a sérios problemas de agência ... e gestão foge à prestação de contas</i>”.</p> <p>Na falta de medição de performance (sua comparação) os gestores não sabem “<i>como estão a ir</i>” e como melhorar – notam que competição no sector privado produz incentivos e informação de como as empresas “<i>estão a ir</i>”. O problema agrava-se devido à assimetria de informação que favorece os gestores.</p>	<p><i>É necessário dispor de contrato onde se inclui um instrumento (predefinido) de medição da performance dos gestores, através da ponderação de diferentes dimensões e resultados, e com relação com os objectivos definidos inicialmente – a ligação a incentivos será decisiva. Esse instrumento gera informação adicional útil para as diferentes funções e, em parte, permite obviar a falta da disciplina e do risco de falência que o mercado impõe.</i></p>
<b>Vários principais</b>	<p>Citam Fischel (1991): «<i>gestor a quem dizem para servir dois amos (accionista, comunidade) fica com a liberdade de não responder perante nenhum. Confrontado com uma exigência de um grupo, o gestor pode apelar ao interesse do outro</i>». Referem que com múltiplos principais os incentivos ficam “<i>dinamicamente instáveis</i>” e que a prestação de contas deixa de existir – “<i>mesmo quando há apenas um principal na relação de agência os gestores podem fazer política com os grupos de stakeholders... e usar a informação que transmitem (ou não)</i>”.</p>	<p><i>O contrato escrito, com os incentivos que incorpora, diminuirá a politização bem como a possibilidade de manipulação da informação, cuja fiabilidade tenderá a aumentar com o uso e a comparação de performance. A aprovação da estratégia e do contrato, bem como o seu acompanhamento periódico, estabelecerão um enquadramento propício à concretização das acções das metas acordadas – as consequências previstas e a difusão de informação comparativa de performance actuarão no mesmo sentido.</i></p>



Quadro Nº 3.1: Alternativas ao problema de agência – resumido de Shleifer e Vishny (1997)

Instrumentos	Descrição	Questões/Problemas
<b>Contratos</b>	– O financiamento faz-se por contrato especificando os direitos do financiador e os deveres do perito (gestor), fixando limites à discricionariedade deste.	– O contrato é sempre incompleto, gestão mantém a maioria dos direitos de controlo; – Não é fácil garantir o cumprimento do contrato na justiça (interpretação do contrato, o que é a boa gestão e o seu dever de lealdade para com accionistas); – Muitos accionistas não têm capacidade e tempo para monitorizar/controlar (ou não querem suportar o custo); – Assim mantêm-se o problema de agência com possível actuação contra o interesse dos accionistas.
<b>Incentivos</b> <sup>346</sup>	– Contrato de longo prazo alinhando os interesses via remuneração variável (contingente com resultados <sup>347</sup> ). – Implica medir a performance e relacioná-la com a gestão.	– A gestão pode beneficiar da melhor informação para obter contrato muito vantajoso e/ou manipular a informação (valores contabilísticos) ou o próprio mercado de capitais.
<b>Protecção da lei e da regulação</b>	– Votar grandes decisões; – Nomear a governação; – A lei obriga a gestão ao dever de lealdade para com os accionistas.	– Votação pode ser manipulada pela gestão (informação, jogos de bastidores e alianças); – O BOD pode não agir no melhor interesse dos accionistas, sendo difícil remover os maus gestores; – Os gestores podem usar activos em seu favor (regalias) ou doutrem (ex. empresa de familiares).
<b>Concentração de poder</b> (grandes accionistas)	– Grandes accionistas têm mais poder: monitorizar, controlar e remover gestão; de a influenciar, via governação ou pessoalmente.	– Actuação é susceptível de prejudicar outros <i>stakeholders</i> voluntários (ex. pequenos investidores, trabalhadores); – Obsessão pelo lucro pode gerar custos de não qualidade, ambientais, de segurança e sociais.

Quadro Nº 3.2: Mecanismos de governação empresarial - resumido de Denis (2001)

	Descrição e questões envolvidas
<b>Mecanismos legais e de regulação</b>	– As leis e regulamentos cujo cumprimento o Estado impõe às empresas. – Cita autores: « <i>accionistas (e credores) dos EUA são dos mais protegidos do mundo, tanto em termos das leis existentes como da capacidade de as fazer cumprir</i> » (La Porta et al., 1998, 2000).
<b>Mecanismos de controlo interno</b>	i) BOD: « <i>eleito pelos accionistas, o seu papel é recrutar/despedir/retribuir e aconselhar a gestão de topo no interesse dos accionistas</i> ». « <i>Reforma típica incluía combinação de: reduzir a dimensão do CA; aumentar a % de representantes externos à empresa; separar as posições do CEO e do presidente do BOD; requerer que membros do BOD tenham acções da empresa</i> » (Hermalin e Weisbach, 2001). – Dimensão: (menor) gera discussões mais eficazes, rápidas decisões e alinhamento com accionistas; tem efeito positivo na performance (Core et al., 2001; Murphy, 1999); – Composição/independência: maior % “ <i>outside directors</i> ” melhora algumas acções da empresa mas não há relação entre essa % e a performance. ii) Remuneração da gestão: alinhamento será maior quanto maior for o nível de remuneração; sensibilidade à performance justifica a opção por acções da empresa ou opções sobre essas acções. iii) Directores não executivos; iv) Dívida (de médio e longo prazo*).
<b>Mecanismos de controlo externo</b>	– Aquisição hostil*.
<b>Competição no mercado de produtos</b>	– A concorrência força a empresa a reduzir as ineficiências e constringe-a a efectuar as mudanças sob pena de perdas ou mesmo de falência. Assim Jensen (1993) considerou-a um instrumento que gera eficácia de governação.
* Não analisamos este tema por não ser previsível a sua utilização nos hospitais EPE.	

<sup>346</sup> Justificam-se sobretudo quando há assimetria de informação, contratos são incompletos, actos da gestão podem ser altamente ineficientes/ prejudiciais para os accionistas.

<sup>347</sup> Normalmente o valor da acção no mercado.

**Quadro Nº 3.4: Responsabilidades e deveres do BOD (Institute of Governance, 2002)**

Descrição
<p><b>1. Responsabilidades genéricas do BOD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– O BOD governa os assuntos da empresa dentro do enquadramento legal e padrões existentes.</li> <li>– Ao BOD, como representante dos membros da empresa e da comunidade, é dada a autoridade legal e a responsabilidade pela concretização da missão da organização, pela sua estabilidade e pela relação com outras organizações e com a comunidade. É também responsável por garantir informação adequada para monitorizar as áreas principais da empresa.</li> <li>– No exercício das suas responsabilidades o BOD supervisiona a gestão das finanças da empresa.</li> </ul> <p><b>2. Responsabilidades do BOD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Planear; provedoria financeira e de recursos humanos; monitorização da performance e prestação de contas; gestão de risco; representação na comunidade e justiça; gestão em fases críticas; revisão de queixas e reclamações (pág. 14)</li> </ul>
<p><b>3. Deveres major:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Supervisiona o desenvolvimento e aprovação do plano de longo prazo da empresa, aprova o orçamento e plano anual;</li> <li>– Define (salvaguarda) a missão, os valores e os princípios dentro dos quais a empresa será administrada, e revê-os periodicamente;</li> <li>– Governa a empresa através de políticas gerais e de objectivos aprovados pelo BOD, formulados com a gestão e revistos periodicamente;</li> <li>– Selecciona e apoia um CEO para quem a responsabilidade pela gestão da empresa é delegada;</li> <li>– Revê e avalia regularmente a performance do CEO, com base na descrição de funções e nos objectivos aprovados;</li> <li>– Procura e obtém recursos suficientes para a empresa financiar adequadamente os seus programas;</li> <li>– Presta contas, perante o público e os financiadores, pelos serviços da empresa e pelo gasto de recursos;</li> <li>– Assegura uma prudente e apropriada gestão dos recursos da empresa;</li> <li>– Define o quadro geral de valores, no qual os recursos humanos da empresa serão geridos, e monitoriza periodicamente os indicadores de performance dos recursos humanos;</li> <li>– Aprova e revê periodicamente as políticas de pessoal dentro das quais os recursos humanos serão geridos;</li> <li>– Estabelece directrizes dentro das quais a gestão negociará os acordos de remuneração e benefícios;</li> <li>– Revê regularmente os serviços da empresa para assegurar que são consistentes com a sua finalidade e que os programas são efectivos e relevantes para as necessidades da comunidade;</li> <li>– Fornece continuidade para empresa e oportunidades para a participação de cidadãos;</li> <li>– Representa a empresa e os seus programas através da sua interpretação para a comunidade;</li> <li>– Serve como advogado dos serviços e da sua qualidade;</li> <li>– Ouve queixas dos consumidores sobre serviços ou produtos através de processo formal.</li> </ul>

**Quadro Nº 3.5: Funções do BOD (Raposo, 2007)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estabelecer a missão e o planeamento para o futuro;</li> <li>– Salvaguarda e tutela financeira;</li> <li>– Salvaguarda e tutela dos recursos humanos;</li> <li>– Gestão do risco;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monitorização do desempenho e da prestação de contas perante os principais interessados;</li> <li>– Representação, educação e apoio à comunidade;</li> <li>– Gestão de situações de crise e fases de transição.</li> </ul>
---	---

**Quadro Nº 3.9: Sete papéis chave do BOD (AMR<sup>348</sup>, 2009)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Servir como guardião da missão da empresa;</li> <li>– Definir a direcção futura da organização;</li> <li>– Definir políticas;</li> <li>– Fornecer recursos e apoio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Atravessar a fronteira entre a organização e o meio;</li> <li>– Garantir liderança futura;</li> <li>– Assumir a responsabilidade legal, ética e fiduciária da organização.</li> </ul>
---	--

<sup>348</sup> Exemplo prático obtido da Academy of Management, acedido pela Internet em 27 Janeiro 09 [www.aomonline.org](http://www.aomonline.org).

Quadro Nº 3.10: Critérios de boa governação – resumido de Institute of Governance (2008)

Princípios	Critérios de boa governação	
<b>1. Legitimidade e voz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Existência de contexto democrático de apoio;</li> <li>– Gestão participativa na decisão;</li> <li>– Existência de grupos na sociedade civil e de <i>media</i> independentes;</li> <li>– Altos níveis de confiança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grau apropriado de descentralização na decisão;</li> <li>– Participação dos cidadãos em todos os níveis de decisão;</li> <li>– ...;</li> </ul>
<b>2. Performance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Custo-eficácia;</li> <li>– Capacidade;</li> <li>– Coordenação;</li> <li>– Gestão adaptativa;</li> <li>– Envolver pessoas com nível adequado de capacidades, conhecimentos, <i>expertise</i> e profissionalismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informação para o público sobre performance;</li> <li>– Responsividade;</li> <li>– Monitorização e avaliação;</li> <li>– Gestão do risco;</li> </ul>
<b>3. Prestação de contas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Instituições políticas e prestação de contas;</li> <li>– Coerência e profundidade;</li> <li>– Papel dos líderes políticos;</li> <li>– ....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clareza;</li> <li>– Sociedade civil e media;</li> <li>– Transparência;</li> </ul>
<b>4. Direcção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consistência com direcção internacional;</li> <li>– Sistema de planos (planos de prazo e âmbito vasto, prioridades, participação cidadãos);</li> <li>– Planos de gestão (objectivos quantificados, resultados mensuráveis).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Existência de direcção legislativa;</li> <li>– Liderança sem conflitos de interesse;</li> <li>– Demonstração de liderança efectiva;</li> </ul>
<b>5. Equidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Existência de contexto judicial apoiante;</li> <li>– Balanceamento cuidadoso das decisões quando ocorrem situações de conflito entre princípios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cumprimento das leis (normas) justo, imparcial e eficaz;</li> <li>– ...</li> </ul>

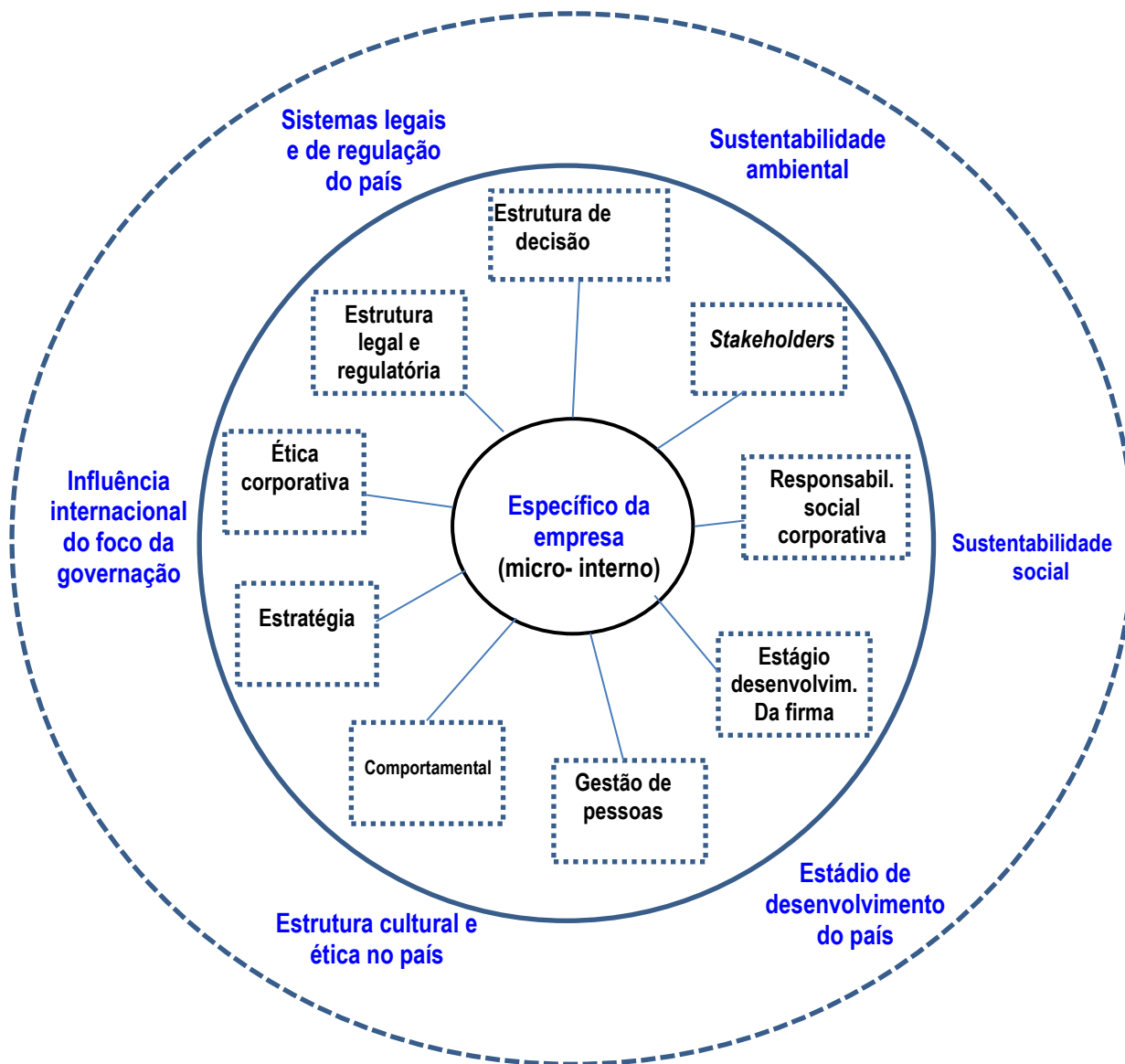
Quadro Nº 3.13: Conclusões e recomendações dos relatórios de boa governação (resumo)

Relatórios	Questões abordadas e inovações
<b>Cadbury (1992)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definição da estrutura dos órgãos de administração e das respectivas comissões.</li> <li>– Separação de papéis de liderança (governação, gestão), presidente do BOD diferente do CEO.</li> <li>– Princípio “<i>comply or explain</i>” no <i>reporting</i> da empresa.</li> <li>– Maioria de membros não executivos (NED<sup>349</sup>) no BOD. Quanto aos membros executivos definiu: prazo limitado de exercício; remuneração, a ser publicada, e dependente da Comissão de Remunerações (maioria de NED).</li> <li>– Independência dos auditores e da Comissão de Auditoria da gestão (dependentes do BOD, Comissão constituída por 3 NED) – auditores externos com contratos máximos (3 anos).</li> </ul>
<b>Hampel (1998)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definiu princípios de boa governação: i) existência de um BOD e seu papel; ii) separação CEO e presidente do BOD; iii) BOD constituído por um número “equilibrado” de membros executivos e não executivos; iv) BOD deve receber difusão de informação (periódica, de qualidade) para poder cumprir os seus deveres; v) deve haver procedimento transparente sobre indicação para nomeação para o BOD; vi) Todos os membros devem requerer a sua reeleição todos os 3 anos; vii) a remuneração dos membros do BOD deve ser atractiva e ter componente ligada à performance da empresa; viii) deve haver procedimento formal e transparente para remuneração do BOD; ix) relatório anual da empresa deve fornecer informação sobre política de remuneração e sobre a remuneração de cada membro; (x) a xii) sobre accionistas); xiv) BOD deve apresentar um relatório compreensível avaliando a posição e perspectiva financeira da empresa; xv) BOD deve manter um sistema interno de controlo que salvaguarde os activos e investimentos da empresa; xvi) BOD deve estabelecer definir mecanismos formais e transparentes de modo a manter uma relação apropriada com os auditores; xv) os auditores externos devem reportar de forma independente aos accionistas, de acordo com os seus requisitos profissionais e estatutários e independentemente reportar ao BOD e apoiá-lo nos seus deveres “xiv e xv”.</li> </ul>
<b>Turnbull (1999)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Este relatório concentrou-se essencialmente no controlo interno, incidindo sobre: importância do controlo interno e da gestão de risco; manutenção de um sistema de controlo interno eficaz (incluindo políticas, processos, tarefas, comportamentos); revisão da eficácia do sistema interno de controlo; BOD deve fazer declaração sobre o sistema interno de controlo; auditoria interna.</li> </ul>
<b>Higgs (2003)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Foca o papel dos NED e suas contribuições para: estratégia; monitorização/ controlo da gestão; análise da eficácia do sistema de controlo interno; fixação de remuneração dos executivos; designação, demissão e planeamento da substituição da gestão sénior;</li> <li>– Recomenda que o BOD: faça revisão da sua própria performance, bem como da das Comissões e de cada membro do BOD; secretário da empresa deve responder perante o BOD em todos os assunto de governação; publicação dos termos de referência da comissão de remunerações.</li> </ul>
<b>OCDE (2004)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– O BOD <sup>350</sup> deve promover mercados transparentes e eficientes, estar em conformidade com o princípio do primado do direito e articular claramente a divisão de responsabilidades entre diferentes autoridades de supervisão, autoridades reguladoras e autoridades dedicadas à aplicação das leis;</li> <li>– O BOD deve proteger e facilitar o exercício dos direitos dos accionistas;</li> <li>– O BOD deve assegurar o tratamento equitativo de todos os accionistas, incluindo accionistas minoritários e accionistas estrangeiros. Todos os accionistas devem ter a oportunidade de obter reparação efectiva por violação dos seus direitos;</li> <li>– O BOD deve acautelar os direitos legalmente consagrados, ou estabelecidos através de acordos mútuos, de outros sujeitos com interesses relevantes na empresa e deve encorajar uma cooperação activa entre as sociedades e esses sujeitos na criação de riqueza, de emprego e na manutenção sustentada de empresas financeiramente saudáveis;</li> <li>– O BOD deve assegurar a divulgação atempada e objectiva de todas as informações relevantes relativas à sociedade, nomeadamente no que respeita à situação financeira, desempenho, participações sociais e governo da empresa;</li> <li>– O BOD deve assegurar a gestão estratégica da empresa, um acompanhamento e fiscalização eficazes da gestão pelo órgão de administração e a responsabilização do órgão de administração perante a empresa e os seus accionistas.</li> </ul>

<sup>349</sup> NED (*non-executive directors*) deviam ser independentes da gestão e sem negócios ou outros interesses na empresa.

<sup>350</sup> O texto refere-se a “*enquadramento do governo das sociedades*” o que traduzimos por BOD.

Diagrama Nº 3.1: Componentes básicos de modelo de governação empresarial (Young e Thyil, 2008)



Quadro Nº 3.14: Cinco elementos e seis passos chave (Nader, 2004)

"Cinco elementos chave"	"Seis passos chave"
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Ver a estratégia como um processo e não como um evento.</li> <li>2- Desenhar um processo paralelo<sup>351</sup> mas com atraso ("lagged").</li> <li>3- Informar e formar o BOD.</li> <li>4- Coligir e analisar os <i>inputs</i> do BOD.</li> <li>5- Gerar alternativas estratégicas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Consensualizar uma Visão para empresa.</li> <li>2- Procurar o espaço de oportunidade (ex. mercados emergentes).</li> <li>3- Avaliar as capacidades internas e o design do negócio da empresa.</li> <li>4- Determinar a melhor alternativa estratégica para a empresa<sup>352</sup>.</li> <li>5- Desenvolver um conjunto de protótipos de design de negócio.</li> <li>6- Escolher a alternativa de (design) negócio considerada melhor.</li> </ol>

<sup>351</sup> Gestão de topo percorrerá os mesmos passos e questões após o BOD o ter feito.

<sup>352</sup> Responder à questão: dadas a visão e as capacidades da empresa qual são as oportunidades mais atractivas?

**Quadro Nº 3.16: Funções nos três níveis de gestão – adaptado de Chiavenato (2004)**

<i>Funções Nível gestão</i>	<b>Planeamento</b>	<b>Organização</b>	<b>Direcção</b>	<b>Controlo</b>
<b>Topo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Planeamento estratégico.</li> <li>– Objectivos globais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estrutura organizacional e grandes funções.</li> <li>– Políticas e directrizes gerais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Direcção e visão geral.</li> <li>– Cultura e valores da empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliação global da organização e gestão.</li> <li>– Sistema de controlo e gestão do risco global.</li> </ul>
<b>Intermédio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Planeamento produção, atribuição de recursos (unidades, processos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desenho do Departamento (unidades, serviços).</li> <li>– Poderes e papéis (órgãos, equipas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gestão de recursos.</li> <li>– Motivação para atingir objectivos.</li> <li>– Procedimentos e regras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Controlo de desempenho de unidades e serviços.</li> <li>– Avaliação do desempenho de gestores operacionais.</li> </ul>
<b>Operacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programas operacionais de acção (diários, semanais, mensais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desenho de postos de trabalho e tarefas.</li> <li>– Métodos e processos de operação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Supervisão de primeira linha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Controlo operacional.</li> <li>– Avaliação do desempenho de cada pessoa.</li> </ul>

**Quadro Nº 3.17: Importância das funções e *skills* na gestão de topo (Pearce e Robinson, 1989)**

<i>Grau de importância Funções, Capacidades</i>	<b>Elevado</b>	<b>Médio</b>	<b>Baixo</b>
<i>Funções</i>			
<b>Planeamento</b>	√		
<b>Organização</b>		√	
<b>Direcção</b>		√	
<b>Controlo</b>			√
<i>Capacidades (skills)</i>			
<b>Conceptuais</b>	√		
<b>Decisão</b>	√		
<b>Analíticas</b>	√		
<b>Administrativas</b>		√	
<b>Comunicação</b>		√	
<b>Humanas</b>		√	
<b>Técnicas</b>			√

**Quadro Nº 3.18: Funções da medição de performance – adaptado de Spitzer (2007)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dirige o comportamento;</li> <li>– Aumenta a visibilidade da performance;</li> <li>– Focaliza a atenção;</li> <li>– Clarifica as expectativas;</li> <li>– Aumenta a prestação de contas;</li> <li>– Aumenta a objectividade;</li> <li>– Fornece base para definição de objectivos;</li> <li>– Aumenta a compreensão;</li> <li>– Possibilita a predição;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Melhora a execução;</li> <li>– Promove consistência;</li> <li>– Facilita o <i>feedback</i>;</li> <li>– Aumenta o alinhamento;</li> <li>– Melhora a decisão;</li> <li>– Melhora a resolução de problemas;</li> <li>– Fornece sinais de alerta;</li> <li>– Motiva.</li> </ul>
---	--

**Quadro Nº 3.20: Ciclos de gestão (exemplo para o desenvolvimento da estratégia)**

Funções e actividades	Descrição
<b>Planear</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quando iniciaremos os trabalhos e quanto tempo durará cada uma das três fases<sup>353</sup> de desenvolvimento da estratégia? Que objectivos visamos com este trabalho e que produtos resultarão, quando? Quem temos que envolver<sup>354</sup>, em que fases e que recursos serão necessários, quanto poderemos gastar? Como e onde se desenvolverão os trabalhos (da unidade, departamento, globais)?</li> <li>– Questionar depois: como comunicar (a quem, quando, onde) este planeamento, como podemos motivar à participação, como aproveitar para desenvolver pessoas e gestores neste processo?</li> </ul>
<b>Organizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quem será responsável por quê, nomear um “campeão” ou uma <i>task force</i>? O BOD e a gestão envolvem-se em quê? Que poderes e responsabilidades atribuir a quem e em que fase do trabalho? Como estruturar o trabalho (tarefas, sub-fases, fases) e que recursos afectar? Que informação e formação será necessária?</li> <li>– Questionar depois: que revisão fazer agora ao planeamento inicial? Como vamos comunicar esta organização e motivar as pessoas a comprometer-se com ela? Como aproveitar esta organização para desenvolver pessoas?</li> </ul>
<b>Controlo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Que medidas e padrões de referência usaremos para monitorizar e avaliar o processo? Quem e quando acompanhará, que informação será produzida, que consequências<sup>355</sup> tiraremos (para cada responsável e para a gestão)? Quem vai decidir o quê (BOD, gestão, responsável) e como vamos assegurar a coordenação de esforços de todos em todas as fases? Quem controlará o cumprimento do orçamento?</li> <li>– Questionar depois: que revisão fazer agora ao planeamento e à organização iniciais? Como comunicar os mecanismos de controlo, motivar e desenvolver as pessoas no controlo?</li> </ul>
<b>Comunicar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Como vamos planear, organizar a controlar a comunicação que queremos fazer? (seguir as questões acima para especificar quem, o quê, quando, como e onde)</li> <li>– Questionar depois: que mudanças se impõem no trabalho já desenvolvido (3 funções anteriores)? Como aproveitar o processo de comunicação para motivar e desenvolver as pessoas? Idem para melhorar os planos de comunicação (interno e externo) e recolher ideias para outras melhorias (ex. organização)?</li> </ul>
<b>Motivar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Para conseguir a motivação necessária das pessoas (profissionais, gestores, BOD) é necessário mudar as regras e instrumentos actuais? Quem irá intervir onde e quando (cada unidade e departamento, por grupo profissional)? (planear, organizar e controlar a motivação a fazer neste processo)</li> <li>– Questionar depois: que mudanças se impõem no trabalho já desenvolvido (4 funções anteriores)? Como aproveitar o processo de motivação para comunicar (valores e comportamentos esperados, objectivos visados, problemas sentidos e necessidade de procurar alternativas) e desenvolver as pessoas? Idem para melhorar a política e procedimentos existentes sobre motivação?</li> </ul>
<b>Desenvolver</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aproveitar o processo para planear, organizar e controlar o desenvolvimento das pessoas (difundir informação – ex. sobre estratégia e objectivos –, fazer formação, dar poder e atribuir novas responsabilidades, promover). Como as decisões sobre desenvolvimento serão comunicadas e usadas para motivar as pessoas à participação?</li> <li>– Questionar depois: que mudanças se impõem no trabalho já desenvolvido (5 funções anteriores)? Como aproveitar o processo de desenvolvimento para comunicar (ex. objectivos visados) e motivar as pessoas? Que mudanças operar em planos (ex. informação, formação)?</li> </ul>

<sup>353</sup> Análise, direcção e formulação estratégica.

<sup>354</sup> Do interior do exterior - aqui fornecedores, clientes, outros interessados, consultores, outros peritos.

<sup>355</sup> Por exemplo em reconhecimento ou promoção.

**Quadro Nº 4.1: Porquê medir? Adaptado de Neely et al. (2002)**

<p><b>1- Razões tradicionais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Seguir a performance actual (corrente/recente) contra as metas/previsões/passado.</li> <li>– Seguir a performance corrente/recente contra as regras externas/políticas internas.</li> <li>– Seguir as percepções das deficiências de performance e monitorizar as suas melhorias.</li> <li>– Motivar os gestores e empregados a atingir os objectivos específicos de performance.</li> </ul> <p><b>2- Razões emergentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ajudar a prever as tendências futuras.</li> <li>– Validar ou desafiar os pressupostos existentes.</li> <li>– Descobrir novas perspectivas (através da análise de dados).</li> <li>– Estimular a criação de novas iniciativas, objectivos e metas.</li> </ul> <p><b>3- Razões recentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ajudar nas decisões e apoiar as melhorias/recomendações de investimento.</li> <li>– Mostrar a concretização/realização dos benefícios antecipados resultantes das acções.</li> </ul>
--

**Quadro Nº 4.2: Princípios da boa Regulação (BRTF)\***

<p><b>Proporcional:</b> ao problema/risco;  <i>“Reguladores devem apenas intervir quando necessário. Os remédios devem ser apropriados ao risco em causa, e os custos identificados e minimizados”.</i></p>
<p><b>“Accountable”:</b> aos ministros e ao parlamento, aos utilizadores e ao público;  <i>“Reguladores têm que ser capazes de justificar as decisões, e ser sujeitos a escrutínio público”.</i></p>
<p><b>Consistente:</b> previsível, de modo a que as pessoas saibam o que defende;  <i>“Leis governamentais e os padrões devem ser justas e implementadas com justiça”.</i></p>
<p><b>Transparente:</b> aberto, simples e uso amigável;  <i>“Os reguladores devem ser abertos, e manter a regulação simples e de uso amigável”.</i></p>
<p><b>Focalizada:</b> no problema.  <i>“A regulação deve ser focalizada no problema, e minimizar os efeitos colaterais”.</i></p>

(\*) In, “Principles of Good Regulation”. Better Regulation Task Force, London, 2003.

**Quadro Nº 4.3: Funções da Regulação (Lewis et al., 2006)**

<b>Económica</b>	<b>Qualidade</b>
<p><b>Preços:</b> justos e fiáveis para os diversos prestadores;  <b>Entrada:</b> permitir novos prestadores e manter a capacidade e escolha local;  <b>Monitorização financeira, intervenção e saída:</b> regime de falência e protecção de padrão mínimo de acesso para doentes a serviços essenciais no caso de falência ou performance financeira pobre;  <b>Competição:</b> medidas para promover ou manter a competição face à tendência para monopólio natural. Excepto em circunstâncias onde isso irá provavelmente aumentar as ineficiências (ex. integração vertical do comprador e prestador -ou contrato exclusivo - pode ser mais eficiente em relação a certos serviços).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Cobertura serviço e elegibilidade:</b> determinar que serviços estão disponíveis para os doentes;</li> <li>– <b>Garantia qualidade e controlo:</b> definir padrões e proteger os doentes de prestadores abaixo do padrão;</li> <li>– <b>Escolha:</b> na base da qualidade (preço será também relevante para escolha de serviços fora do pagamento por resultados).</li> </ul>



**Quadro Nº 4.4: Mecanismos e actividades da Regulação (Dixon, 2005)**

<b>Externa</b>
<p><b>“Clássica” ou “prescritiva”</b> (legislação primária ou secundária<sup>356</sup>);  <b>Incentivos</b> (instrumentos económicos e metas);  <b>Auto-regulação</b> ( ex., código voluntário de boa prática) e <b>co-regulação</b> (código de boa prática com envolvimento estatal significativo);  <b>Informação e educação</b>;  <b>Não fazer nada</b> (a intervenção pode causar mais mal/dano que bem).</p>
<p><b>Definir critérios</b> para abertura/fecho de Unidades;  <b>Avaliação da performance</b> do regulado (inclui inspecção);  <b>Prevenção de falhas graves</b> (ex. recusar fusão), investigação de falhas ou acções subsequentes;  <b>Estimular melhorias</b> (através de comparação e divulgação pública);  <b>Relatos públicos</b> de falhas.</p>
<b>Interna (accionista)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir direcção estratégica, objectivos, padrões e metas ou outras directivas operacionais;</li> <li>– Gerir a performance relativamente àqueles.</li> </ul>
<p><b>Instrumentos possíveis para gestão da performance</b> (padrão definido centralmente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ameaça de <b>sanções</b>;</li> <li>– Exigência de <b>plano de recuperação</b> se performance sub-ótima;</li> <li>– <b>Treino e desenvolvimento</b> para ajudar a melhorar a performance;</li> <li>– Exigência de <b>tornar público relatório anual de performance</b>.</li> </ul>

**Quadro Nº 4.5: Alternativas à Regulação (BRTF)\***

	<b>Racional da alternativa</b>
<b>Não fazer nada</b>	Governo pressionado a actuar (grupos de interessados, média), mas acção pode ser: desnecessária, custosa (consequências não esperadas).
<b>Informação / educação</b>	Para influenciar comportamento (indivíduos, firmas) a informação, conselho e persuasão pode ser a melhor alternativa (talvez reforçada com incentivos/penalizações).
<b>Usar o mercado</b>	Governo pode eliminar problemas garantindo funcionamento eficaz do mercado e introduzindo-o onde não existe. Quando mercado não funciona bem por falta de informação é possível usar códigos de boa prática e fornecer informação (pelas firmas ou Estado) – também as externalidades negativas (poluição) podem ser corrigidas por mercado específico e incentivos para a sua redução.
<b>Incentivos financeiros</b>	Podem ser: a) Impostos, taxas e multas; b) Subsídios e abatimento/redução de impostos; c) Preços regulados em mercados sem competição. Assim deixa-se a autonomia e capacidade de melhorar (gestão), com resultados pretendidos (reduzir poluição, aumentar inovação).
<b>Auto-regulação</b>	Auto-regulação e códigos voluntários têm vantagens face a leis: envolvem interessados na regulação, são flexíveis e mais baratos.
<b>Regulação prescritiva (regulamentação)</b>	Governo pode prescrever comportamento às empresas e indivíduos publicando leis e regras. Contudo tem consequências não desejadas e sem penalização o cumprimento pode ser limitado.

(\*) In, “Principles of Good Regulation”. Better Regulation Task Force, London, 2003.

<sup>356</sup> Aqui se incluem igualmente, quando imperativos, os regulamentos, códigos de conduta, guias de acção e normas técnicas e profissionais.

**Quadro Nº 4.6: Papéis da regulação de qualidade – Healthcare Commission (Lewis et al., 2006)**

<b>Monitorizar, avaliar, reforçar</b> o cumprimento dos padrões <sup>(*)</sup> de qualidade (definidos por DH);
<b>Fornecer orientação ao NHS;</b>
<b>Rever queixas/reclamações contra NHS;</b>
<b>Conduzir inquéritos de satisfação;</b>
<b>Relatórios anuais:</b> publicado (“annual health check”); enviado ao Parlamento (“state of healthcare”).

(\*) Avalia 24 padrões essenciais e 13 de desenvolvimento em diversas áreas: segurança; ambiente de cuidados e amenidades; clínicos e custo-eficácia; governação; focados no doente; cuidados responsivos e acessíveis; saúde pública.

**Conforme Dixon (2005)**

<b>Inspeccionar</b> a qualidade e verificar o custo-eficácia dos cuidados de saúde e da saúde pública;
<b>Informar.</b> Equipar os doentes e o público com a melhor informação possível sobre a prestação de cuidados de saúde;
<b>Melhorar.</b> Promover melhorias nos cuidados de saúde e na saúde pública.

**Nota:** em Julho de 2008 a HC fundiu-se com outras duas agências (Commission for Social Care Inspection; Mental Health Act Commission) formando a **Care Quality Commission**.

**Conforme CSCI (2006)**

Fornecer <b>garantia pública</b> de cumprimento dos padrões essenciais e da segurança de prestação, independentemente de quem compra ou presta o serviço;
Num mercado que funciona imperfeitamente, <b>melhorar globalmente a qualidade</b> regulando os prestadores (economicamente) e avaliando e desafiando a sua performance;
<b>Encorajar a inovação</b> na contratação de cuidados (*) e contribuir para a difusão das melhores práticas;
<b>Fornecer informação</b> (público, compradores, Estado) sobre a gama, disponibilidade, qualidade e valor dos serviços (*);
<b>Incentivar a prestação de contas local</b> ( <i>ratings</i> e relatórios sobre a performance em áreas chave);
<b>Relatório anual ao parlamento</b> usando a evidência obtida com a regulação independente (aspectos de política).

(\*) Refere a importância desta actuação para dar poder aos cidadãos e doentes, sobretudo tendo em conta a dificuldade de escolha baseada na qualidade antes da admissão e os riscos envolvidos.

**Quadro Nº 4.9: Funções da medição de performance – adaptado de Spitzer (2007)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dirige o comportamento;</li> <li>– Aumenta a visibilidade da performance;</li> <li>– Focaliza a atenção;</li> <li>– Clarifica as expectativas;</li> <li>– Aumenta a prestação de contas;</li> <li>– Aumenta a objectividade;</li> <li>– Fornece base para definição de objectivos;</li> <li>– Aumenta a compreensão;</li> <li>– Possibilita a predição;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Melhora a execução;</li> <li>– Promove consistência;</li> <li>– Facilita o <i>feedback</i>;</li> <li>– Aumenta o alinhamento;</li> <li>– Melhora a decisão;</li> <li>– Melhora a resolução de problemas;</li> <li>– Fornece sinais de alerta;</li> <li>– Motiva.</li> </ul>
---	--

**Quadro Nº 4.10: Porquê medir? Adaptado de Neely *et al.* (2002)**

<p><b>Razões tradicionais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Seguir a performance actual (corrente/recente) contra as metas/previsões/passado.</li> <li>– Seguir a performance corrente/recente contra as regras externas/políticas internas.</li> <li>– Seguir as percepções das deficiências de performance e monitorizar as suas melhorias.</li> <li>– Motivar os gestores e empregados a atingir os objectivos específicos de performance.</li> </ul> <p><b>Razões emergentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ajudar a prever as tendências futuras.</li> <li>– Validar ou desafiar os pressupostos existentes.</li> <li>– Descobrir novas perspectivas (através da análise de dados).</li> <li>– Estimular a criação de novas iniciativas, objectivos e metas.</li> </ul> <p><b>Razões recentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ajudar nas decisões e apoiar as melhorias/recomendações de investimento.</li> <li>– Mostrar a concretização/realização dos benefícios antecipados resultantes das acções.</li> </ul>
---

**Quadro Nº 4.13: Dez testes ao desenho das medidas (Neely *et al.*, 2002)**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Teste da verdade</b> – Estamos a medir o que temos que medir?</li> <li>2. <b>Teste do foco</b> – Estamos a medir <u>apenas</u> o que temos que medir?</li> <li>3. <b>Teste da relevância</b> – É a medida certa para o factor de performance que queremos seguir?</li> <li>4. <b>Teste da consistência</b> – Os dados serão recolhidos da mesma maneira independentemente de quem os medir?</li> <li>5. <b>Teste do acesso</b> – É fácil localizar e capturar os dados necessários à medição?</li> <li>6. <b>Teste da clareza</b> – Na interpretação dos resultados há qualquer ambiguidade possível?</li> <li>7. <b>Teste do “e então”</b> – Os dados reportados podem e irão ser convertidos em acção?</li> <li>8. <b>Teste do tempo</b> – Podem os dados ser acessíveis rapidamente e com frequência suficiente para a acção?</li> <li>9. <b>Teste do custo</b> – A medida vale o custo da medição?</li> <li>10. <b>Teste do “jogo de nºs”*</b> – A medida é susceptível de encorajar comportamentos indesejáveis e inapropriados?</li> </ol>
---

(\*) *gaming* no original.

**Quadro Nº 4.15: Resultados e seus determinantes (dimensões e medidas) (Fitzgerald, 1991)**

Dimensões da performance	Tipos de medidas
<p><b>1- Resultados</b></p> <p>1.1. Performance financeira</p>	<p>1.1.1 Rendibilidade;</p> <p>1.1.2 Liquidez;</p> <p>1.1.3 Estrutura de capital;</p> <p>1.1.4 Rácios de mercado.</p>
<p>1.2. Competitividade</p>	<p>1.2.1. <i>Market share</i> (%; posição);</p> <p>1.2.2. Crescimento das vendas;</p> <p>1.2.3. Medidas da base de clientes.</p>
<p><b>2- Determinantes</b></p> <p>2.1. Utilização de recursos</p>	<p>2.1.1. Produtividade;</p> <p>2.1.2. Eficiência.</p>
<p>2.2. Qualidade do serviço</p>	<p>2.2.1. Indicadores globais de: consistência, resposta, estética/ aparência, limpeza, conforto, carácter amigável, cortesia, comunicação, competência, acesso, disponibilidade, segurança.</p>
<p>2.3. Inovação</p>	<p>2.3.1. Performance do processo de inovação;</p> <p>2.3.2. Performance de cada inovação.</p>
<p>2.4. Flexibilidade</p>	<p>2.4.1. Flexibilidade das especificações;</p> <p>2.4.2. Flexibilidade do volume de produção;</p> <p>2.4.3. Rapidez de entrega.</p>

Quadro Nº 4.16: Mapa estratégico integrado no BSC (Spitzer, 2007)

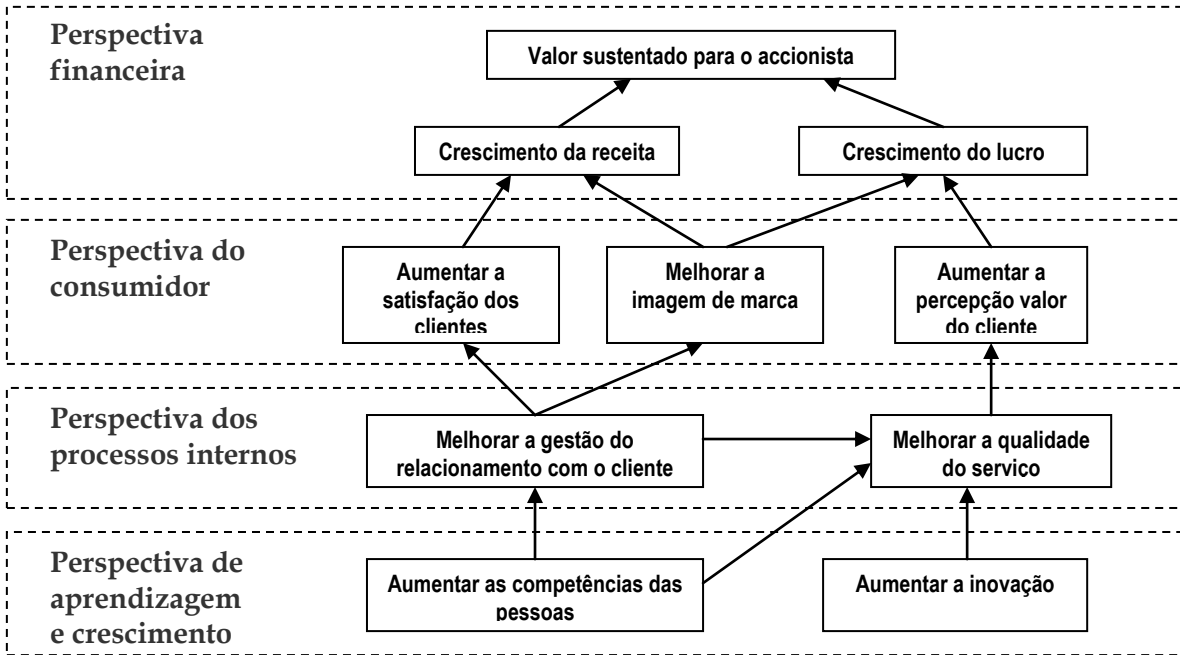


Diagrama Nº 4.13: Modelo de medição da performance macro-micro (Rouse e Putterill, 2003)

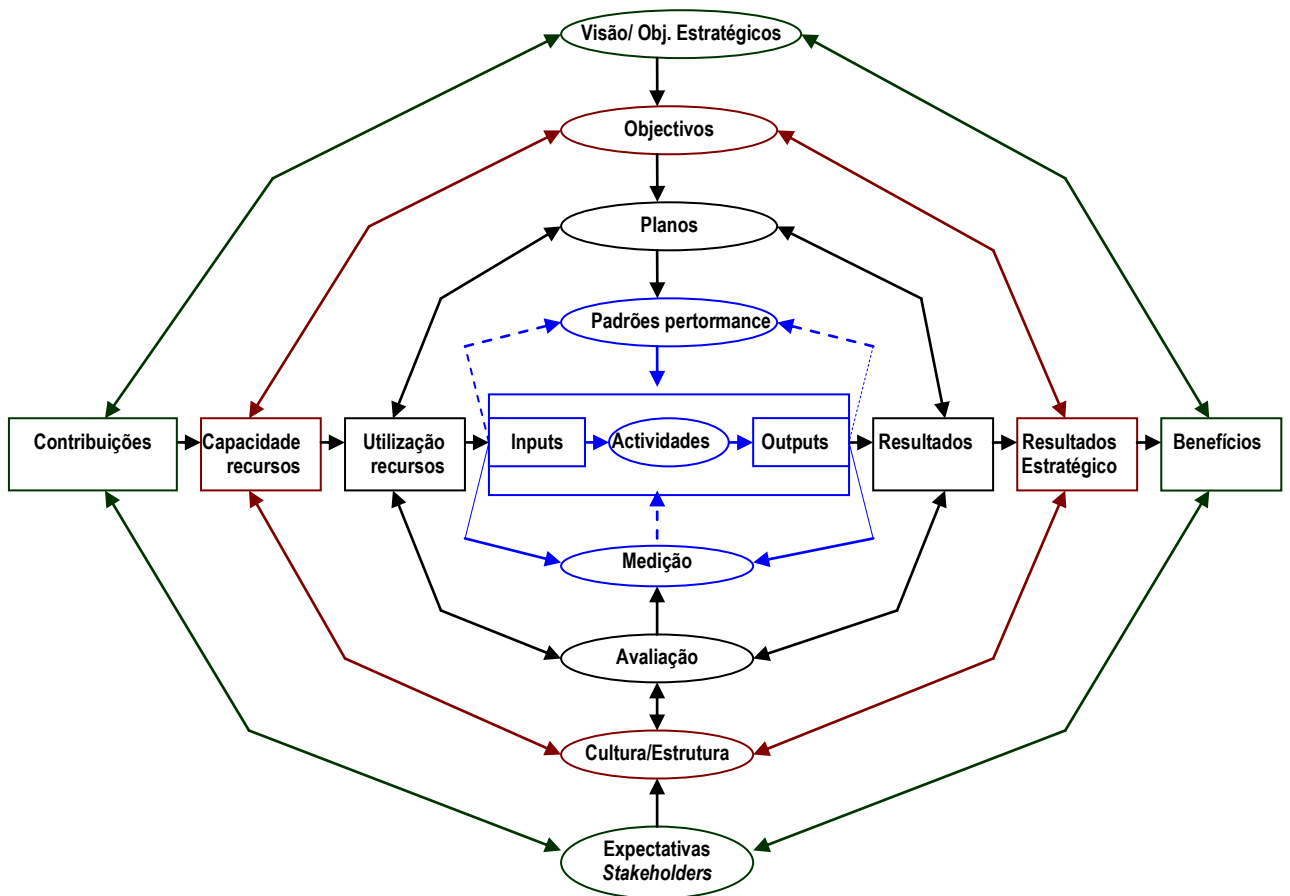


Diagrama Nº 4.18: Relações na cadeia de serviço e lucro – modificado de Heskett et al. (1994).

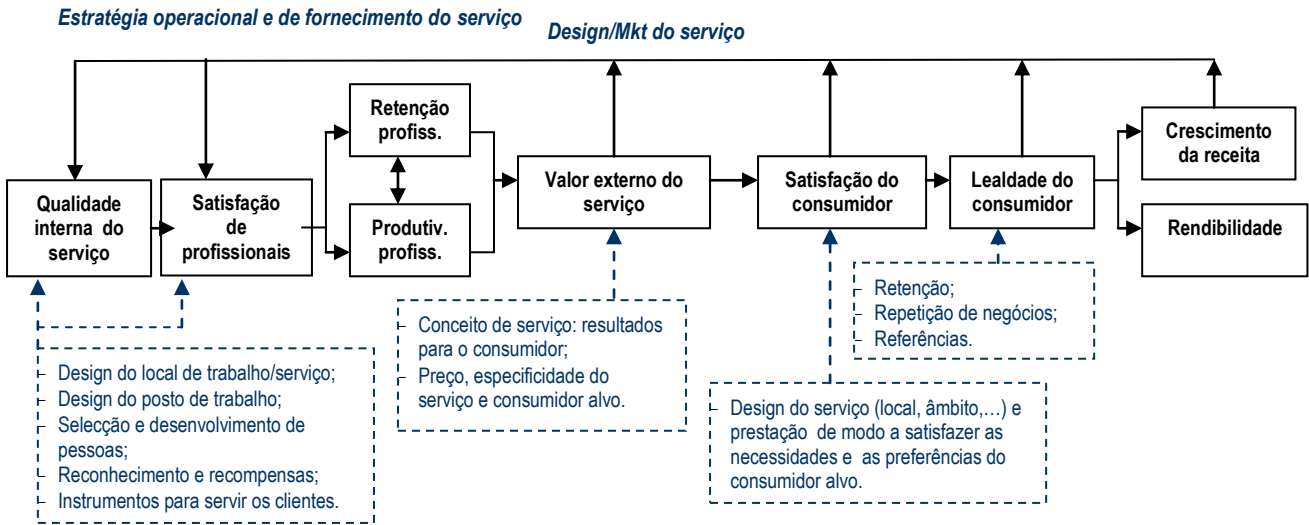
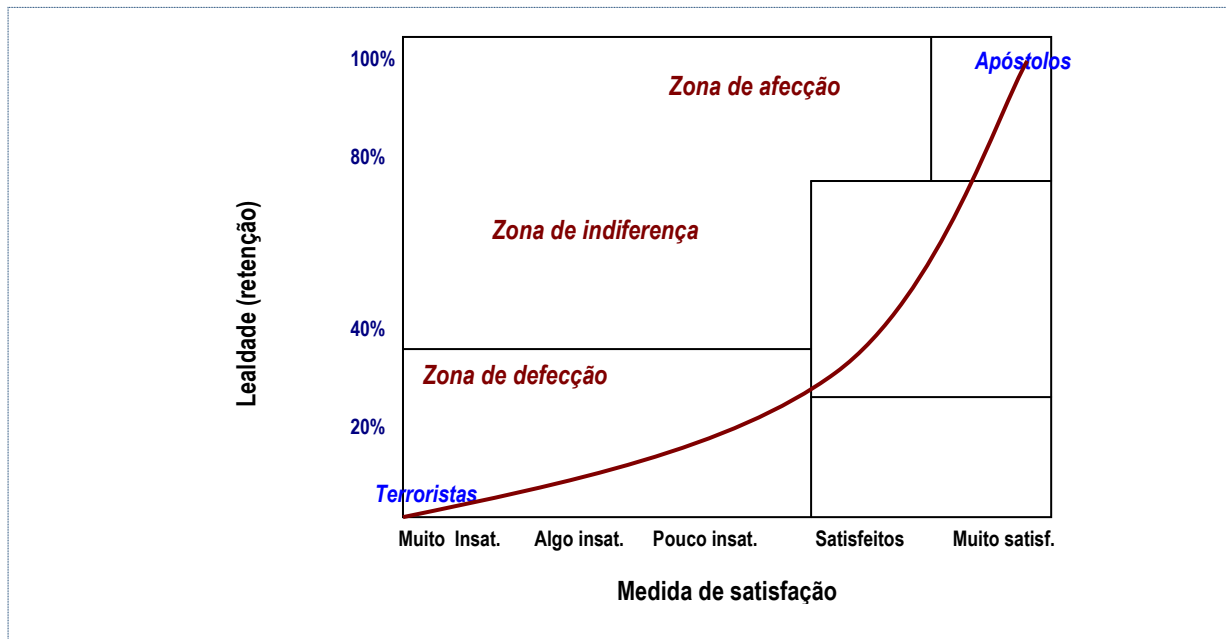


Diagrama Nº 4.19: Um cliente satisfeito é leal (Haslett et al., 1994)



**Quadro Nº 5.4: Avaliação global do BOD (CMA, 2002; Kiel e Nicholson, 2005; AICD, 2007; Carreta et al., 2008).**

<p><b>1- Estrutura</b></p> <p><b>1.1. Papel:</b> Estratégia (aprovar, monitorizar a implementação); cumprimento de leis e normas; recrutar e retribuir a gestão de topo; monitorizar e avaliar a performance (empresa, CEO, BOD); gestão do risco; aprovar certas despesas de capital; garantir a prestação de contas; função de serviço/ conselho/ contactos;</p> <p><b>1.2. Recursos:</b> nº pessoas, <i>mix</i> de <i>skills</i> e qualificações (nível, áreas e seu equilíbrio), experiência, tempo disponível; independência; separação de papéis (CEO/presidente do BOD); representação dos <i>stakeholders</i>.</p> <p>Nota: Roy (2008) concluiu, em estudo desenvolvido em 100 empresas (EUA), que eram mais valorizados em conhecimento/experiência e capacidades/valores: i) nº de anos na indústria e no negócio; reputação e concretizações; experiência em organizações complexas; formação académica (primeiro em finanças/gestão); ii) valores e ética; comprometimento e diligência; apreciação e percepção de negócios; mente objectiva e questionadora.</p> <p><b>2 – Processos</b></p> <p><b>2.1. Actividades:</b> definição de agendas e frequência de reuniões; controlo interno e avaliação do risco; processo de auditoria (interna/externa); adequação da informação disponível; <i>reporting</i> financeiro; monitorizar o cumprimento de leis, normas e código de conduta; avaliação de reuniões e sua melhoria; selecção de elementos do BOD e sua formação; definição de políticas e procedimentos; definição de responsabilidades e delegação de poderes; participar na formulação da estratégia, aprová-la e controlá-la; aconselhar e apoiar o CEO;</p> <p><b>2.2. Comportamentos:</b> reuniões produtivas e debate construtivo; comunicação aberta e <i>reporting</i> adequado; clima de apoio e desafio, abertura e transparência (no BOD, com CEO);</p> <p><b>2.3. Focalização:</b> estratégia e assuntos importantes da organização vs dia a dia; melhoria contínua do BOD e de cada elemento.</p> <p><b>3- Objectivos do BOD</b></p> <p><b>3.1. Acções:</b> grau em que as acções contidas no plano do BOD foram completadas, em tempo oportuno e com eficiência, sejam as internas ao órgão (ex. recrutar e formar um novo elemento) ou mudanças na empresa promovidas pelo BOD ou pelas suas comissões (ex. definição de políticas);</p> <p><b>3.2. Objectivos:</b> grau de cumprimento dos objectivos que o BOD tinha definido.</p>
--

**Quadro Nº 5.5: Avaliação individual do BOD (Conger et al. 1997; (Conger e Lawlor, 2002; Orlikoff e Totten, 2005; AICD, 2007)**

<p><b>1- Conteúdo:</b></p> <p><b>1.1. Objectivos:</b> avaliar o seu conhecimento do BOD (papel, responsabilidades, funcionamento), identificar as áreas para melhoria individual;</p> <p><b>1.2. Avaliação incide sobre:</b></p> <p>i) <b>Competências específicas:</b> pessoais, saber ouvir e questionar, contributo para coesão e clima produtivo, valores, independência;</p> <p>ii) <b>Dimensões gerais de performance:</b> conhecimento do negócio e compreensão dos riscos da empresa; conhecimento da gestão sénior; presença nas reuniões e nas comissões; preparação para as reuniões, iniciativa e participação nas discussões; comprometimento e tempo dedicado; contribuição para as decisões no BOD; visão/perspectiva que traz para a discussão no BOD; defesa da missão e das prioridades da empresa; apoio público às decisões do BOD; integridade, sigilo das decisões/informação e cumprimento do código de conduta;</p> <p><b>2- Processo:</b></p> <p>2.0. Período e liderança: no mínimo por mandato (desejável anual), liderada<sup>357</sup> pelo presidente ou comissão do BOD, com critérios e procedimentos predefinidos;</p> <p>2.1. Cada membro do BOD recebe e preenche formulários (comuns) para autoavaliação e avaliação dos pares (<i>rating</i>, comentários dos restantes membros – endereçados apenas para o visado);</p> <p>2.2. Resultado da autoavaliação e resumo da avaliação pelos pares, preparado por quem lidera a avaliação, entregue a cada um com pedido de sugestões de melhoria; (confidencialidade garantida);</p> <p>2.3. Reunião individual para análise, discussão e feedback/esclarecimento dos resultados da autoavaliação e da avaliação pelos pares, seguindo-se pedido de plano de melhoria;</p> <p>2.4. Conhecimento ao BOD dos resultados globais e aprovação dos planos individuais de melhoria, incluindo as acções de formação;</p> <p>2.5. Avaliação periódica de progresso (baseada no plano de melhoria) e decisão final de renovação pelo BOD.</p>
--

<sup>357</sup> Quem liderar a avaliação será objecto de procedimentos similares aos dos restantes por subgrupo ou comissão do CA.

**Quadro Nº 5.6: Avaliação do CEO (Gillis, 1996; Conger et al., 1998; Orlikoff e Totten, 1996, Newman et al., 2001; Mercer, 2003, 2005; Johnson e Bancroft, 2005; Kiel et al., 2005)**

<b>Requisitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– BOD com 5 características (conhecimento, independência/poder<sup>358</sup>, informação, motivação, tempo) e garantindo a confidencialidade, decisão anónima e <i>feedback</i> necessários;</li> <li>– Clarificação dos papéis/responsabilidades do BOD e do CEO, definição e aprovação da política de avaliação do CEO assim como do código de conduta;</li> <li>– Especificação do processo de medição (objectivos, critérios<sup>359</sup>, tempo, pessoas envolvidas, etc.) e suas consequências;</li> <li>– Definição (em diálogo) da performance esperada da organização (dimensões, padrões, metas), da estratégia (visão, objectivos estratégicos) e dos planos anuais.</li> </ul>
<b>Processo (conteúdo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incidirá sobre a performance, resultados/objectivos nas várias dimensões (<i>o quê</i>);</li> <li>– Considerará a actuação e liderança do CEO (atitudes/comportamentos – <i>como</i>).</li> </ul>
<b>Processo (como)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definição inicial dos objectivos e metas do CEO (sobre proposta prévia por ele apresentada e em diálogo) e das consequências a extrair;</li> <li>– Recolha, tratamento e interpretação da informação relevante (inclui avaliação 360°);</li> <li>– Avaliação intermédia para monitorizar o progresso e proceder a revisão de metas;</li> <li>– Avaliação sumativa (autoavaliação entregue pelo CEO, diálogo subsequente antecedendo a aprovação final da avaliação), relatório, decisões e acções/efeitos;</li> <li>– (Em reuniões posteriores irá decidir-se sobre a retribuição e continuidade do CEO e preparar-se a estratégia e os objectivos para o próximo ano).</li> </ul>
<b>Processo (quem)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incluir: CEO e a subcomissão do BOD que lideram o processo<sup>360</sup>, outros que tragam informação crítica para a avaliação (gestores, clientes e <i>stakeholders</i>) – a decisão final sobre a avaliação é do BOD;</li> <li>– Excluir: Os que não trouxerem benefícios acrescidos para esta avaliação (evitar efeitos negativo da maior complexidade e dinâmica política/interpessoal).</li> </ul>
<b>Produtos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relatório<sup>361</sup>: metas atingidas/por atingir, objectivos a rever e acções a concretizar, áreas de preocupação e monitorização, sugestões de desenvolvimento do CEO;</li> <li>– Decisões e acções: quanto à empresa (objectivos, planos e acções); desenvolvimento do CEO; retribuição, recondução do CEO.</li> </ul>

**Quadro Nº 5.8: “Nove inimigos da performance virtuosa” (Smith e Goddard, 2002)**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1- <b>Visão de túnel:</b> Concentração nas áreas cobertas pelos indicadores, excluindo outras importantes que não são objecto de medição;</li> <li>2- <b>Fixação na medida:</b> Procurar o sucesso como é medido, mais do que como é esperado (concentrar na medida em si, mais que na melhoria);</li> <li>3- <b>Sub-optimização:</b> Gestores concentram-se em medidas locais prejudicando a organização no seu conjunto;</li> <li>4- <b>Miopia:</b> Concentração no curto prazo, excluindo considerações de longo prazo que só podem ser apreciadas anos depois;</li> <li>5- <b>Complacência:</b> falta de ambição na (meta de) melhoria gerada por uma adequada performance comparativa;</li> <li>6- <b>Má representação:</b> Deliberada manipulação de dados, incluindo fraude e contabilidade criativa, de modo a que o valor reportado difere do real;</li> <li>7- <b>Má interpretação:</b> Conclusões incorrectas sobre a performance originadas pela dificuldade de, na medição de performance, levar em conta todas as influências potenciais;</li> <li>8- <b>Batota (gaming):</b> Alterar o comportamento para obter vantagem estratégica, particularmente quando as metas são fixadas com base em melhorias ano a ano;</li> <li>9- <b>Ossificação:</b> Paralisia da organização gerada por um sistema de medição demasiado rígido.</li> </ol>
---

<sup>358</sup> Segundo Conger et al. (1998) em 80% das empresas nos EUA o CEO era também o *chairman*.

<sup>359</sup> Definir metas/padrões para quantificação, clarificar o que é performance fraca, razoável, boa, excelente.

<sup>360</sup> Ao invés desse grupo ad-hoc poderá ser a comissão de retribuição do CA.

<sup>361</sup> O CEO deverá receber um exemplar do relatório.

**Quadro Nº 5.7: Critérios e medidas de avaliação do CEO (Orlikoff e Totten, 1996)**

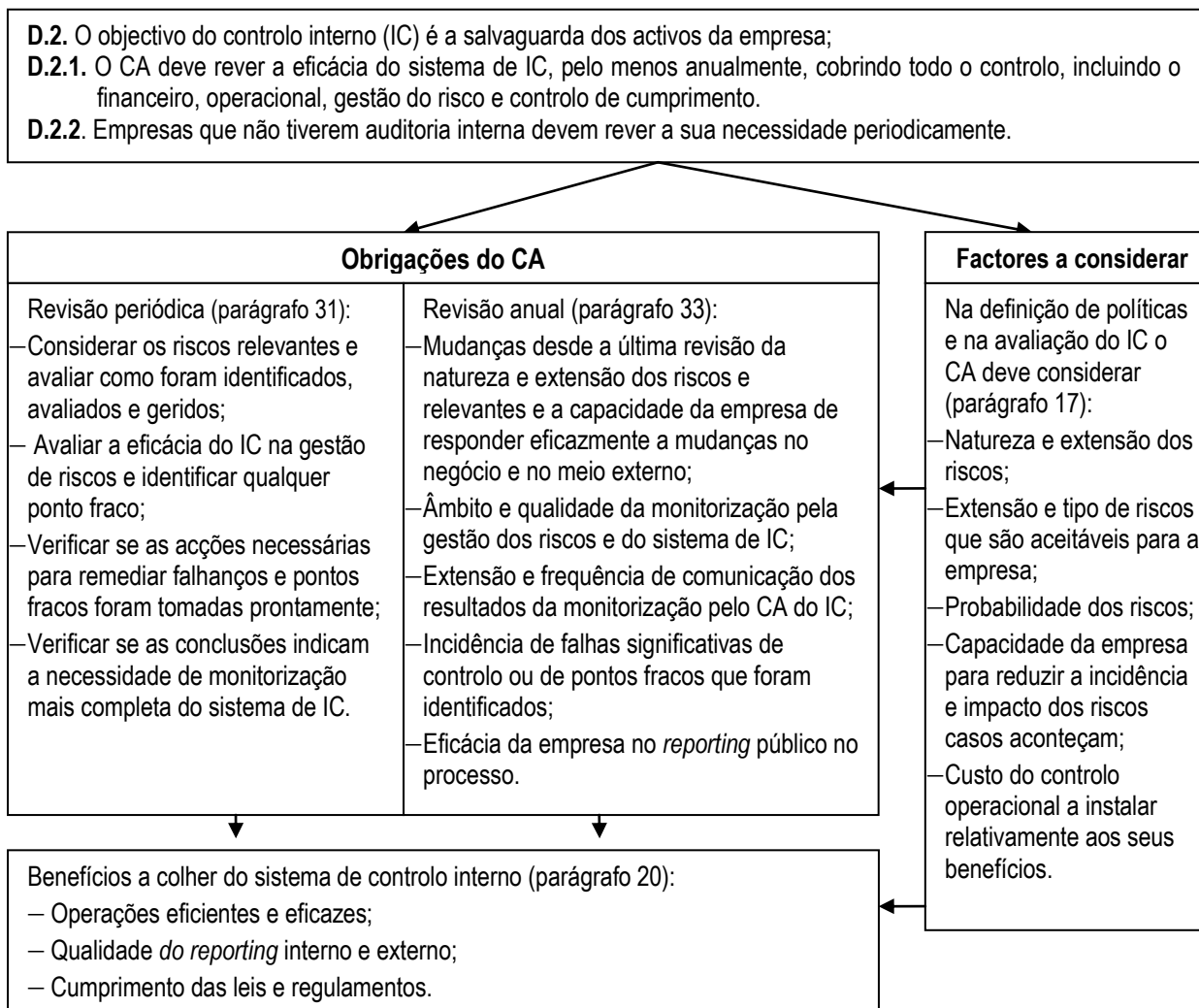
Critérios	Medidas
1- Resultados organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Finanças;</li> <li>– <i>Market share</i>;</li> <li>– Qualidade;</li> <li>– Concretização de objectivos estratégicos;</li> <li>– Operações do dia-a-dia.</li> </ul>
2- Resultados na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estado de saúde da comunidade;</li> <li>– Volume de cuidados gratuitos (caridade);</li> <li>– Promoção da saúde, rastreios e educação para a saúde.</li> </ul>
3- Relações e cultura na organização	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacidades individuais e profissionais;</li> <li>– Relação com o pessoal médico;</li> <li>– Relação com outros grupos de clínicos;</li> <li>– Relação com o BOD;</li> <li>– Relação com o pessoal;</li> <li>– Direcção organizacional clara;</li> <li>– Clareza e eficiência do planeamento estratégico;</li> <li>– Relação com a comunidade;</li> <li>– Desenvolvimento da gestão;</li> <li>– Defesa da legalidade;</li> <li>– Relação com pagadores/compradores;</li> <li>– Associações/parcerias.</li> </ul>
4- Capacidades individuais e profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estilo de gestão (autocrático vs participativo);</li> <li>– Competências interpessoais e influência (promoção de consenso);</li> <li>– Eficácia de gestão (delegação, liderança de equipas, <i>empowerment</i>);</li> <li>– Solução de problemas (criatividade, <i>expertise</i>, ...);</li> <li>– Eficácia pessoal (autoconfiança e controle, energia, flexibilidade, ética).</li> </ul>

**Quadro Nº 5.9: Erros de medição mais frequentes – resumido de Scissons (2002)**

<b>Escalas de rating (ex. 1 a 3)</b>	<p><b>Problema:</b> Cada avaliador usa a sua escala interna de valores, assim o que para uns será razoável é bom para outros – não é possível distinguir um 2,13 de 2,16.</p> <p><b>Recomendação:</b> Construir uma escala em que se votará a ausência ou a presença (extensão) no notado (CEO) dos comportamentos expressos nas questões formuladas previamente. Para o BOD definir os comportamentos que se quer notar (relevantes), seguindo-se depois a notação por autoavaliação e avaliação por pares. Será mais fácil de resumir e comparar os resultados com o ano anterior (integridade, validade) e apontar as acções e comportamentos a promover.</p>
<b>Avaliações 360º</b>	<p><b>Problema:</b> Avaliadores com diferentes perspectivas, alguns com limitado contacto e percepção do objecto (nalgumas áreas nenhuma) e não há racional para somar valores de diferentes escalas – a variabilidade é ignorada e a média é de rigor mais que discutível.</p> <p><b>Recomendação:</b> 1º Avaliações obtidas sobre o CEO são <i>inputs</i> a ponderar pelo avaliador único (BOD); 2º Para validação dos resultados fazer índice de concordância (grau em que notadores têm votação idêntica), procurar grandes discrepâncias (discuti-las) e considerar o índice final com a média de notação; 3º Definir as acções e áreas mais importantes a melhorar.</p>
<b>Autoavaliação</b>	<p><b>Problema:</b> Tem mesmo problema da avaliação de 360º, mas ainda há maior viés (perguntar ao próprio quão bom é?).</p> <p><b>Recomendação:</b> Seguir com a recomendação para avaliação 360º. Analisar a autoavaliação e a avaliação por pares procurando as diferenças e sua explicação.</p>
<b>Quão elevado é?</b>	<p><b>Problema:</b> Um CEO ter 3,8 em relações interpessoais só tem significado em comparação com outro (que tem por exemplo 4,2 ou 3,1).</p> <p><b>Recomendação:</b> i) Usar um consultor externo para fazer comparações com CEO doutras empresas; ii) Comparar com <i>ratings</i> de anos anteriores; iii) Usar conhecimento de membros que pertencem a vários BOD para fazer análise comparativa; iv) Preparar previamente listagem explicitando o que se entenderá por cada nível (MB; B...) em cada questão, comparar depois com o real.</p>
<b>Processo vs outcome</b>	<p><b>Problema:</b> Avaliação pode incluir: i) Características e práticas (BOD, CEO) que podem “avisar” sobre potenciais problemas; ii) Resultados (ex. ROE). Mas bons processos não garantem resultados, estes podem ser produto de factores não controláveis.</p> <p><b>Recomendação:</b> i) Um bom equilíbrio entre medidas de processo e de resultados é necessário; ii) Seleccionar as medidas de resultados mais influenciadas pela acção do notado (CEO, BOD) e as de processo com maior impacto nos resultados; iii) Comparar com organizações semelhantes.</p>



**Quadro Nº 5.10: Relatório Turnbull – Resumo das prescrições sobre controlo interno**



**Quadro Nº 5.15: Exemplo de reconhecimento e recompensas**

Reconhecimento	Recompensas
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Agradecimento pessoal ou público, verbal ou por escrito – nota específica, cartão de agradecimento, carta para a morada;</li> <li>– Certificado, diploma ou declaração para o processo individual;</li> <li>– Bilhetes para cinema (espectáculo), almoço com o Presidente, placa ou “pin”, lembrança especial, caneta da empresa;</li> <li>– Notícia em <i>placard</i> informativo ou na televisão interna;</li> <li>– Melhorias no local de trabalho, maior flexibilidade de horário;</li> <li>– Oportunidades de desenvolvimento (representar empresa em seminário, maior autonomia de decisão, responsável pela formação no serviço).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bónus em dinheiro;</li> <li>– Dias de férias adicionais pagos;</li> <li>– Promoção e aumento do salário;</li> <li>– Frequência de formação no estrangeiro;</li> <li>– Relógio de prata da empresa</li> </ul>

**Quadro Nº 7.1: Objectivos utilizados pela OCDE e WHO - Adaptado de WHO e Hurst (2000)**

<b>OCDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Melhoria e resultado na saúde;</li> <li>ii) <i>Responsividade</i>;</li> <li>iii) Equidade (resultados em saúde, acesso e finanças);</li> <li>iv) Eficiência micro e macroeconómica.</li> </ul>
<b>WHO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Resultado global em saúde;</li> <li>ii) Equidade em saúde;</li> <li>iii) <i>Responsividade</i> global;</li> <li>iv) Distribuição da <i>responsividade</i>;</li> <li>v) Justiça no Financiamento.</li> </ul>

**Quadro Nº 7.2: Objectivos dos sistemas de saúde e sua ponderação – Adaptado de WHO (2000)**

<b>Objectivos</b> (avaliação*)	<b>Ponderação</b> (%)
<b>Resultado global em saúde</b> (medido por esperança de vida ajustada pela deficiência)	25%
<b>Equidade na saúde</b> (medida por índice baseado na mortalidade infantil)	25%
<b>Responsividade global do sistema</b> (avaliada por painel de pessoas chave reflectindo o respeito pelas pessoas e orientação para clientes)	12,5%
<b>Distribuição da <i>responsividade</i> do sistema</b> (avaliada por painel de pessoas chave)	12,5%
<b>Justiça no financiamento</b> (medida por índice baseado na % da despesas de saúde no total da despesa excluindo a alimentação).	25%
	<b>100%</b>

(\*) Classificação em cada indicador de 0 a 100, sendo 100 o nível mais alto atingível.

**Quadro Nº 7.3: Esquemas de avaliação da performance – construído a partir de Arah *et al.* (2003)**

<i>Objectivos</i> <i>Países</i>	<b>Objectivos</b>
<b>RU</b>	Melhoria na saúde; Equidade de acesso; Cuidados de saúde efectivos e apropriados; Eficiência; Experiência com cuidados dos doentes <sup>362</sup> ; Resultados em saúde do NHS.
<b>Canadá</b>	Aceitabilidade; Acessibilidade; Apropriação; Competência; Continuidade; Eficácia; Eficiência; Segurança.
<b>Austrália</b>	Eficácia; Apropriação; Eficiência; <i>Responsividade</i> ; Acessibilidade; Segurança; Continuidade; Capacidade; Sustentabilidade.
<b>EUA (IOM)</b>	Segurança; Eficácia; Orientação para o doente; Atempado; Eficiência; Equidade.

<sup>362</sup> "Patient/care experience" no original.

**Quadro Nº 7.4: Dez determinantes sociais da saúde (Wilkinson e Marmot, 2003)**

- 1) Classe social e ocupação: “pessoas que estão mais abaixo no nível social têm o dobro do risco de doença grave e morte prematura”.
- 2) Stress: “pessoas sujeitas a stress muito frequentemente ou por períodos longos são mais vulneráveis a infecções, diabetes, pressão alta, ataque de coração, enfarte, depressão e agressão”.
- 3) Começo de vida: “saúde do adulto funda-se nas condições vividas na gravidez e na infância”.
- 4) Exclusão social: “pobreza, privação relativa e exclusão social têm impacto elevado na saúde na morte prematura”.
- 5) Condições de trabalho: “beneficia a saúde ter maior controlo sobre o trabalho, melhor organização e relação social”.
- 6) Desemprego: “altas taxas de desemprego causam mais doença e mortes prematuras”.
- 7) Apoio social: “pessoas com menos apoio social e emocional têm maior probabilidade de depressão, risco de complicações na gravidez e deficiência devida a doenças crónicas”.
- 8) Adição: “dependência de drogas, álcool, tabaco é influenciada pelo ambiente social...está associada a doença e mortes violentas e prematuras”.
- 9) Alimentação: “insuficiência e falta de variedade alimentar causa malnutrição e doenças de carência... excessos contribuem para doença cardiovascular, diabetes, cancro, doenças degenerativas, obesidade e cáries”.
- 10) Transportes: “meios de transporte saudáveis e menos condução automóvel, mais andar e bicicleta, promovem a saúde e reduzem acidentes fatais e a poluição”.

**Quadro Nº 7.5: Especificidade do mercado de cuidados - Construído com base em Arrow (1963)**

Características do mercado de cuidados	Características do mercado de seguros
<ol style="list-style-type: none"> <li>a) <u>Natureza da procura</u>: irregular e imprevisível; associada a riscos graves e substanciais (incapacidade ou morte, perda catastrófica de rendimento).</li> <li>b) <u>Comportamento do médico</u>: espera-se não um “maximizador” de lucros mas atitude ética e preocupação com a comunidade, característicos da medicina, fundamental porque sendo um serviço pessoal não é passível de teste antes de aquisição – implica relação de confiança forte.</li> <li>c) <u>Incerteza quanto ao produto</u>: risco quanto ao momento da necessidade e risco de não ficar completamente curado – imprevisibilidade da necessidade e da qualidade e eficácia do tratamento. Possibilidade de aprender com a experiência é limitada, dada a complexidade inerente aos cuidados de saúde, pelo que em próxima necessidade o doente permanece ignorante vs médico que detém esse conhecimento – ambos têm consciência dessa assimetria de informação. A dimensão global da incerteza é muito maior em casos graves que por exemplo numa casa ou automóvel e o impacto da despesa pode ser dramático (falência pessoal).</li> <li>d) <u>Condições da oferta</u>: por regra há limitações à entrada de novos prestadores – licenciamento e acreditação, dimensão e especialização do investimento no caso de um hospital.</li> <li>e) <u>Práticas de preço</u>: nos cuidados médicos há pagamento por acto (não pré-pagamento ou pagamento apenas quando está são) e discriminação de preços extensiva (gratuidade para indigentes).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) <u>Risco moral</u>: do doente (comportamentos de risco que aumentam a necessidade de cuidados agudos, recurso excessivo a cuidados por não pagar o preço); do médico (pode prescrever mais, ou mais caro, para agradar ao doente ou prescrever actos para benefício de colegas<sup>363</sup>).</li> <li>b) <u>Métodos de segurar</u>: há 3 formas – pré-pagamento, segurar o custo dos cuidados, indemnização fixa – só as 2 primeiras oferecem cobertura completa de riscos (necessidade e preço dos actos). Coexistência prova que não existe concorrência perfeita nos seguros.</li> <li>c) <u>Controlo por 3ª parte</u>: é maior quando há risco moral e não há incentivo para o doente procurar os melhores prestadores – menor quando o mesmo grupo fornece o seguro e os cuidados.</li> <li>d) <u>Custos administrativos</u>: como os custos administrativos são elevados há incentivo forte a ampla difusão e à constituição de seguros obrigatórios.</li> <li>e) <u>Agregação de riscos diferentes</u>: a reunião de riscos diferentes sem discriminar o prémio (igualdade) provoca redistribuição de rendimento entre contribuintes (semelhante ao seguro obrigatório e pagamento da saúde por impostos).</li> </ol>

<sup>363</sup> Será menos frequente em cirurgias e internamentos.

**Quadro Nº 7.6: Transformação dos cuidados de saúde - Adaptado de Shortell e Kaluzny (1997)**

Cuidados de Saúde (configuração anterior)	Cuidados de Saúde (configuração futura)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase no tratamento da doença;</li> <li>- Ênfase nos cuidados agudos;</li> <li>- Atenção a problemas específicos;</li> <li>- Profissionais, hospitais e seguradores de saúde trabalham separadamente;</li> <li>- Predominância de hospitais e de especialistas;</li> <li>- Prática individual de cuidados;</li> <li>- Pessoas são receptores passivos de cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase na promoção e manutenção da saúde;</li> <li>- Ênfase no <i>continuum</i> dos cuidados;</li> <li>- Cuidados compreensivos;</li> <li>- Serviços de saúde trabalham de modo integrado;</li> <li>- Predominância do ambulatório e dos generalistas;</li> <li>- Equipa multidisciplinar de cuidados;</li> <li>- Auto-cuidados e “auto-gestão” da saúde e da doença.</li> </ul>

**Caixa Nº 7.1: Alternativas de integração de cuidados - HMO, PPO e ULS.**

As IDS podem funcionar em integração virtual, mantendo-se a autonomia de cada unidade embora sujeita ao quadro contratual acordado, existindo diversas experiências que integram os cuidados prestados por hospitais e cuidados primários de saúde, sem impor a integração de gestão (Ploch e Klazinga, 2002).

As HMO integram a componente seguradora com a prestação de cuidados. Caracterizam-se por funcionar com adesão voluntária e pré-pagamento capitacional, com mecanismos de *gatekeeping* por médicos de família e por cuidados compreensivos. Na prestação usam equipas multidisciplinares, privilegiam a prevenção da doença, garantem cuidados integrados sem limite de idade e a custos baixos, controlando os gastos especializados, nomeadamente hospitalares – porém limitam a escolha, seja pela exigência de referência do médico de família seja porque não reembolsam os actos prestados fora da HMO. Apresentam resultados superiores às práticas por acto em controlo de custos e em resultados em saúde (Luft, 1987; Shapiro *et al.*, 1967).

As PPO são constituídas por grupos de médicos e/ou hospitais que prestam cuidados de saúde aos membros de determinada seguradora ou organização, oferecem descontos sobre os preços normais e usam programas de controlo de utilização. Disponibilizam cobertura limitada de cuidados, garantem liberdade de escolha e limitam o custo para o doente que suporta apenas o co-pagamento.

As ULS Portuguesas integram, sob a mesma gestão, os CSP e os hospitais de uma determinada área geográfica – em Espanha são referidas como “Gerencia Única” ou “Organización Sanitaria Integrada”. Visam objectivos clínicos, integrar cuidados combatendo a fragmentação e o mau uso de cuidados diferenciados, e de gestão, obter economias de escala e maior eficiência global. O financiamento por capitação, que este modelo permite e quase requer, seria um poderoso adjuvante para o seu sucesso. A integração de gestão deveria ser o último mecanismo a usar: “*Teoria dos custos de transacção argumenta que a integração de activos é o mecanismo de integração de último recurso, para ser usado apenas quando os mecanismos contractuais falham*” (Robinson, 2001), pág. 180.

A integração clínica, sem dúvida a que maior impacto pode gerar, supõe o desenvolvimento de estratégias e mecanismos comuns (ex. protocolos conjuntos para doenças crónicas) e a sua institucionalização, através de regras, instrumentos (ex. processo clínico informatizado), práticas e esquemas de avaliação.

Impõe ainda a integração de todos os cuidados, não apenas os agudos, e uma efectiva orientação para os problemas dos doentes (cidadãos), cuja saúde seria coordenada pelos médicos de família e enfermeiras de ligação (Pou-Bordoy *et al.*, 2006).

A integração de gestão pode, em grande parte, ser substituída por acordos de cooperação e contratos de prestação de serviço, sob a égide da Administração Regional de Saúde (ARS) – será o caso, entre outros, da logística e da farmácia, da informática, da prestação de MCD e da formação.

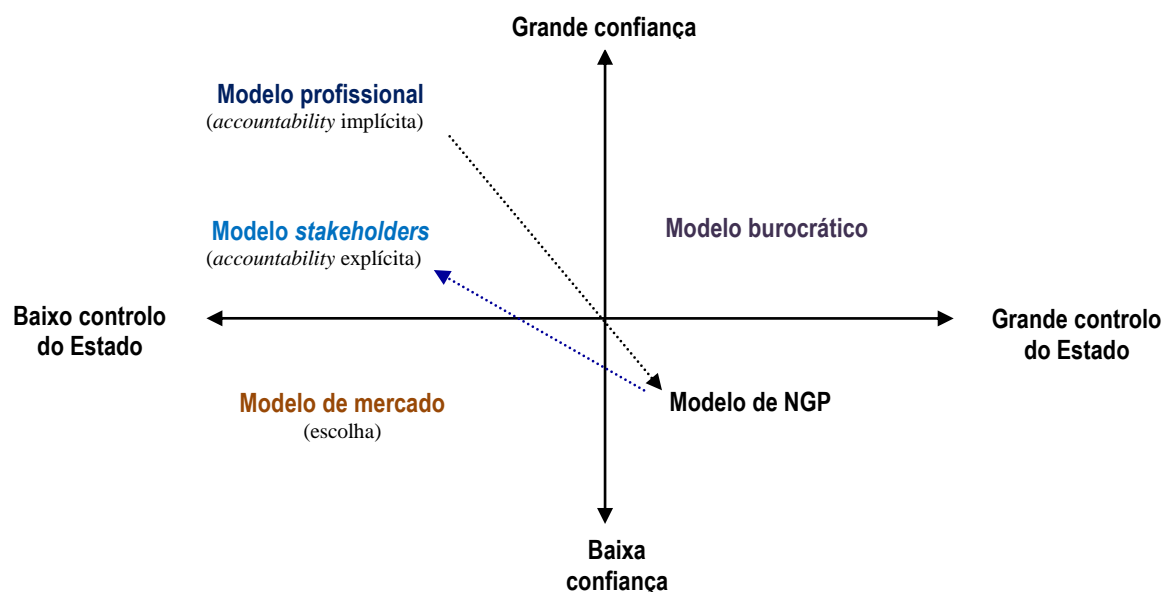
Os resultados conhecidos não são brilhantes na integração clínica e, na de gestão, são mistos e não esclarecem a sua paternidade: virtudes do modelo ou da capacidade da gestão?

Na verdade aos benefícios teóricos haverá que contrapor a desvantagem da criação de oligopólios de cuidados, (Pou-Bordoy *et al.*, 2006), e suas consequências negativas, na liberdade de escolha (dos doentes e médicos de família) e diminuição do risco nos serviços hospitalares, que poderão passar a dispor de uma “reserva” de mercado. Dado o contexto em que se insere – SNS, papel previsto para a ARS, menor prestígio e capacidade de gestão dos CSP – pode haver o risco de dominação pelo hospital e sua gestão. O mais importante (integração clínica) pode ceder ao fácil (consolidação de gestão) gerando burocracia e ganhos marginais, preterindo a coordenação pelos CSP e a necessária orientação para o doente.

Quadro Nº 7.7: Três modelos de prestação de contas (Emanuel e Emanuel, 1996)

Variável	Modelo profissional	Modelo económico	Modelo político
Doente como:	Participante-receptor de serviços profissionais.	Consumidor do bem cuidados de saúde.	Cidadão-membro que decide sobre bens públicos.
Médico como:	Profissional dedicado ao bem-estar do doente.	Fornecedor, unidade económica.	Cidadão-membro.
Cuidados de saúde como:	Serviço profissional em que o objectivo de promover o bem-estar do doente é especificado por decisão partilhada entre o doente e o médico.	Bem com características de desempenho objectivas e fixas e que o consumidor selecciona para satisfazer as suas preferências subjectivas.	Bem público no qual o objectivo de promover o bem-estar do doente é especificado pela comunidade política.
Principal domínio de <i>accountability</i>	Competência profissional e padrões éticos e legais.	Performance financeira e competência profissional.	Qualquer domínio seleccionado pela comunidade de saúde.
<i>Loci</i> principal de <i>accountability</i>	Interação entre os doentes e os médicos e as associações profissionais.	Interação no mercado entre fornecedor e consumidor com supervisão de regulador estatal.	Interação entre os médicos e representantes do Estado e entre estes e cidadãos-membros.
Procedimentos principais de <i>accountability</i>	Licenciamento, certificação e acções por má prática.	“Saída”, isto é, mudar de fornecedor.	“Voz”, isto é, expressar insatisfação e ideias de reforma.
Estruturas institucionais para <i>accountability</i>	Acreditação, licenciamento e procedimentos legais.	Políticas de protecção do consumidor, preço padrão e qualidade da informação (“report card”), e frequente oportunidade de adesão a muitos fornecedores alternativos.	Fóruns abertos para membros expressarem os seus pontos de vista, membros de BOD e outros procedimentos de controlo sobre as decisões administrativas.

Figura Nº 7.1: Confiança e controlo estatal no RU- Adaptado de Rowe e Calnan<sup>364</sup> (2006)



<sup>364</sup> Segundo os autores a passagem do modelo profissional para o de NGP corresponde à acção dos *Conservadores*, para o modelo dos *stakeholders* à dos *Trabalhistas*.

Quadro Nº 7.8: Evolução do hospital – Adaptado de McKee e Healy (2002)

Papel do hospital	Tempo	Características
Curativo ( <i>Valetudinarium</i> *)	Séc. 1º a 7º	Ligado à guerra e ao tratamento de soldados.
Cuidados de saúde	Séc. 7º	Teorias da doença Bizantinas, Gregas e Árabes.
Cuidados espirituais e de enfermagem (**)	Séc. 10º a 17º	Hospitais ligados a ordens e fundações religiosas.
Cuidados de saúde para pobres	Séc. 17º	Instituições filantrópicas e Estatais.
Cuidados médicos	Fim do séc. 19º	Cuidados médicos e cirúrgicos, alta mortalidade.
Centros cirúrgicos	Início do séc. 20º	Transformação tecnológica dos hospitais com entrada de doentes da classe média e expansão do ambulatório.
Sistemas centrados no hospital	Anos 50	Grandes hospitais, templos de tecnologia.
Hospitais gerais distritais	Anos 70	Ascensão de hospitais distritais, hospitais locais, regionais e terciários.
Cuidados agudos, centros de cirurgia ambulatória	Anos 90	Cuidados agudos de curta duração; expansão da hospitalização de dia e da cirurgia minimamente invasiva.

(\*) "O Hospital... emergiu no contexto da transformação do exército de Roma de tropas móveis para exército de ocupação. Os oficiais Romanos criaram um novo tipo de edifício, o *valetudinarium* (hospital militar) que foi integrado em grandes e permanentes conjuntos... Os hospitais Romanos eram exclusivamente organizados com a finalidade de fornecer terapias de estabilização curativas e simultaneamente promover a educação de médicos e enfermeiras", Wilmanns, J. (2003). Die ersten krankenhauser der Welt. *Deutsches Arzteblatt*, Vol. 100, Nº 40, pp 2593-2597. (\*\*) No século 11º isolamento de doenças infecciosas, com enfermagem por exemplo em leprosas.

Quadro Nº 7.9: Princípios de boa governação - Adaptado de Taylor (2000)

Princípios	O que compreende
Saber o que a governação do hospital significa.	BOD responsável por: i) Desenvolver o quadro de finalidades e objectivos do hospital; ii) Medir e monitorizar a performance, da organização e da gestão de topo, relativamente àquele quadro; iii) Ser a voz dos accionistas ligando o hospital à sua propriedade moral.
Concretização das finalidades estratégicas	Planeamento estratégico e estrutura da organização, bem como a sua cultura, devem contribuir para cumprir as finalidades. BOD terá que definir o plano e os objectivos estratégicos de modo claro e mensurável e depois monitorizar efectivamente.
Relação BOD-CEO	Sucesso depende de efectiva parceria BOD-CEO, respeito das competências do CEO, apoio e monitorização da sua actuação e da performance da organização. A prestação de contas do CEO faz-se perante o BOD que, por sua vez, responde perante os restantes <i>stakeholders</i> .
Unidade de direcção (estratégia, valores)	BOD e CEO devem constituir uma unidade coesa prosseguindo os mesmos objectivos, valores e propósitos de modo a garantir a estabilidade e o alinhamento necessários, e evitar a ambiguidade, a falta de responsabilidade e outros problemas que a falta de unidade de direcção gera. A mudança requer a parceria BOD-CEO e a unidade de direcção e de valores implícita.
Unidade de comando	Para qualquer acção um empregado deve receber ordens de apenas um superior - no topo está o CEO e o BOD. O CEO deve responder apenas perante o BOD.
Unidade de prestação de contas	Um subordinado presta contas perante um superior e este é o responsável pela performance daquele. A responsabilidade e autoridade do CEO devem fazer um <i>match</i> perfeito, para garantir adequada prestação de contas do CEO - BOD assegura a prestação de contas do hospital: i) política, mandatos impostos externamente; ii) comercial, valor criado pelos serviços; iii) clínica, resultados na saúde dos doentes; iv) comunitária, quanto à saúde da população da sua área.
Necessidades dos accionistas	É responsabilidade última do BOD prestar contas perante os accionistas - se for uma corporação (estatal, outra) será perante a sua missão e valores (Drucker, 1992). Responsabilidades essenciais do BOD são: monitorização cuidada das finanças e protecção de activos; guardião dos "intangíveis".
Auto-aperfeiçoamento do BOD	Qualidade total exige que o BOD seja exemplar quanto ao aperfeiçoamento contínuo - processos e procedimentos, práticas, atitudes, etc.
Custo da governação	BOD deve ser exemplar também a evitar custos desnecessários do seu funcionamento, sejam figurativos ou de oportunidade, incluindo o seu próprio tempo.



Figura Nº 7.2: Determinantes do comportamento do hospital (Precker, 2003)

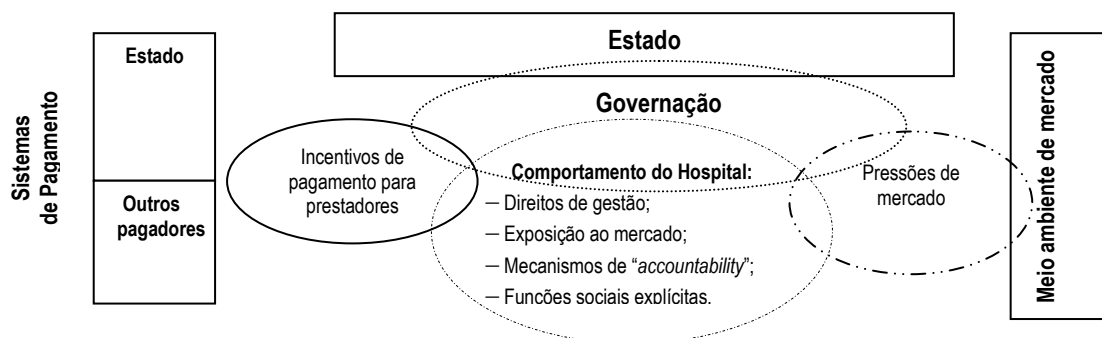


Figura Nº 7.3: Factores críticos de comportamento do hospital (Precker, 2003)

		U. Orçamental	U. Autónoma	U. Empresarial	U. Privada
Factores críticos que influenciam o comportamento das organizações	Direitos de decisão	Hierarquia vertical		Autonomia de gestão	
	Exposição ao mercado	Afectação orçamento		Receitas não orçamentais	
	Direitos residuais	Domínio público		Dono privado	
	Prestação de contas	Controlo hierárquico		Regras, regulamentação e contratos	
	Funções sociais	Mandato não especificado e sem fundos.		Especificado, financiado e regulado.	

Quadro Nº 7.13: Mecanismos e actividades da Regulação (Dixon, 2005)

Externa
<p>“Clássica” ou “prescritiva” (legislação primária ou secundária<sup>365</sup>);  <b>Incentivos</b> (instrumentos económicos e metas);  <b>Auto-regulação</b> (ex. código voluntário de boa prática) e <b>co-regulação</b> (código de boa prática com envolvimento estatal significativo);  <b>Informação e educação</b>;  <b>Não fazer nada</b> (a intervenção pode causar mais mal/dano que bem).</p>
<p><b>Definir critérios</b> para abertura/fecho de Unidades;  <b>Avaliação da performance</b> do regulado (inclui inspecção);  <b>Prevenção de falhas graves</b> (ex. recusar fusão), investigação de falhas ou acções subsequentes;  <b>Estimular melhorias</b> (através de comparação e divulgação pública);  <b>Relatos públicos</b> de falhas.</p>
Interna (accionista)
<p>– Definir direcção estratégica, objectivos, padrões e metas ou outras directivas operacionais;                      – Gerir a performance relativamente àqueles.</p>
<p><b>Instrumentos possíveis para gestão da performance</b> (padrão definido centralmente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ameaça de <b>sanções</b>;</li> <li>– Exigência de <b>plano de recuperação</b> se performance sub-ótima;</li> <li>– <b>Treino e desenvolvimento</b> para ajudar a melhorar a performance;</li> <li>– Exigência de <b>tornar público relatório anual de performance</b>.</li> </ul>

<sup>365</sup> Aqui se incluem igualmente, quando imperativos, os regulamentos, códigos de conduta, guias de acção e normas técnicas e profissionais.



Quadro Nº 7.14: Métodos de reforma - Resumo baseado em Precker (2003)

	Conteúdo	Principais Objectivos Resultados
<b>Capacidade tecnológica (*)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Equipamentos (inovação, expansão);</li> <li>– S. Informação para apoiar e acelerar processos, facilitar comunicação interna e externa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PO: Eficiência, equidade, qualidade.</li> <li>– R: “<i>Importantes; nem sempre boa exploração; acompanhar com atenção a incentivos</i>”.</li> </ul>
<b>De gestão (**)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Expertise</i> de gestores, mudanças na estrutura;</li> <li>– Uso de mecanismos de gestão “privada”: reengenharia, cuidados focados doente, técnicas de melhoria; recrutamento adequado, remunerar conforme desempenho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PO: Eficiência, produtividade, qualidade.</li> <li>– R: “<i>Limitações da administração pública e falta de controlo da gestão<sup>366</sup> sobre trabalho frustraram esforços</i>”.</li> </ul>
<b>Financiamento / pagamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mudar estrutura de pagamento para aumentar: ligação dos recursos à produção<sup>367</sup>; risco dos prestadores<sup>368</sup>; qualidade e resposta a doentes. <u>Exige</u>: medidas que contrabalançam efeitos indesejados e sistemas mais apurados<sup>369</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PO: Eficiência, produtividade, responsividade.</li> <li>– R: “<i>Resultados limitados; não atinge a raiz do problema: incentivos pobres na Organização pública</i>”.</li> </ul>
<b>Instrumentos de mercado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Funções do Estado<sup>370</sup>: dividir por agências; descentralizar o poder;</li> <li>– Tomada de decisão e controlo dirigidas para prestadores expostos ao mercado e a pressões para maior performance, incluindo incentivos e mecanismos de “<i>accountability</i>”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PO: Eficiência (micro, macro), qualidade, resposta a clientes.</li> <li>– R: “<i>Com incentivos apropriados elementos da governação ajustam-se. Externamente os incentivos devem ser complementados e dirigidas pressões<sup>371</sup></i>”</li> </ul>

(\*) Incluir ainda a remodelação para adequar a oferta (estrutura), como seja reduzir a lotação e expandir o ambulatório programado -ex. CA. (\*\*) Nesta rubrica seria de incluir igualmente: i) a direcção estratégica e as suas consequências, seja em novos serviços<sup>372</sup>, em mudanças substanciais de processos (clínicos, não clínicos) e em projectos de ajustamento económico-financeiro; ii) a modificação de sistemas de gestão (por ex. de informação, retribuição e avaliação); iii) actuação com vista a modificar a cultura e valores do hospital.

<sup>366</sup> Também do controlo exercido (ou não) pela tutela/estruturas de controlo da Administração Pública.

<sup>367</sup> “Dinheiro segue do doente”, contratar mais onde houver melhores condições (preço/qualidade).

<sup>368</sup> Contestabilidade, financiar por capitação ou orçamento global prospectivo ligado ao cumprimento do contrato.

<sup>369</sup> Exemplos: regulação e contrariar a indução da procura, melhoria de sistemas (informação, avaliação) para detectar e actuar.

<sup>370</sup> Legislador, regulador, garante, financiador, proprietário/gestor (accionista), comprador, prestador, inspector.

<sup>371</sup> “Por mecanismos de financiamento ou de forças do mercado”.

<sup>372</sup> Também: inovações substanciais em serviços existentes, redução ou encerramento de serviços.

**Quadro Nº 7.15: Comparação de soluções (de Serviço a empresa privada) (Precker, 2003)**

	Características
<b>Unidade orçamental</b> (Serviço)	Gerida como outros serviços do Estado, em que gestor é um administrador de recursos; Direcção estratégica e gestão corrente controladas por regras e hierarquia de funcionários (Ministério); Orçamento de base histórica, receita fixada pela lei e pelos serviços existentes (definidos pelo Ministério); Controlo é directo e burocrático.
<b>Autonomização</b> (instituto)	Esforço por transferir gestão corrente para gestores e fazê-los gerir; Gestão estratégica e corrente – autonomia variável, muitas vezes Estado não transfere, de facto, competências; Orçamento global ligado a produção, gestores estimulados a procurar novas receitas; Controlo ainda hierárquico, com objectivos económico-financeiros definidos <i>ex-ante</i> e com monitorização.
<b>Empresarialização</b> (empresa pública)	Gestores, agora entidade independente da hierarquia, têm controlo completo sobre <i>inputs</i> e gestão corrente <sup>373</sup> ; Orçamento global financeiramente constrangedor com resultado retido, mais exposto ao mercado <sup>374</sup> (contestabilidade, incentivo para melhoria); <i>Accountability</i> : controlo directo (accionista); financiamento; regulação.

**Quadro Nº 7.16: Governação dos hospitais: serviço simples, instituto, empresa - Adaptado de Precker (2003)**

	Porque Serviços têm má governação?	Como se resolvem os problemas noutras formas <sup>375</sup> ?
<b>Objectivos</b>	Objectivos mal definidos e conflitantes; Por vezes não há diferenciação dos objectivos do hospital dos de sectores (ex. pobreza).	<i>Accountability</i> da gestão reduz-se o leque dos objectivos; Objectivos são traduzidos em critérios mensuráveis.
<b>Supervisão</b>	Mecanismos de prestação contas fracos e focados no controlo de <i>inputs</i> , objectivos não traduzidos em critérios para avaliar a gestão; Por vezes não há estrutura eficaz de monitorização da performance da gestão; Políticos e burocratas envolvidos na supervisão com espaço para as próprias agendas <sup>376</sup> .	Agências (ou <i>boards</i> ) para monitorizar performance e as pessoas são recrutadas numa base técnica e profissional; Objectivos são habitualmente estreitados para focar a eficiência económica, contudo desenvolvem-se outros mecanismos para garantir os objectivos sociais.
<b>Ambiente externo e competição</b>	Quando há critérios para avaliar os gestores a monitorização pode ser prejudicada por falta de competidores ou outras instituições que venham a gerar informação (performance relativa).	Disposições relativas à competição de produtos e ao <i>benchmarking</i> para ajudar o accionista a avaliar performance da gestão; Capitais atribuídos em base competitiva (encorajar a <i>accountability</i> na melhoria financeira e pagamento de dívidas); Emprego e salário dos gestores ligada à performance.

<sup>373</sup> Nomeadamente o CA tem total responsabilidade pela performance do hospital.

<sup>374</sup> Normalmente com mecanismos específicos para garantir objectivos sociais.

<sup>375</sup> Autonomização, empresarialização e privatização.

<sup>376</sup> "Tais como empregos e sinecuras para apoiantes locais" (Precker, 2003).

**Quadro Nº 7.17: Problemas das novas formas de organização (Precker, 2003)**

Problemas das novas formas de organização?	Porque acontecem esses falhanços?
<p>– <b>Politização da decisão e intervenções opacas.</b> Hábitos de intervenção na gestão do hospital pelos «proprietários» são perpetuados por falhanço em: instituir estrutura de supervisão; desenvolver mecanismos para garantir objectivos do sector (ex. acesso e equidade).</p> <p>– <b>Falhar na resposta a bens sociais.</b> Estados têm dificuldade em clarificar que bens sociais querem fornecer e em subsidiá-los eficazmente – obriga hospitais a “<i>cross-subsidization</i>”. Com isso a gestão pode desculpar a fraca performance (falhar metas), o que reduz a <i>accountability</i> do hospital.</p>	<p>– <b>Interessados internos discordam.</b> Definir os objectivos no hospital não é fácil porque os múltiplos interessados podem discordar das prioridades e objectivos chave, o accionista tem muitos objectivos mas não o sentido das prioridades<sup>377</sup>;</p> <p>– <b>Clarificação de objectivos e prioridades expõe <i>trade-offs</i>.</b> Especificar objectivos e prioridades explicita o que Estado quer e o que não irá financiar – o que pode ter custos políticos.</p> <p>– <b>Novas tarefas são desafiadoras para burocratas.</b> Mecanismos de <i>accountability</i> alternativos são mais complexos e é necessário identificar serviços a prestar, pagar e monitorizar a sua prestação.</p> <p>– <b>Burocratas <sup>378</sup> preferem o controlo directo e a discricionariedade.</b> Nos mecanismos indirectos a discricionariedade tem que ser limitada/ constringida (não o fazer cria muitos problemas).</p>

**Quadro Nº 7.19: Cuidados centrados no doente (Gerteis *et al.*, 1993)**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os cuidados são baseados em relacionamento contínuo de cura.</li> <li>2. Os cuidados são adaptados ao doente e reflectem as suas necessidades, valores e escolhas.</li> <li>3. O doente define e controla os cuidados que lhe são prestados.</li> <li>4. Conhecimento e informação são partilhados livremente entre os doentes e entre parceiros de cuidados, médicos e outros elementos da equipa de cuidados.</li> <li>5. A segurança do doente é uma prioridade visível.</li> <li>6. A família e amigos do doente são considerados parte integrante da equipa de cuidados.</li> <li>7. Todos os elementos da equipa de cuidados são considerados cuidadores.</li> <li>8. Os cuidados são prestados num ambiente de apoio, conforto e paz.</li> <li>9. Transparência é a regra nos cuidados ao doente.</li> <li>10. Todos os cuidadores cooperam entre si através, partilhando uma perspectiva comum dos interesses e objectivos pessoais do doente.</li> </ol>
---

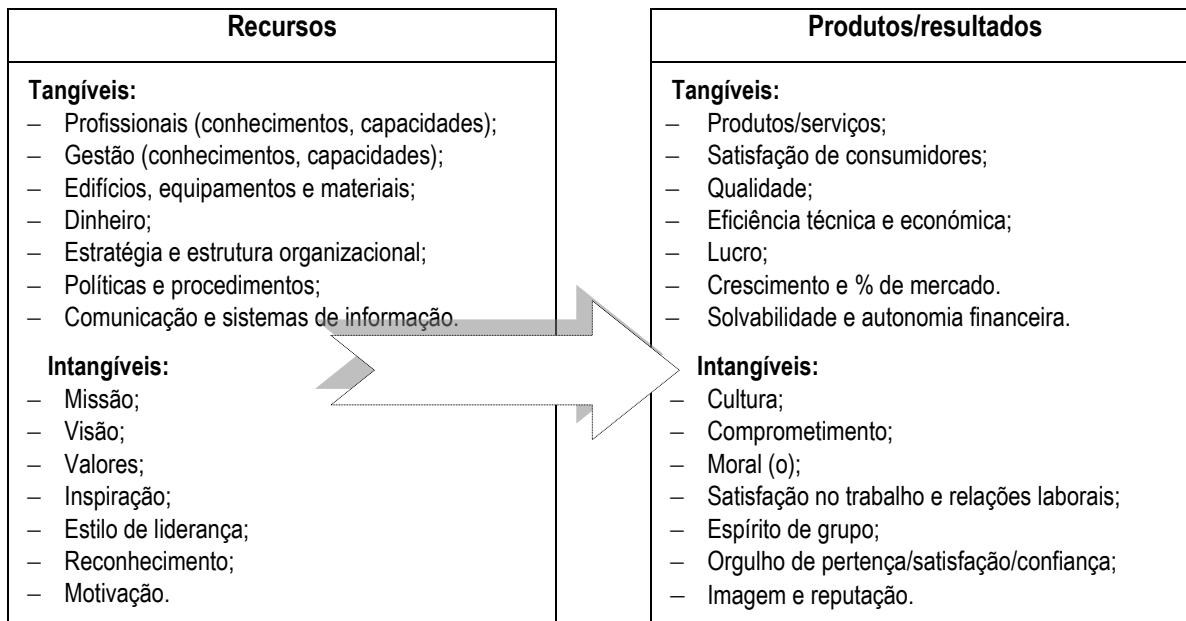
**Quadro Nº 7.20: Regras para redesenho de organizações de saúde (IOM, 2001)**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os cuidados são baseados em relacionamento contínuo de cura.</li> <li>2. Os cuidados são adaptados ao doente e reflectem as suas necessidades e valores.</li> <li>3. O doente é a fonte do controlo dos cuidados.</li> <li>4. Conhecimento é partilhado e a informação flui livremente.</li> <li>5. A decisão é baseada na evidência.</li> <li>6. A segurança é uma característica do sistema.</li> <li>7. Transparência é necessária.</li> <li>8. As necessidades do doente são antecipadas (sistema proactivo não reactivo).</li> <li>9. O desperdício é combatido continuamente.</li> <li>10. Cooperação entre os clínicos é uma prioridade.</li> </ol>
--

<sup>377</sup> Daí também a necessidade de definir conjunto de objectivos comuns para o desempenho dos hospitais.

<sup>378</sup> E os políticos também.

Quadro Nº 7.22: Elementos tangíveis e intangíveis - Adaptado de Atchinson (1999)



Quadro Nº 7.23: Ética profissional e da administração pública

Princípios éticos de profissionais, Newman e Brown (1996)	Princípios éticos na vida pública, Nolan Committee (1995)
<p><b>Autonomia</b> – Respeito pela autonomia das pessoas, incluindo mantê-las completamente informadas de modo a que possam fazer as suas escolhas;</p> <p><b>Não maleficiência</b> – Tentar assegurar que as suas acções não causam dano a outros e informar as pessoas se houver riscos inevitáveis.</p> <p><b>Beneficência</b> – Usar os recursos para benefício das pessoas, quanto possível.</p> <p><b>Imparcialidade</b> – fornecer o serviço a todos os que tenham direito não permitindo que qualquer ponto de vista pessoal sobre o estilo de vida dos indivíduos afecte a qualidade do serviço prestado.</p> <p><b>Integridade</b> – Esforçar-se por atingir os objectivos definidos para as intervenções.</p>	<p><b>Abertura</b> – Deve ser-se tão aberto quanto possível sobre as decisões e acções tomadas. Deve justificar-se as razões para as suas decisões e restringir a informação apenas quando o interesse público mais amplo claramente o imponha.</p> <p><b>Honestidade</b> – Declarar quaisquer interesses privados relacionados com os seus deveres públicos e tomar medidas para resolver qualquer conflito de interesses que surja de modo a proteger o interesse público.</p> <p><b>Altruísmo</b> – As decisões devem ser tomadas no interesse público, nunca para obter benefícios, materiais ou financeiros, para si, sua família ou amigos.</p> <p><b>Prestação de contas</b> – Responder perante o público pelas decisões e acções e submeter-se a todo o escrutínio que for apropriado à sua actividade.</p> <p><b>Objectividade</b> – Nos negócios públicos, incluindo estabelecer compromissos, outorgar contratos, ou recomendar indivíduos para recompensas ou benefícios, reger-se pelo mérito.</p> <p><b>Integridade</b> – Nunca se colocar sob qualquer obrigação, financeira ou outra, perante indivíduos ou organizações externas, que possam influenciar o desempenho dos seus deveres públicos.</p> <p><b>Liderança</b> – Estes princípios devem ser promovidos e apoiados através da liderança e do exemplo.</p>

Quadro Nº 7.24: Práticas dos hospitais com performance de topo (Williams, 2006)

Resumo das práticas	Exemplos
1. Envolvem os clínicos nas iniciativas de melhoria de qualidade, desde o planeamento à implementação.	Grupos com médicos, enfermeiros e outros profissionais para orientar os esforços de melhoria de qualidade, rever o progresso e promover a sua implementação célere (depois difusão e replicação).
2. Prioridade da gestão de topo é ter cuidados de alta qualidade.	Gestão de topo traça a direcção para as acções de MCQ incluindo a qualidade nos objectivos e planos estratégicos e afectando os recursos.
3. Têm departamento de qualidade, segurança e melhoria de performance.	Estrutura com pessoas dedicadas à melhoria da performance que apoiam e facilitam no uso de técnicas e métodos apropriadas (também Comissões).
4. Gerem eficazmente a colheita e o tratamento de dados.	Envolvem os clínicos na recolha, revisão e tratamento de dados (também comissões).
5. Difundem regularmente informação sobre performance.	Monitorizam os resultados e difundem a informação internamente, para os envolvidos e restante hospital, e quando conveniente externamente.
6. Têm compromissos de partilhar as melhores práticas.	Colocam no site as melhores práticas clínicas e têm intercâmbio de esforços e resultados de melhoria de performance com os melhores "performers".
7. Celebram os sucessos das suas equipas.	Programas de reconhecimento e celebração pública.

Quadro Nº 7.25: Benefícios e custos da descentralização – Adaptado de Brickley *et al* (2001)

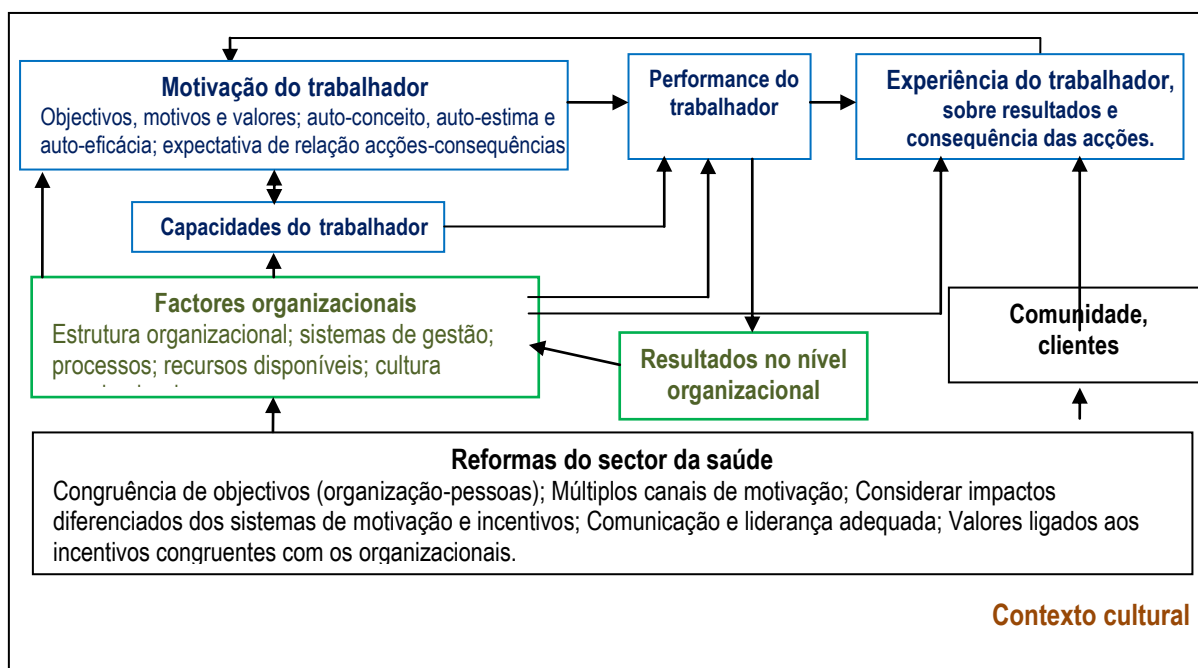
	Benefícios	Custos
Decisão micro	Maior uso de informação local e melhores decisões nas diversas Unidades e pontos de serviço.	Custos de agência.
Adaptação local	Maior rapidez de adaptação às condições locais.	Custos de coordenação e de más decisões.
Motivação	Maior formação e motivação dos gestores.	Custo de comunicar, incentivar e controlar.

Quadro Nº 7.26: Resultados com incentivos – Adaptado de Chaix-Couturier (2000)

<b>Pagamento ao acto vs salário*</b> : Mais consultas/doente e mais visitas domiciliárias, mais consultas/médico, menos atendimentos de emergência, maior número de doentes referenciados.
<b>Pré-pagamento vs por acto</b> : Menor uso de serviço, melhor índice de saúde e bem-estar dos doentes, sem diferenças de acesso ou de satisfação de doentes.
<b>Pagamento prospectivo vs orçamento global</b> : Menor número de doentes referenciados.
<b>Segunda opinião em 20 procedimentos electivos</b> : Menor número de procedimentos.
<b>Bónus para médicos que prescrevem mais Rx e análises</b> : Médicos podem aumentar entre 12 e 23% o volume de prescrições.

(\*) Citamos Robinson (2001): pagamento ao acto - «recompensa o fornecimento de serviços inapropriados, fraude na codificação de consultas e procedimentos, e o pingue-pongue das referências entre especialistas». Capitação - «recompensa a negação de cuidados apropriados, o despejo dos doentes crónicos, e uma visão limitada da prática que refere todos os doentes que consomem tempo». Salário - «mina a produtividade, aprova o lazer no trabalho, e desenvolve uma mentalidade na qual todos os procedimentos são problema doutrem».

Diagrama Nº 7.4: Motivação dos trabalhadores da saúde – Adaptado de Franco et al. (2002)



Quadro Nº 7.27: Problemas da medição de performance em saúde (Eddy, 1998)

- 1- Problemas naturais
  - 1.1. **Probabilidade** - resultados na saúde são probabilísticos, nem sempre acontecem quando se fazem as coisas certas;
  - 1.2. **Baixa frequência** - alguns acontecimentos são raros, sejam alguma doença ou acontecimentos (ex. morte);
  - 1.3. **Efeitos com atraso** - ex. para obter taxas de resultados de esperança de vida de 5 a 10 anos; tempo que leva a cura de algumas doenças;
  - 1.4. **Fraco controlo** - alguns resultados são obtidos com o concurso de inúmeros factores não controlados pela entidade (ex. peso à nascença);
  - 1.5. **Nível de detalhe clínico** - nem sempre se consegue medir com o detalhe correspondente às decisões clínicas;
  - 1.6. **Compreensividade** - algumas medidas destinam-se à escolha entre hospitais e *planos de saúde*<sup>379</sup> exigindo um número razoável de medidas, algumas das quais não são facilmente perceptíveis.
- 2- Problemas humanos/organizacionais.
  - 2.1. **Sistemas de informação** - sistemas são inadequados porque não fornecem o detalhe, a qualidade, a frescura ou a frequência de informação necessária;
  - 2.2. **Demasiadas medidas e entidades a medir** - há uma multiplicidade de medidas e de entidades a medir (nos EUA);
  - 2.3. **Complexidade do plano de saúde** – os planos de saúde são complexos pelo seu âmbito, pela rede de prestadores envolvidos e pela adesão (ou não) a determinadas regras de acesso, guias de decisão e protocolos clínicos;
  - 2.4. **Financiamento** - há exiguidade de recursos para desenvolver e implementar sistemas de medição de performance.

<sup>379</sup> Autor reporta-se à realidade dos EUA onde as pessoas escolhem entre *Planos de Saúde* que constituem a gama de oferta de cuidados das Seguradoras e HMO.

**Quadro Nº 7.29. Vantagens de indicadores de processo e resultado (Goddard *et al.*, 2002; Moullin, 2004)**

Indicadores de processo	Indicadores de resultados ( <i>outcomes</i> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medição e interpretação fáceis, sem problemas de ajustamento, paternidade do resultado, correcção do tempo para eficácia e da aleatoriedade.</li> <li>- São utilizáveis em pequenas amostras, podem utilizar-se para medir quase acidentes, são mais motivadores para profissionais.</li> <li>- Mais orientados para a acção e melhoria local, incluindo a melhoria individual e organizacional.</li> <li>- Podem ser usados em múltiplas dimensões (ex. tempo de resposta, atenção e comunicação) valorizadas pelo doente.</li> <li>- Nalguns casos é difícil saber o que podem ser os resultados (ex. casos terminais) ou pode ser difícil chegar a acordo sobre a medida a usar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirigem a atenção para um único objectivo (o doente), geram perspectiva de sistema e representam melhor o objectivo do SNS.</li> <li>- São mais importantes para utilizadores de indicadores clínicos (doentes, compradores, Estado).</li> <li>- Encorajam a inovação voltada para resultados (ex. tecnologia mais custo-efectiva), não apenas melhoria pontual de processos.</li> <li>- Facilitam a orientação para promoção da saúde e para benefícios no longo prazo.</li> <li>- São medidas genéricas e menos susceptíveis de manipulação.</li> </ul>

**Quadro Nº 7.30: Vantagens e desvantagens de indicadores compostos – A partir de Smith (2002)**

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocam a performance do sistema no centro da arena política.</li> <li>- Oferecem avaliação aproximada da performance do sistema.</li> <li>- Permitem a emissão de juízos e comparações sobre a eficiência do sistema.</li> <li>- Facilitam a comunicação com cidadãos e promovem a prestação de contas.</li> <li>- Indicam quais os sistemas que representam exemplos de melhor performance.</li> <li>- Indicam os sistemas que constituem prioridades para esforços de melhoria.</li> <li>- Podem estimular a procura de melhor informação e esforços de análise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A agregação de medidas individuais pode disfarçar problemas em partes dos sistemas.</li> <li>- Quanto mais agregada a medida mais difícil será saber a que se deve a má performance e tomar medidas.</li> <li>- Elementos individuais usados no índice composto são frequentemente conflituais.</li> <li>- Um índice que pretenda ser compreensivo no seu âmbito pode basear-se em dimensões da performance com dados opacos ou frágeis.</li> <li>- Um índice que ignore dimensões que são difíceis de medir distorce os comportamentos.</li> <li>- Metodologia de cálculo de ponderações e as próprias ponderações podem ser inadequadas.</li> </ul>

**Quadro Nº 7.31: Disfuncionalidades pela medição de performance no sector público – Baseado em Smith (1995) e Goddard *et al.* (2002)**

Disfuncionalidades	Exemplos
<b>Visão de túnel:</b> concentração nas áreas e aspectos objecto de medição excluindo outras importantes.	Medir actividade: i) sem considerar efeitos gerados fora o hospital (ex. custo para o sistema, na saúde dos doentes); ii) concentrando-se apenas no lucro e nos aspectos financeiros.
<b>Sub-otimização:</b> ênfase em objectivos locais <sup>380</sup> em detrimento dos estratégicos e da organização.	Medir custo de: i) doente do centro de saúde sem considerar o efeito no hospital, por maior procura de urgência; ii) aprovisionamento sem atender ao custo provocado nos utilizadores.
<b>Miopia:</b> preocupação exclusiva com metas de curto prazo, prejudicando a evolução de prazo longo.	Medir: i) doentes saídos sem preocupar com efeitos na saúde e evitar a hospitalização (actuação preventiva); ii) custo do pessoal sem considerar os efeitos futuros da insatisfação actual.
<b>Fixação nas medidas:</b> centrar-se nas medidas ao invés de se preocupar com os objectivos visados.	Concentrar-se em: i) redução da lista de espera medida, não no acesso aos serviços de toda a população; ii) reduzir tempo até atendimento por medidas administrativas <sup>381</sup> , sem melhorar o atendimento prioritário.
<b>Convergência:</b> preocupação em situar-se nos valores centrais evitando a exposição do “outlier”.	Actuar para ter custo e qualidade mediana, quando com as condições existentes podia ter excelente.
<b>Má representação:</b> informação <i>criativa</i> e manipulação deliberada.	i) Considerar como receita o que nunca será cobrado. ii) deslocar despesas para o ano seguinte.
<b>Gaming*:</b> actuar para obter ganho da medição, não melhoria de performance <sup>382</sup> , ou a reduzir a performance onde esta não é observada.	i) Melhorar a realidade por <i>up-coding</i> e registo de riscos inexistentes, mas evitar os doentes que têm de facto risco elevado. ii) fixar metas baixas no 1º ano antevendo a pressão para melhorar nos seguintes (“ratchet effects”).
<b>Má interpretação:</b> fazer inferência errada da informação e do que influenciou o indicador.	i) Considerar que tem boa qualidade esquecendo a correcção pelo risco. ii) valorizar o custo da CE esquecendo o nº elevado de segundas.
<b>Rigidez:</b> paralisa devida ao sistema de medição, receando que a inovação prejudique a performance.	i) Obter maior % de HD com casos que podiam ser tratados na CE. ii) Não actuar sobre internamentos inapropriados com receio de aumento da demora média.

(\*) Outros ex.s: dar e alta e readmitir o doente para ter vantagem de custo e de receita; exagerar nas admissões pelo SU (e nos internamentos em OBS); Considerar como HD e CA o que são observações de CE ou pequenas cirurgias; manter o doente internado desnecessariamente até o limite em que recebe o valor completo do GDH.

**Quadro Nº 7.33: Dimensões da performance por função (Sicotte *et al.*, 1998; Guisset *et al.*, 2002)**

Funções	Dimensões incluídas
<b>Adaptação</b> (obter recursos)	Capacidade para obter recursos; Capacidade para mobilizar o apoio da comunidade; Resposta às necessidades da população e valores sociais; Capacidade para se manter no mercado; Capacidade para inovar e aprender.
<b>Atingir objectivos</b>	Eficácia (produção de resultados na saúde, resultados académicos e de ensino); Eficiência; Satisfação dos <i>stakeholders</i> (externos, internos) com os resultados ( <i>outcomes</i> ).
<b>Processos internos</b> (produção)	Volume de serviços (saúde, educação, investigação); Coordenação dos factores de produção; Produtividade; Qualidade dos serviços e dos cuidados (humanização, acessibilidade, continuidade, compreensividade, qualidade técnica – apropriação e competência –, satisfação de doentes).
<b>Manutenção de valores e clima</b>	Consenso sobre os valores fundamentais (cultura); Clima organizacional de colaboração.

<sup>380</sup> Do processo ou actividade onde está envolvido, da Unidade ou CRI.

<sup>381</sup> Por exemplo a introdução das designadas “hello nurses”.

<sup>382</sup> “Hitting the target and missing the point”, ex. doentes esperam na ambulância fora do SU até que profissionais estejam certos de cumprir a meta, Bevan e Hood (2006b).



**Quadro Nº 7.34: Dimensões chave de performance hospitalar (WHO, 2003; Veillard *et al.*, 2005)**

<b>Dimensões</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Eficácia clínica</b>	Qualidade técnica, organização e prática baseada na evidência, ganhos de saúde, resultados de saúde (indivíduos, população).	Taxas de readmissão: internamento após n dias, após CA, regresso a UCI; mortalidade; taxa de complicações, apropriação; DM em GDHs específicos; progresso em MCQ; uso profilático de antibióticos; processos baseados na evidência; taxa de cesarianas; resultados de <i>audit</i> de apropriação; SF 36 <sup>383</sup> , etc.
<b>Segurança</b>	De doentes e dos prestadores, na estrutura e nos processos.	Infecções nosocomiais; quedas; escaras; picadas de agulha; acidentes de trabalho.
<b>Eficiência</b>	De recursos, financeira, rácios de pessoal, tecnologia.	DM em determinados GDHs; CA para determinados GDHs; Duração dos stocks; % uso BO.
<b>Centrar no doente</b>	Orientação para o cliente (atenção pronta, acesso a apoios, amenidades com qualidade mínima, escolha do prestador), satisfação e experiência do doente (dignidade, confidencialidade, autonomia, comunicação).	Tempo de espera até cirurgia (programada); equidade de acesso; direitos do doente; percepção do doente e % satisfação; taxa de cancelamento de cirurgias.
<b>Pessoal</b>	Saúde e bem-estar, satisfação, desenvolvimento.	Rotação; absentismo; orçamentos de promoção de saúde e de formação; horas excessivas (> 48 horas).
<b>Governança responsiva</b>	Orientação para a comunidade (resposta às necessidades e procura), acesso, continuidade de cuidados, promoção da saúde, equidade; adaptação da capacidade à evolução das necessidades da população.	Amamentação de bebés à alta; % doentes que reconhecem a continuidade de cuidados.

**Quadro Nº 7.35: Projectos de avaliação de performance de hospitais (Groene *et al.*, 2008)**

<b>Projecto (país)</b>	<b>Nº de dimensões consideradas</b>	<b>Nº de indicadores</b>
<b>PATH (WHO)</b>	6: Eficácia clínica; Eficiência; Orientação para pessoal; Governança responsiva; Segurança; Centrar no doente.	41 (ou 95): 17 indicadores chave (48 com todos os usados) e 24 específicos (47 se incluir todos os usados).
<b>ACHS (Austrália)</b>	3: Eficácia clínica; Eficiência; Segurança.	22 temas com 308 indicadores.
<b>BQS (Alemanha)</b>	1: Eficácia clínica.	17 temas com 169 indicadores.
<b>COMPAQH (França)</b>	3: Eficácia clínica; Orientação para pessoal; Centrar no doente.	8 prioridades nacionais, 43 indicadores.
<b>JCAHO (EUA)</b>	4: Eficácia clínica; Eficiência; Segurança; Centrar no doente.	5 temas com 36 indicadores.
<b>OHA (Canadá)</b>	3: Eficiência; Governança responsiva; Centrar no doente.	4 temas com 47 indicadores.
<b>QIP (EUA)</b>	4: Eficácia clínica; Eficiência; Segurança; Centrar no doente.	4 temas com 47 indicadores.
<b>NIP (Dinamarca)</b>	4: Eficácia clínica; Eficiência; Segurança; Centrar no doente.	7 temas com 87 indicadores.
<b>RP (Holanda)</b>	4: Eficácia clínica; Eficiência; Segurança; Centrar no doente.	3 subconjuntos com 39 indicadores.
<b>Verein (Suíça)</b>	5: Eficácia clínica; Eficiência; Governança responsiva; Centrar no doente; Segurança.	19 temas com 118 indicadores.

<sup>383</sup> Questionário para medição da saúde e qualidade de vida dos doentes.

Quadro Nº 7.37: Exemplos de *Balanced Scorecards* usados em hospitais

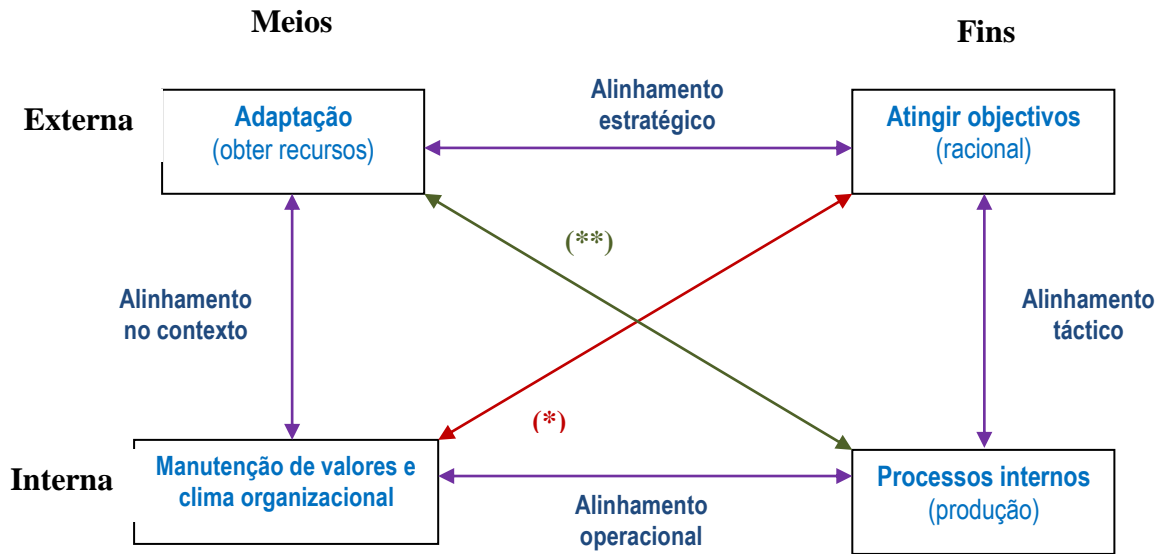
Autores	Perspectivas incluídas
<b>Pink et al. (2001)</b>	BSC em 89 hospitais do Ontário com 38 indicadores (mais 21 reportadas no nível regional) em 4 perspectivas: i) Utilização clínica e resultados (cf. <i>perspectiva interna</i> ): acesso, resultado em saúde, eficiência clínica; ii) Performance financeira: viabilidade financeira, eficiência, liquidez, capital, recursos humanos; iii) Satisfação de doentes ( <i>consumidores</i> ); iv) Integração do sistema e mudanças ( <i>inovação e aprendizagem</i> ): uso de informação, coordenação interna de cuidados, integração hospital-comunidade.
<b>Pieper (2005)</b>	i) Qualidade: satisfação de doentes (internamento, ambulatório, SU, CA) e com a segurança, satisfação de médicos; ii) Performance financeira: custo por doente, margem operacional, desenvolvimento de linhas de produto; iii) Eficácia operacional: tempos de espera (tempo média de tratamento em SU, doentes que abandona o SU sem tratamento), demora média internamento (global, <i>Medicare</i> , taxa de conversão de observações), produtividade; iv) Local de trabalho: rotação de pessoas e acidentes de trabalho.
<b>Chang (2007)</b>	O PAF do NHS inclui 49 medidas em cinco dimensões: i) Eficiência no uso de recursos (5); ii) Resultados clínicos, em cuidados prestados (8) e resultados de saúde do NHS (14); iii) Redução de iniquidades (8); iv) Satisfação dos doentes (7); v) Contributos para a melhoria da saúde pública (7).
<b>Urrutia e Eriksen (2005)</b>	De missão (eficácia com que se cumpre a missão): nº doentes curados; Financeira (meio para um fim que é cumprir a missão): ocupação (DM, índice de actividade, rotação de doentes) e indicadores económicos; Consumidores/doentes: qualidade de serviço e queixas de doente; Processos internos: eficiência das actividades <sup>384</sup> ; Formação e crescimento; Indicadores do Meio: características da população.
<b>Groene et al. (2009)</b>	Finanças: custo/ doente, resultado líquido, novos produtos e receitas, melhoria de relações públicas; Consumidores: satisfação de doentes e família, satisfação de profissionais, promoção saúde; Processos: envolvimento de doentes nos cuidados, estrutura de responsabilidade e informação, imagem corporativa conforme aos valores, cooperação em rede de prestadores, consideração das necessidades do doente, reduzir processos defeituosos, desenvolvimento pessoal compreensivo; Inovação: cultura de comunicação, visão holística do doente/família, espectro de performance distintivo, liderar profissionais para o sucesso, auto-avaliações periódicas, aumento de competências profissionais.

<sup>384</sup> Actividades médicas, emergência, administrativas/gestão, comerciais, de apoio, ensino e investigação.

Quadro Nº 7.38: Dimensões e indicadores usados em BSC (prémios Baldrige)

Dimensões Hospitais	Financeira	Consumidores	Qualidade	Desenvolvimento e crescimento	Pessoas
<b>St Luke</b>	<b>Financeira:</b> Margem total; margem operacional; CF operacional; dias de dinheiro em Caixa; Custo por doente ajustado pelo <i>case mix</i> .	<b>Consumidores:</b> a) Detalhado por internamento, ambul e SU; recomendaria hospital; satisfação global; tempo espera maior que esperava; b) Resposta a queixas; resultados tratamento; ...	<b>Qualidade:</b> Índice de cuidados clínicos no internamento e no ambulatório; índice de segurança de doentes; índice operacional; índice qualidade de Maryland; índice de controlo de infecções; índice pessoal médico (satisfação?); nº médio de dias de crédito por receber.	<b>Desenvolvimento e crescimento:</b> <i>Mkt share</i> na comunidade; <i>mkt share</i> internamento; ...	<b>Pessoas:</b> Valor adicionado no capital humano; retenção; diversidade; rácio de cobertura lugares; competência; satisfação pessoas.
<b>Sharp</b>	<b>Finanças (20%):</b> EBIDTA.	<b>Serviço (25%):</b> taxa satisfação global de doentes (internamento); taxa satisfação global (com grupo de médicos); satisfação global de médicos.	<b>Qualidade (25%):</b> score composto de prevenção de infeções (profilaxia antibiótica 1 hora antes operação); idem (24 horas após operação); reconciliação de medicamentos à alta; reduzir em 20% o nº de doentes médicos com baixa densidade de lipoproteína.	<b>Crescimento (5%):</b> Lucro líquido. <b>Comunidade (5%):</b> fornecer 40horas/ano de serviço à comunidade pelos gestores.	<b>Pessoas (20%):</b> maior participação no <i>survey</i> de satisfação de pessoal; satisfação global pessoas ( <i>survey</i> ); rotação global <que 12%.
<b>Robert Wood Johnson Univ Hosp.</b>	<b>Finanças:</b> POS <i>cash (point of service)</i> ; doente Cash; total DNFB ( <i>discharged not final billed</i> ); margem global do hospital; margem operacional por serviço; dias médios de crédito; dias \$ em Caixa; cobertura da dívida; custo por DI ajustado; custo por doente saído ajustado; % cuidados caridade; idade média dos equipamentos; doações da comunidade; rotação de stocks.	<b>Serviço:</b> satisfação global de doentes (inter, ambul, SU); satisfação global por Unidade; satisfação com refeições e tratamento dos quartos; índices lealdade (inter, ambul, SU); compromisso com serviço CE; ...; relatório trimestral de satisfação de doentes; <i>report cards</i> de fornecedores, médicos baseados no hospital, comunidade.	<b>Qualidade e resultados:</b> DM global, DM <i>medicare</i> ; % doentes com DM>10 dias; medidas <i>core</i> mortalidade actual /esperada e de readmissão a 31 dias (total; AMI- acute miocardial infarction em MI e stroke, enfarte miocárdio e AVC; CHF-congestive heart failure; CAP- pneumonia adquirida na comunidade; SIP- prevenção de infeções cirúrgicas; Pneumonia); recusas de médicos; erros médicos e incidentes; indicadores de segurança da JCAHO; taxa readmissão em CHF; queixas em tribunal por admissão; taxas de mortalidade; relatório de qualidade de fornecedores (trim.); taxa infeções por pneumococo; relatório de melhorias na performance operacional; taxas de sobrevivência de CINJ (Instituto de cancro NJ).	<b>Crescimento e relações estratégicas:</b> volume ambulatório e Laboratório; volume SU por cama; admissões; admissões directas; nº novos casos oncológicos; transferências; horas de voluntários; avaliação dos riscos de saúde; melhoria saúde da comunidade; <i>mkt share</i> PSA/SSA- cuidados primários e secundários; <i>survey</i> da comunidade e dos médicos	<b>Pessoas:</b> lealdade de empregados; produtividade; despesas de pessoal; utilização em ETC; horas de doença; taxa lugares vagos; taxas de rotação; taxa rotação aos 90 dias de admissão; valor adicionado de capital humano; taxa de acidentes de trabalho e picadas; referências de pessoas "com interesse/ <i>bright</i> "; tempo dispendido por admissão; taxas de retenção; % entrevistas à saída; % diversidade; investimento no desenvolvimento das pessoas; nº horas formação por ETC; custo de rotação; índice satisfação trimestral; scores de avaliação da performance; satisfação empregados ( <i>survey</i> ).

Diagrama Nº 7.5: Performance da organização de saúde (Guisset et al., 2002)



Observações: (\*) Alinhamento de legitimização; (\*\*) Alinhamento de alocação.

Diagrama Nº 7.6: Esquema conceptual de performance organizacional - Adaptado de Fottler (1987)

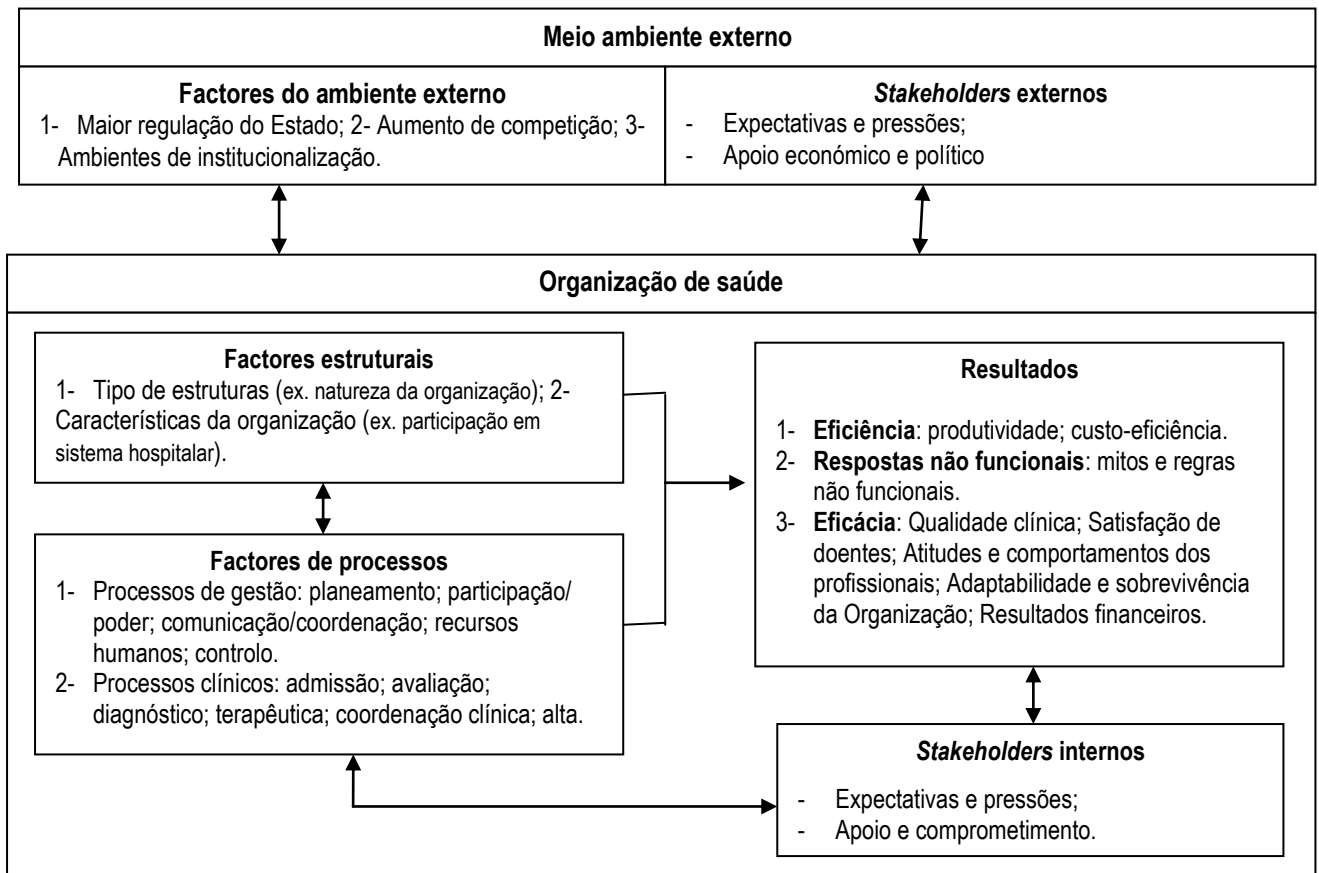


Diagrama Nº 7.7: Adaptar o BSC a organizações não-lucrativas (Kaplan, 2001)

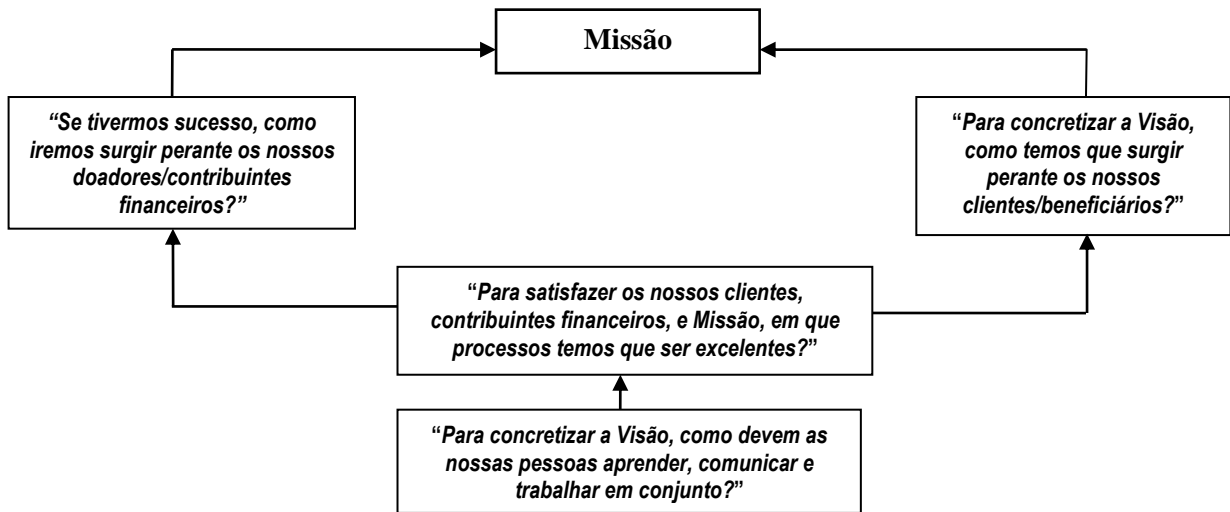


Diagrama Nº 7.8: BSC para empresas e hospitais – Adaptado de Voelker et al. (2001)

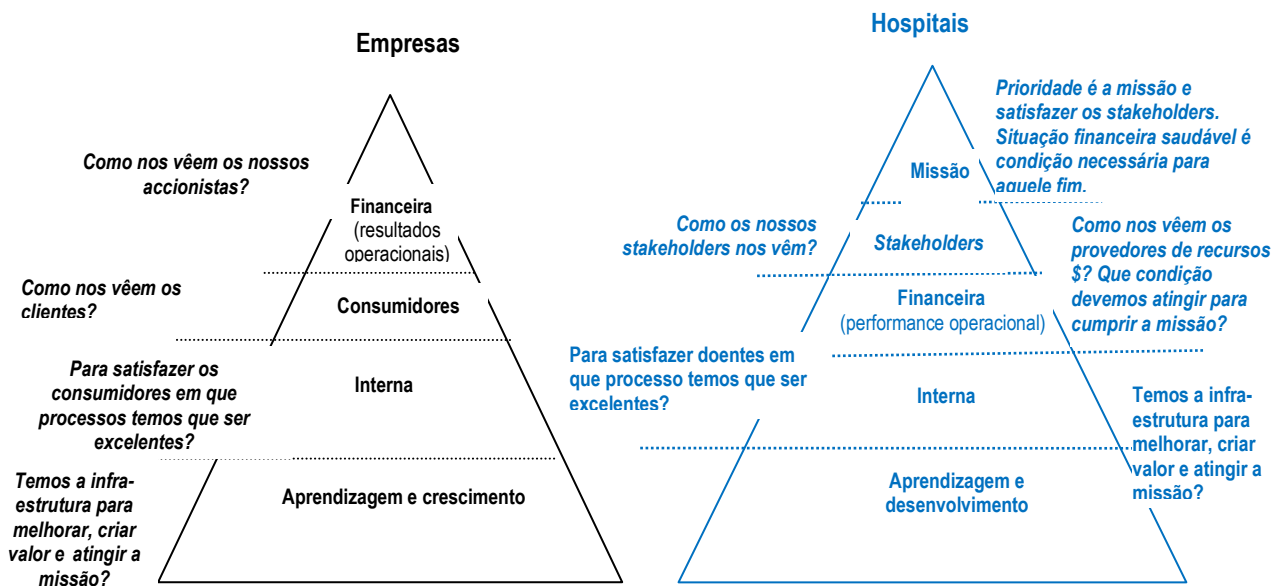


Diagrama Nº 7.9: *Balanced Scorecard* público (Moullin e Soady, 2008)

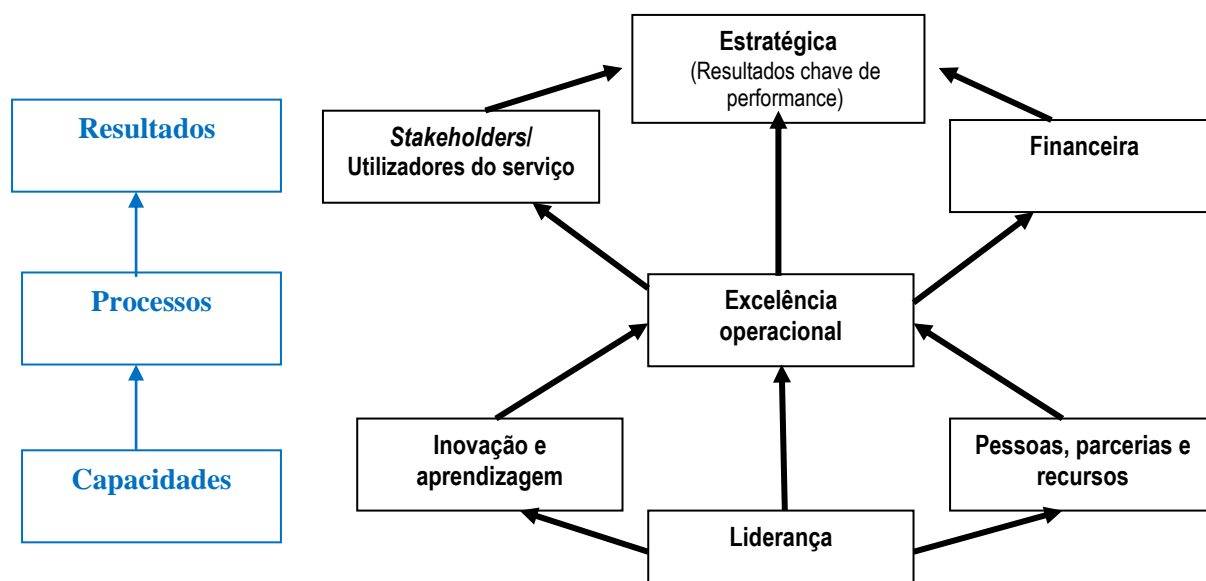
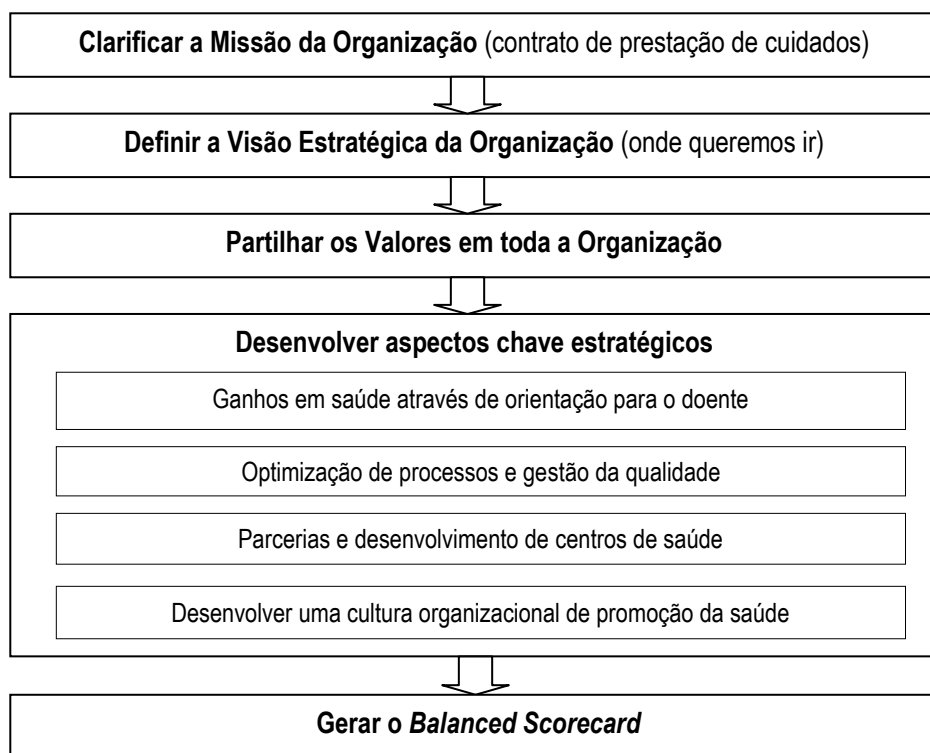


Diagrama Nº 7.10: Cinco passos para a implementação do BSC (Groene *et al.*, 2009)



**Quadro Nº 7.39: Grau de envolvimento possível do BOD (Nadler, 2004)**

Tipo de envolvimento	Caracterização do envolvimento
<b>BOD passivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funções do BOD estão sujeitas à discricionariedade do CEO;</li> <li>- Participação e actividades limitadas;</li> <li>- Prestação de contas limitada;</li> <li>- Ratifica as preferências e decisões do CEO.</li> </ul>
<b>BOD certificador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certifica junto dos accionistas que CEO faz o que BOD e espera que a gestão corrija acções, se necessário;</li> <li>- Enfatiza a necessidade de independência dos Directores e de reunir sem o CEO;</li> <li>- Mantém-se informado sobre a performance corrente e designa membros externos do BOD para avaliar o CEO;</li> <li>- Estabelece um processo organizado de sucessão;</li> <li>- Está disposto a mudar a gestão para ser credível perante os accionistas.</li> </ul>
<b>BOD comprometido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dá a sua perspectiva, conselho e apoio ao CEO e à equipa de gestão;</li> <li>- Reconhece como responsabilidade última a supervisão do CEO e da performance da organização; guia e avalia o CEO;</li> <li>- Conduz discussões úteis, de dois sentidos, sobre decisões chave para a organização;</li> <li>- Procura no exterior informação e conhecimento sobre a indústria e finanças que acrescentem valor às decisões;</li> <li>- Define os papéis e os comportamentos requeridos pelo BOD e as fronteiras de responsabilidade (BOD, CEO).</li> </ul>
<b>BOD interventor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fica intensamente envolvido no processo de decisões sobre aspectos chave;</li> <li>- Conduz frequentes e intensas reuniões, por vezes com marcação em tempo curto.</li> </ul>
<b>BOD operacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma decisões chave que o CEO depois implementa;</li> <li>- Actua preenchendo as lacunas de experiência do CEO.</li> </ul>

**Quadro Nº 7.40: Critérios de avaliação do CEO (ACHE, 2004)**

<b>1. Sucesso Institucional</b>	<p>1.1. <b>Planeamento:</b> objectivos e metas; desenvolvimento de planos; objectivos operacionais (orçamento, DS, etc.); subjectivos; outros.</p> <p>1.2. <b>Gestão de recursos humanos:</b> rotação, satisfação dos profissionais; % lugares do mapa vagos; atingir objectivos; subjectivos; outros.</p> <p>1.3. <b>Qualidade dos serviços:</b> indicadores de qualidade; satisfação e doentes, objectivos do plano, <i>score</i> da JCAHO, <i>benchmarks</i>; resultados adversos/processos judiciais; medicina baseada na evidência e protocolos; outros.</p> <p>1.4. <b>Gestão financeira:</b> margem e resultado zero, EBIDTA, ROI; cumprir metas orçamentais; CF; produtividade e custos unitários de produção; indicadores diversos.</p> <p>1.5. <b>Cumprimento das regras:</b> <i>score</i> JCAHO; acreditação pela JCAHO; manter a licença, ausência de citações negativas; cumprimento do <i>reporting</i>, aderência a planos, objectivos e metas; auditorias e revisões externas.</p> <p>1.6. <b>Advogar:</b> advogar (esforços, envolvimento); contactos com legisladores; subjectivos; outros.</p> <p>1.7. <b>Promoção do hospital:</b> comunicação de planos, objectivos e projectos; apoio da comunidade, imagem e “<i>word of mouth</i>”; subjectivos; outros.</p> <p>1.8. <b>Satisfação dos consumidores:</b> resultados dos inquéritos; objectivos, metas, <i>benchmarks</i>; outros.</p> <p>1.9. <b>Liderança:</b> subjectivos; metas e planos; percepção do BOD; relações com empregados e sua satisfação, cultura corporativa; outros.</p>
<b>2. Saúde da comunidade</b>	<p>2.1. <b>Processos:</b> concretizar metas/sucesso em programas; participação em esforços de saúde pública; outros.</p> <p>2.2. <b>Resultados que significam melhoria:</b> objectivos e metas planeadas, indicadores clínicos, outros.</p>
<b>3. Cumprimento do papel profissional</b>	<p>3.1. <b>Formação profissional:</b> hora de cursos; certificação da ACHE; outros.</p> <p>3.2. <b>Representação:</b> actividade em organizações; serviço/envolvimento comunitário; nº de posições e nomeações;</p> <p>3.3. <b>Liderança e orientação de gestores:</b> programas e actividades no hospital; meta anual; internos/residentes; desenvolvimento e redesenho de equipas; outros.</p> <p>3.4. <b>Métodos éticos de atingir objectivos:</b> política corporativa; evitar acções não éticas e conflito interesses; auditoria, revisão do cumprimento; outros.</p>

Quadro Nº 7.41: Critérios de avaliação do CEO (Margolin et al., 2006)

Critérios mais importantes ou críticos	Respostas	Importância conforme resposta de:	
		Presidente BOD	CEO
Performance financeira		92%	94%
Visão ou outras qualidades de liderança		90%	80%
Relações com médicos/integração		88%	83%
Cumprimento da Missão		87%	74%
Qualidade dos cuidados/gestão de resultados		86%	76%
Relações com empregados		86%	75%
Concretização do plano estratégico		81%	77%
Cumprimento leis e regras (regulação)		73%	65%
Gestão do risco		60%	40%
Performance do sistema/rede		55%	46%
Acreditação		49%	35%
Saúde da comunidade		48%	19%
Actividade de cuidados geridos ( <i>managed care</i> )		37%	15%

Quadro Nº 7.42: Práticas de avaliação do CEO (Prybil et al., 2008)

	Respostas dos BOD de:	
	Sistemas	Hospitais independentes
1. Expectativas escritas de performance são fornecidas ao CEO	98%	86%
2. Expectativas incluem metas:		
2.1. Financeiras	100%	100%
2.2. De qualidade e segurança	100%	99%
2.3. Desenvolvimento de equipas de liderança	60%	71%
2.4. Benefícios para a comunidade	90%	49%
3. BOD avalia regularmente a performance do CEO, baseado nas metas pré-definidas	100%	98%
4. Ajustamento de retribuição do CEO ligado directamente à avaliação da sua performance.	100%	96%

Quadro Nº 7.43: Critérios de avaliação do CEO (Orlikoff e Totten, 1996)

1. Resultados organizacionais	Medidas financeiras; <i>mkt share</i> ; qualidade; cumprimento objectivos estratégicos; operações correntes.
2. Saúde da comunidade	Estado de saúde da comunidade; volume de cuidados de caridade; promoção da saúde, rastreio e educação.
3. Cultura e relacionamento organizacional	Desenvolvimento dos profissionais ( <i>skills</i> profissionais e individuais); relações com o <i>staff</i> médico e com outros grupos de médicos, relações com o BOD; relações com o pessoal; relações com a comunidade; direcção organizacional clara; clareza e eficiência no planeamento estratégico; desenvolvimento dos gestores; relacionamento com compradores/pagadores; parcerias e afiliações.
4. <i>Skills</i> profissionais e individuais	Estilo de gestão (autocrático vs participativo); <i>skills</i> interpessoais e influência – criar consenso; eficácia de gestão (delegação, liderança de grupos, dar poder); solução de problemas (criatividade, <i>expertise</i> , profundidade, visão); eficácia pessoal (auto-confiança e controlo, energia, flexibilidade, actuação ética).



Quadro Nº 8.1: Marcos do sistema de saúde Português – Baseado em legislação, Reis e Falcão (2003)

	Legislação e seu impacto		Características principais do sistema de saúde
	Diplomas	Conteúdo da legislação	
[1946-1963]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lei nº 2011/46 de 2 de Abril.</li> <li>– Decreto-Lei nº 41825/58 de 13/8 cria o Ministério da Saúde e Assistência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estabelece os princípios da organização hospitalar e prevê um sistema regionalizado com unidades articuladas tecnicamente e hierarquizadas.</li> <li>– Não aplicado (sem regulamentação).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Acesso limitado a cuidados de saúde;</li> <li>– Prestação de cuidados com índole caritativa, baseada em Misericórdias e em número diminuto de hospitais estatais.</li> </ul>
[1963-1974]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lei nº 2120/63 de 19 Julho; Dec-Lei nº 46301/65 de 27 de Abril; Dec-Lei nº 48358/68 de 27 de Abril (Estatuto Hospitalar e Regulamento Geral dos Hospitais).</li> <li>– Decreto-Lei nº 413/71 e Decreto nº 414/71<sup>385</sup> (“Legislação Gonçalves Ferreira”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Define o sistema de saúde, atribui personalidade jurídica e autonomia administrativa aos hospitais, que são estruturados em serviços e que «devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial»;</li> <li>– Legislação de 1971 reestrutura os serviços nos diferentes níveis e cria os Centros de Saúde como a base dos cuidados;</li> <li>– Aplicação limitada<sup>386</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantiveram-se as características do sistema de saúde, com baixa cobertura, assente em Misericórdias e com papel supletivo do Estado;</li> <li>– Desenvolvimento dos serviços de saúde pública e construção de hospitais. Dada a falta de coordenação e a deficiente cobertura verificava-se baixa eficácia traduzida em indicadores de saúde distantes dos restantes países Europeus.</li> </ul>
[1974-1985]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constituição da República (1976) e Portaria nº 431/78 de 21/7 (“Desp. Arnaut”);</li> <li>– Dec-Lei nº 129/77 de 2/4;</li> <li>– Lei nº 56/79 de 15/9 (SNS);</li> <li>– Dec-Lei nº 254/82 de 29/6 (ARS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constituição institui o direito à saúde, a Portaria permite o acesso aos serviços a todos os cidadãos;</li> <li>– Atribui aos hospitais autonomia administrativa e financeira;</li> <li>– Cria o Serviço Nacional de Saúde, definindo o seu conteúdo, organização e autonomia administrativa e financeira;</li> <li>– Administrações Regionais de Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospitais das Misericórdias são oficializados (1975), o acesso à saúde é garantido a 100% da população;</li> <li>– Mantêm-se os subsistemas públicos de saúde apesar do SNS (duplicação de cobertura);</li> <li>– Os serviços de saúde alargam-se progressivamente a todo o território.</li> </ul>
[1985-1995]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dec-Lei nº 19/88 de 21/1 e Dec-Reg. Nº 3/88 de 22/1;</li> <li>– Lei nº 48/90 de 24/8 (Lei de Bases da Saúde) e Dec-Lei nº 11/93 de 15/1 (Estatuto do SNS);</li> <li>– Dec-Lei nº 73/90 de 6/3 e Dec-Lei nº 437/91 de 8/11;</li> <li>– Dec-Lei nº 54/92 de 11/4.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lei de gestão hospitalar reforçando o seu carácter empresarial, a autonomia e responsabilidade dos seus órgãos e prevê Centros de Responsabilidade Integrada;</li> <li>– Saúde como um direito e responsabilidade dos cidadãos, noção de sistema, regulação da participação do sector privado, papel das ARS;</li> <li>– Carreiras médica e de enfermagem;</li> <li>– Taxas moderadoras nos serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Modificações no sistema influenciadas pelo Livro Branco de Saúde no RU e pela reforma do NHS;</li> <li>– Insistência na responsabilidade do cidadão e no controlo da procura, através do pagamento de taxas moderadoras;</li> <li>– Reforçado o carácter de rede do sistema de saúde.</li> </ul>
[1995-2008]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dec-Lei nº 151/98 de 5/6.</li> <li>– Lei nº 27/2002 de 8/11 e Dec-Lei nº 39/2002 de 26/2 e Dec-Lei n.º 233/2005, de 29/12;</li> <li>– Dec-lei nº 185/2002 de 20/9;</li> <li>– Dec-Lei nº 60/2003 de 1 /4;</li> <li>– Dec-Lei nº 309/2003 de 10/12;</li> <li>– Dec-Lei nº 101/2006 de 6/6;</li> <li>– Dec-Lei nº 298/2007 de 22/8.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Experiência inovadora<sup>387</sup> de gestão no hospital de S. Sebastião (Feira);</li> <li>– Nova lei de gestão institui os hospitais SA – em 2005 convertidos em EPE;</li> <li>– Rede de cuidados primários;</li> <li>– Princípios das parcerias público privadas;</li> <li>– Entidade Reguladora da Saúde;</li> <li>– Rede de cuidados continuados;</li> <li>– Unidades de Saúde Familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Após a realização de 3 experiências inovadoras de gestão concretiza-se uma grande reforma, em 31 hospitais SA, os quais foram posteriormente convertidos em EPE;</li> <li>– Alarga-se o acesso aos cuidados primários (USF) e abrem-se novos cuidados (continuados).</li> </ul>

<sup>385</sup> Legislação publicada em 27 de Setembro de 1971.

<sup>386</sup> Devido às limitações da AP, deficiente cobertura de serviços e ausência dos recursos necessários (financeiros, médicos).

<sup>387</sup> Posteriormente criaram-se novas experiências: Hospital do Barlavento Algarvio, Hospital da Cova da Beira, ULS de Matosinhos.

**Quadro Nº 8.13: Tratamento de doentes crónicos (NHS vs. USA)**

CSP no NHS	SNS
<p><b>Vantagens face a MCO:</b></p> <p>a) Estratégias nacionais, programas, metas, padrões de actuação (<i>national service frameworks</i>);</p> <p>b) Incentivos financeiros para melhorar tratamento de doentes crónicos;</p> <p>c) Estabilidade da carteira de doentes.</p>	<p>a) Não;</p> <p>b) Algum, apenas em USF;</p> <p>c) Sim.</p>
<p><b>Desvantagens face MCO:</b></p> <p>a) Incentivos para inovar e centrar nos doentes são mínimos;</p> <p>b) Não há alinhamento de objectivos médicos/gestores.</p>	<p>a) Também não há;</p> <p>b) Idem anterior.</p>

**Factores organizacionais para boa gestão da doença crónica (Dixon, 2004)**

- Valores (estratégicos) que apoiem o investimento de longo prazo na gestão da doença crónica;
- Objectivos alinhados entre gestores e médicos das organizações (gestão de cuidados e prestadores) com um conjunto limitado de metas contratadas consensualmente;
- Investimento em tecnologias de informação e atenção à fiabilidade dos dados clínicos;
- Incentivos financeiros para orientar a actuação clínica;
- Evidência de custo-eficácia dos cuidados primários na redução de internamento hospitalares (evitáveis).

**Caixa Nº 8.1: Mudanças esperadas no enquadramento e ambiente dos hospitais EPE**

**Gestão de saúde:**

- Abordagem sistémica da doença crónica e coordenação externa de cuidados, conforme referido no texto;
- Coordenação interna de cuidados e normalização de processos (protocolos clínicos e de cuidados<sup>388</sup>);
- Maior *accountability* na qualidade dos prestadores: metas nacionais, garantia de qualidade, promoção da melhoria contínua, inspecção e auditoria clínica (*clinical governance*).

**Mecanismos que facilitam o mercado (regulado) e a melhoria da gestão:**

- Regulador independente na área da qualidade (e inspecção/auditoria);
- Agência de avaliação tecnológica e com funções do tipo do NICE e NSF<sup>389</sup>;
- Função de apoio e difusão de boas práticas, clínicas e de gestão;
- O desenvolvimento da função contratualização e a promoção de maior liberdade de escolha aumentarão a concorrência em cuidados secundários electivos, sobretudo nas grandes cidades;
- Padrões e metas de performance para unidades e hospitais, com avaliação e suas consequências (ex. incentivos);
- Melhoria significativa na informação para fins operacionais (por ex., decisão e coordenação clínica do tratamento) e para *accountability*, aprendizagem e melhoria global de resposta<sup>(a)</sup>;
- Relativamente aos profissionais, promoção da adesão a contrato individual de trabalho, avaliação e incentivos.

**Outros ajustamentos:**

Perspectiva estratégica clinicamente orientada, altamente participada e integradora.

- Adequação da estrutura organizacional associada a investimento plurianual para ajustar os equipamentos e instalações<sup>390</sup> (melhorar a qualidade e eficiência, iniciar novos serviços);
- Modelo-tipo de contrato interno com CRI, prevendo objectivos, acompanhamento, avaliação e incentivos;
- Aumento de *accountability* via: *reporting* público e para Agências; auditorias e inspecções (financeira, produção/contrato-programa, qualidade, performance); objectivos e metas nacionais<sup>391</sup>;
- Contratos de gestão (CA/accionista) prevendo avaliação, consequências (incentivos, outras) e a replicação da avaliação noutros níveis.

(a) Informação para diferentes níveis e funções, por ex: determinar e avaliar as melhores práticas, prevenir erros e omissões; facilitar a coordenação externa de cuidados, evitar inapropriação e duplicação de actos; facilitar a escolha de prioridades no SNS (ex. programas de saúde, investimento); servir de base à medição, avaliação e “*accountability*” no SNS (diversas áreas e níveis); avaliação do sistema de saúde; monitorizar o acesso, a equidade, a eficiência e qualidade globais; avaliar a performance dos diferentes prestadores (várias dimensões).

<sup>388</sup> Para doenças crónicas, mais frequentes e dispendiosas.

<sup>389</sup> *National Institute for Health and Clinical Excellence; National Service Frameworks.*

<sup>390</sup> Por exemplo substituir internamento por ambulatório programado.

<sup>391</sup> Para cumprir plano anual do SNS, garantindo performance e evidenciando equidade nacional (ex. qualidade e esperas semelhantes).



## Anexo 2

- **Quadro N° 10.1: Lista de peritos envolvidos nas técnicas Delphi e NGT**
- **Quadro N° 10.2: Delphi - síntese de resultados da primeira volta (escala de 0 a 9)**
- **Quadro N° 10.3: Delphi - síntese de resultados da segunda volta (escala de 0 a 9)**
- **Espécimes relativos às Técnicas de consenso**

## Anexo 2

Quadro Nº 10.1: Lista de peritos envolvidos nas técnicas Delphi e NGT

1. Dr. Adalberto Campos Fernandes, Gestor no Banco Comercial Português\*;
2. Dr. António Leuschner, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos\*;
3. Prof. Dr. Álvaro Almeida, Presidente do Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde;
4. Dr. Artur Vaz, Presidente do Conselho de Administração do Hospital Amadora-Sintra\*;
5. Prof. Dr. Carlos Costa, Professor na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa;
6. Dr. Carlos Lopes Pereira, Director do GASEPC, Ministério das Finanças\*;
7. Dr. Carlos Santos, Vogal do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra\*;
8. Dr. Carlos Vaz, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro\*;
9. Prof. Dr. Fernando Araújo, Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de saúde do Norte\*;
10. Dr. Fernando Silva, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga\*;
11. Prof. Dr. Francisco Pimentel, Professor na Universidade de Aveiro, Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Aveiro\*;
12. Eng.<sup>a</sup> Isabel Vaz, Administradora do Banco Espírito Santo Saúde;
13. Dr. Janeiro da Costa, Administrador Hospitalar nos Hospitais da Universidade de Coimbra;
14. Eng. João Pimenta, Director-Executivo do Centro de Medicina de Reabilitação do Sul (Grupo Português de Saúde);
15. Dr. José Manuel Boquinhas, Administrador dos Hospitais Privados de Portugal;
16. Eng. Lino Mesquita Machado, Presidente Conselho de Administração do Hospital de Barcelos;
17. Dr. José Carlos Lopes Martins, Administrador de Mello Saúde;
18. Dr. Manuel Delgado, Director-Geral da IASIST Portugal\*;
19. Dr. Manuel Roque, Gestor nos Hospitais Privados de Portugal;
20. Dr. Manuel Teixeira, Presidente da Administração Central do Sistema de Saúde;
21. Dr.<sup>a</sup> Manuela Mota Pinto, Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra\*;
22. Dr. Martins Coelho, Sub-Inspector Geral da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde;
23. Prof. Dr. Martins da Silva, Professor no ICBAS e Universidade de Aveiro, Médico no Centro Hospitalar do Porto;
24. Dr.<sup>a</sup> Maria da Luz Gonçalves, Assessora da Sr.<sup>a</sup> Ministra da Saúde;
25. Dr. Meneses Correia, Administrador Hospitalar aposentado\*;
26. Prof. Dr. Miguel Gouveia, Professor da Universidade Católica Lisboa;
27. Dr. Paulo Ferreira, Assessor do Sr. Ministro de Estado e das Finanças\*;
28. Eng. Pedro Dias Alves, Gestor no Hospital de Cascais (Hospitais Privados de Portugal);
29. Dr. Pedro Esteves, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto;
30. Dr. Pedro Lopes, Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares\*;
31. Prof. Dr. Pedro Pitta Barros, Professor da Universidade Nova de Lisboa;
32. Dr. Raul Moreno, Administrador Hospitalar aposentado\*;
33. Dr. Rui Santana, Professor da ENSP, membro da Agência de Contratualização da ARS do Alentejo;
34. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suzete Gonçalves, Professora da Universidade do Porto;
35. Prof. Dr. Vasco Reis, Professor aposentado da ENSP;
36. Prof. Dr. Vitor Raposo, Professor da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra;
37. Dr.<sup>a</sup> Teresa Sustelo, Presidente do Conselho de Administração do CH Lisboa Central.

(\*) Peritos que também se envolveram nas Técnicas de Grupo Nominal.

Quadro Nº 10.2: Delphi - síntese de resultados da primeira volta (escala de 0 a 9)

	Valores		Percentis			IQD	4 e 5 (% votos)
	Mínimo	Máximo	Mediana	25%	75%		
<b>1. Resultados do hospital</b>	5	9	<b>8,00</b>	7,00	8,00	<b>0,5</b>	<b>97,2%</b>
1.1. Sustentabilidade	3	9	<b>8,00</b>	7,00	9,00	<b>1</b>	<b>91,7%</b>
1.2. Qualidade e eficácia	3	9	<b>8,00</b>	7,00	8,00	<b>0,5</b>	<b>94,4%</b>
1.3. Satisfação de doentes e acesso	0	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>91,7%</b>
1.4. Desenvolvimento e satisfação de profissionais	0	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>91,7%</b>
1.5. Responsabilidade pública e cooperação com o SNS	1	9	<b>6,00</b>	6,00	7,50	<b>0,75</b>	<b>77,1%</b>
1.6. Inovação	0	9	<b>6,00</b>	5,00	7,00	<b>1</b>	<b>71,4%</b>
<b>2. Cumprimento da estratégia</b>	3	9	<b>7,00</b>	7,00	8,00	<b>0,5</b>	<b>86,1%</b>
2.1. Cumprir programas e projectos estruturantes	3	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>94,4%</b>
2.2. Melhorias significativas de gestão para maior performance futura	2	9	<b>7,00</b>	7,00	8,50	<b>0,75</b>	<b>91,7%</b>
2.3. Melhorar a liderança interna e externa	2	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>86,1%</b>
<b>3. Modo como o CA liderou e actuou</b>	2	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>91,7%</b>
3.1. Funcionamento do CA	3	9	<b>7,00</b>	5,00	8,00	<b>1,5</b>	<b>72,2%</b>
3.2. Contributo do CA para melhor SNS	1	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>86,1%</b>
3.3. Performance individual dos membros do CA.	0	8	<b>6,00</b>	3,50	7,00	<b>1,75</b>	<b>58,3%</b>

Quadro Nº 10.3: Delphi - síntese de resultados da segunda volta (escala de 0 a 9)

	Valores		Percentis			IQD	4 e 5 (% votos)
	Mínimo	Máximo	Mediana	25%	75%		
<b>1. Resultados do hospital</b>	6	9	<b>8,00</b>	7,00	8,00	<b>0,5</b>	<b>100,0%</b>
1.2. Sustentabilidade	3	9	<b>8,00</b>	8,00	8,00	<b>0</b>	<b>91,7%</b>
1.2. Qualidade e eficácia	3	9	<b>8,00</b>	7,00	8,00	<b>0,5</b>	<b>97,2%</b>
1.3. Satisfação de doentes e acesso	0	9	<b>7,00</b>	6,50	8,00	<b>0,75</b>	<b>91,7%</b>
1.4. Desenvolvimento e satisfação de profissionais	0	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>94,4%</b>
1.5. Responsabilidade pública e cooperação com o SNS	2	8	<b>6,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>83,3%</b>
1.6. Inovação	0	9	<b>7,00</b>	5,00	7,00	<b>1</b>	<b>74,3%</b>
<b>2. Cumprimento da estratégia</b>	3	9	<b>7,00</b>	7,00	8,00	<b>0,5</b>	<b>86,1%</b>
2.1. Cumprir programas e projectos estruturantes	3	9	<b>7,00</b>	7,00	8,00	<b>0,5</b>	<b>94,4%</b>
2.2. Melhorias significativas de gestão para maior performance futura	3	9	<b>8,00</b>	7,00	8,50	<b>0,75</b>	<b>94,4%</b>
2.3. Melhorar a liderança interna e externa	3	9	<b>7,00</b>	6,00	8,00	<b>1</b>	<b>91,7%</b>
<b>3. Modo como o CA liderou e actuou</b>	3	9	<b>7,00</b>	6,50	8,00	<b>0,75</b>	<b>91,7%</b>
3.1. Funcionamento do CA	3	9	<b>7,00</b>	5,50	8,00	<b>1,25</b>	<b>72,2%</b>
3.2. Contributo do CA para melhor SNS	3	9	<b>7,00</b>	6,50	7,00	<b>0,25</b>	<b>83,3%</b>
3.3. Performance individual dos membros do CA.	0	8	<b>6,00</b>	3,50	7,00	<b>1,75</b>	<b>55,6%</b>

## **Espécimes relativos às técnicas de consenso (painel Delphi e NGT)**

### **Painel Delphi:**

- **Texto sobre a avaliação dos CA;**
- **Texto sobre a técnica Delphi;**
- **Modelo do questionário (página1);**
- **Instruções de preenchimento da folha de cálculo.**

### **NGT:**

- **Carta convite e seu documento anexo;**
- **Texto com os resultados do Delphi e sugestões de indicadores.**

## A avaliação dos conselhos de administração dos hospitais EPE

A avaliação dos gestores dos hospitais viabiliza a prestação de contas, perante o accionista e outros *stakeholders*, e tem como objectivo principal a melhoria contínua, dos resultados e processos do hospital, da sua organização e sistemas, da liderança e da gestão aos diversos níveis e áreas de actuação. A avaliação deve induzir melhorias de atitude e comportamento dos gestores, bem como focalização na concretização de mudanças importantes ainda que difíceis. Faz sentido começar pelo topo a avaliação das pessoas do hospital – surgirá assim como exemplo, acto corrente e natural –, replicando-a depois nos restantes níveis de gestão e para todos os profissionais.

A avaliação da gestão deve inserir-se em contrato de gestão escrito, em termos idênticos ao previsto para as restantes empresas públicas, onde se enumerem as orientações, gerais e específicas, as regras e comportamentos a respeitar (código de conduta), os objectivos e metas a atingir – como serão medidos e quais as consequências dos diferentes níveis de resultados. A expectativa de reconhecimento e recompensa, associada a objectivos contratados, é generalizadamente aceite como um poderoso motivador à melhoria de actuação e de resultados da gestão.

Nas empresas privadas os objectivos incluirão as dimensões essenciais de performance e, onde o mercado funcionar, os objectivos financeiros e o lucro em particular, assumirão importância acrescida. Com um *Board of Directors* (BOD) acima da gestão de topo e em ligação com os accionistas, haverá adequação no recrutamento e na definição de objectivos, verificar-se-á orientação, apoio e controlo contínuos, avaliação final e suas consequências. Nada disso se passa nos hospitais EPE.

Na saúde, pela sua natureza, assumem importância especial: os resultados na saúde e na qualidade de vida; a qualidade e eficiência dos processos; o tempo de resposta; a satisfação dos doentes e dos profissionais. Os resultados do hospital reflectem aquela natureza, ficando marcados pela complexidade do processo de produção, pela dificuldade de programar actividades, pela assimetria de informação em favor dos profissionais e pela dicotomia tradicional de objectivos clínicos/gestão. Os resultados deverão reflectir os objectivos dos principais interessados (*stakeholders*): accionistas, compradores e reguladores; doentes; profissionais e gestores do hospital; população e autarquias locais; fornecedores e clientes (para além dos citados). A qualidade e segurança dos actos constitui desde há anos responsabilidade do hospital, desde o prestador ao director de serviço e à própria gestão de topo – assim o CA deve prestar contas por esta área.

Os resultados do hospital distinguem-se dos da sua gestão de topo, dado que: existe diferimento entre a concretização das acções e os seus efeitos em resultados; o funcionamento do hospital está sujeito a influências políticas, corporativas e outras que dificultam a racionalização; os resultados por vezes devem-se mais a outros factores que à gestão de topo; alguns objectivos são específicos da gestão (ex. actuar segundo a lei e ética), ou visam aumentar a motivação e o potencial de resultados futuros (ex. desenvolver líderes, acções que visam a cultura e valores).

Nos hospitais EPE, onde o Conselho de Administração assume funções de gestão de topo e algumas, poucas, de BOD, a avaliação da gestão ganha uma acuidade especial, pelos problemas existentes no sistema de financiamento e contratualização, no acompanhamento e na auditoria dos hospitais e da sua gestão. O cumprimento da estratégia terá que passar a ser avaliado e garantido, pois é aspecto fundamental para a adaptação do hospital, para alinhamento de objectivos e orientação una, assim como para maior controlo e melhores resultados futuros.

À gestão de topo incumbe actuar com vista a que o hospital se adapte à evolução do Meio (concretizar a estratégia) e cumpra os objectivos e metas contratados. Pela posição ocupada, informação e poderes detidos deve prestar contas pelos resultados conseguidos, onde se incluem os globais do hospital, a concretização da estratégia e o modo como liderou e actuou para melhores resultados futuros. Visto que o CA dos hospitais tem uma função de grande importância e dificuldade, parte gestão de topo parte BOD, faz pouco sentido avaliar longa e detalhadamente os conhecimentos e comportamentos individuais. De modo semelhante defende-se a avaliação global, sem prejuízo de poder haver diferenciação individual no CA quando justificado, para reforçar a coesão do Conselho, a orientação para objectivos comuns, para o cumprimento da estratégia e para melhoria da liderança no hospital.

A avaliação da gestão global deve incidir mais em resultados, que em características individuais, e será sempre relativa: nos resultados do hospital face ao acordado e perante o conseguido em hospitais semelhantes; na mudança estratégia face ao que foi proposto e deveria conseguir-se, como o foi noutros hospitais; na liderança em comparação com as boas práticas, o previsto na lei e em códigos de conduta. Sendo a avaliação relativa o contexto global é desvalorizado e motiva-se a gestão à consecução de objectivos mais exigentes, ao invés de tentar negociar objectivos baixos ou manipular a informação. Na avaliação dos gestores que trabalham em “casos difíceis” – hospitais com performance francamente abaixo



da média ou com problemas especiais – o modelo é adaptado para considerar aquela situação e a gestão assina programa específico de transformação, com apoio e presença próxima de representante dos accionistas.

Obter um consenso de peritos é importante tanto para a aceitação do modelo como para a sua aplicação.

## Sobre a Técnica Delphi

Para problemas em que não existe informação e/ou evidência científica pode recorrer-se a técnicas de consenso – painel Delphi, grupo nominal, conferências de consenso –, com vantagem sobre o grupo interactivo, visto que aquelas retêm os principais benefícios do grupo tradicional evitando os problemas derivados da interacção social e da dominância por pessoas ou grupos de interesses.

A técnica Delphi foi desenvolvida na *Rand Corporation* nos anos cinquenta (século XX) com o objectivo de obter consenso de um grupo de peritos através de uma série de questionários intercalados com feedback controlado. Tem sido aplicada em inúmeras áreas, nos casos em que se imponha o uso de *input* subjectivo e de apreciação crítica ou se pretenda obter uma previsão de prazo longo em ambiente complexo. As características específicas do Delphi são: anonimato; iteração; feedback controlado; estatística da posição do grupo. As respostas obtidas sob essas características aumentam o conhecimento de cada perito e permitem que haja convergência informada do painel – facilitam também a mudança de opinião ao longo do processo.

Os peritos são seleccionados de acordo com vários critérios:

- a) Terem formação, experiência, abertura e capacidade de aportar ao grupo perspectivas importantes;
- b) Serem líderes de opinião ou representantes reconhecidos em grupos-alvo;
- c) Terem posição influente na difusão ou na implementação da solução.

A qualidade dos resultados depende do valor dos peritos e da informação detida, incluindo a que lhe foi transmitida com a técnica, bem como do cumprimento das regras essenciais do processo. A qualidade dos peritos e da informação permitirão chegar a um consenso esclarecido, na sua ausência poderá haver apenas conformidade que nada significa ou adianta ao conhecimento.

O acordo dos peritos apresenta-se sob duas formas: grau de concordância do respondente com uma determinada questão; consenso obtido entre os participantes, medido pela variabilidade no grupo. O aumento de consenso obtido no painel Delphi mede-se pela redução da variância das respostas ao longo das rondas sucessivas.

O Delphi é especialmente apropriado quando: a dominância por um grupo de interesses pode pôr em causa a qualidade dos resultados; a informação estiver dispersa por um número elevado de peritos, situados em locais geograficamente afastados e com experiências e posições diferentes sobre o problema. Em nossa opinião é justamente o que se passa quando queremos saber que modelo usar na avaliação dos CA dos hospitais EPE.

Após definição do problema constitui-se um grupo de peritos no tema, anónimo, e desenvolve-se a técnica Delphi do seguinte modo:

- 1º) Ronda 1: envio do questionário inicial seguindo-se resposta por cada perito que acrescenta as explicações que se justificarem em cada questão;
- 2º) O facilitador trata as respostas e devolve o questionário, com o resumo estatístico e com a informação adicional recolhida, e solicita respostas considerando a nova informação;
- 3º) Ronda 2: considerando a informação recebida, cada perito volta a responder e a adicionar justificações – explicando obrigatoriamente as razões porque acredita na superioridade da sua posição quando esta se situe no 1º ou 4º quartil;
- 4º) Repete-se o anterior, conforme descrito. Quando se obtém estabilidade suficiente nas respostas termina-se o trabalho;
- 5º) O facilitador envia os resultados finais, mostrando os valores centrais e a dispersão dos resultados finais como grau de consenso verificado.

## Painel Delphi: elementos essenciais do modelo de avaliação dos CA dos hospitais EPE

### 1º Questionário

#### Notas e considerações iniciais:

O Hospital produz também ensino e investigação, para além dos cuidados. Admite-se porém que é nos cuidados que a acção do CA produzirá maior valor e variabilidade. O ensino funciona em quadro de grande regulação e sob importantes constrangimentos externos e internos, a investigação tem um peso reduzido no total e geralmente é auto financiada. A avaliação far-se-á relativamente aos hospitais semelhantes.

A- A avaliação dos CA dos hospitais EPE deve incluir as **áreas** seguintes:

#### 1- Resultados do hospital

(inclui: critérios 1.1. a 1.7)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
Voto									

1.0. Englobam-se aqui os critérios constantes da questão B (1.1. a 1.7). O CA é o responsável máximo cabendo-lhe os "louros" e encargos pela adaptação do hospital, seja no longo ou no curto prazo. É a ele que os demais *stakeholders* terão que pedir contas - o accionista face ao definido no contrato de gestão assinado. O CA deve agir sobre a gestão intermédia e operacional de modo a replicar internamente esta prestação de contas. Através de actuação estratégica e tática o CA transforma a realidade encontrada, de modo a aumentar os resultados do hospital para doentes, profissionais, população, accionistas, outros *stakeholders*.

#### 2. O grau de cumprimento da estratégia definida.

(inclui: critérios 2.1. a 2.4)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
Voto									

2.0. Englobam-se aqui os critérios constantes da questão C (2.1. a 2.4). A estratégia foi proposta pelo CA, discutida com a ARS e aprovada superiormente - foi detalhada em objectivos e planos plurianuais. O CA dispõe dos poderes e de todos os motivos para a implementar: i) Foi desenhada e proposta sob ampla auscultação; ii) Após a sua aprovação passou a ser a sua responsabilidade. A estratégia é o objecto principal e distintivo do CA, a sua primeira missão e razão de ser. O cumprimento em cada ano é fundamental para a sua completa implementação e para gerar os benefícios que os *stakeholders* dela esperam.

#### 3. O modo como o CA liderou e actuou.

(inclui: critérios 3.1. a 3.4)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3.0. Englobam-se aqui os critérios constantes da questão D (3.1.a 3.4). Na avaliação de um CA não são apenas os resultados do hospital e as acções que implementou para a mudança estratégica que importam. Importa muito a forma como actuou e liderou, seja na organização interna e funcionamento do CA, seja no desenvolvimento de líderes em todo o hospital, na forma como cumpriu e fez cumprir a legislação, o código de conduta, os valores da Organização ou, ainda, na colaboração que deu para desenvolvimento e melhoria geral dos resultados do SNS.

Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo			
Voto							

#### 4.

(em branco para poder ser acrescido)

0	1	2	3	4	5	6
Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo		
Voto						

## Instruções

- 1 - Para resposta ao questionário da técnica *Delphi* **incluímos nesta folha de cálculo (FC)**:
- Pequeno texto sobre a **importância de avaliar os CA** dos hospitais EPE (já distribuído com o convite);
  - Resumo das **áreas de responsabilidade** do CA.
  - Informação adicional **sobre a técnica Delphi** (em geral);
  - O **questionário** propriamente dito, onde se fará a votação;
  - Esta folha de **instruções** com informação relativa a todas as rondas do painel Delphi;

2 - Para o **primeiro questionário**:

- Para o primeiro questionário adicionaram-se notas iniciais onde se enumeram os critérios incluídos e se tecem considerações sobre a importância da questão em causa.
- A sua votação deverá reflectir a sua posição, baseada no conhecimento, experiência e análise efectuada durante o painel. As votações e explicações aparecerão reflectidas no "*feedback controlado*" do painel, que será remetido periodicamente, e nos resultados finais.
- Todas as questões deverão ser votadas. Na sua votação use sempre a escala descrita abaixo (de zero a nove), **apondo um "1"** (um) na quadrícula que escolher. Zero significa que "*Discorda totalmente*" e 9 que "*Concorda Totalmente*".

Escala a usar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Discordo fortemente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Discordo fortemente	
<b>Voto</b>										

- Quando estiver convicto que a sua posição é diferente da maioria dos peritos apresente explicação com os motivos que o levam a votar dessa maneira.
- Se teve dúvidas sobre votar concordante ou discordante e acabou votando "*Não concordo/ nem discordo*", explique brevemente os "prós e contras" que considerou.
- Depois de ter respondido a todas as questões recomenda-se que revise a votação que deu às questões iniciais (1.1 a 1.4).
  - O seu questionário está organizado do modo que se descreve de seguida (exemplo para a questão1).

### 1. Os resultados obtidos pelo hospital...

Escala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		1.0. A smsfef	1.1 . porqwbn2ded
Significado	Discordo fortemente		...										
<b>Voto</b>												<b>Considerações iniciais</b>	<b>Comentários dos peritos</b>

3 - Para os **questionários subsequentes**:

- Vote utilizando a escala definida inicialmente (de zero a nove).
- Solicitamos que, em cada questão, comece por considerar a nova informação recebida após a 1ª votação:
  - Explicações dadas pelos outros peritos;
  - Distribuição de votos do painel e o posicionamento da sua votação (assinalada com fundo **verde**).
- Quando a sua votação se situar na área do quartil inferior ou superior (assinaladas a **laranja**) **deverá** explicar brevemente os motivos porque atribui essa votação.
- Não é necessário corrigir a sua posição inicial ou adoptar a opinião maioritária. Visamos a convergência esclarecida que for possível, não a mera conformidade. Assim, pedimos que analise cuidadosamente as diversas posições e que vote onde considere mais adequado.

**Ex. Mo Sr. Dr.**

**Assunto: Participação em Técnica de Grupo Nominal (NGT)**

Muito obrigado por ter aceitado participar no NGT que irá decorrer ente as 11:00 e as 12:30 horas do próximo dia 18 de Junho de 2010. A sua presença irá contribuir para os bons resultados que a qualidade dos participantes permite antecipar.

Chamo a sua atenção para o carácter muito estruturado da técnica que não permite que os participantes falem uns com os outros, critiquem ou se entre ajudem (conforme documento em anexo) – está também fora de causa chegar atrasado ou acabar depois da hora. Essa estruturação evita prolongar o trabalho mais que o necessário (não desperdiçar o tempo dos participantes) e garante resultados excepcionais (produto da excelência dos peritos e da sinergia do grupo).

A técnica pressupõe ainda que cada participante leia o que entender sobre o assunto e reflecta previamente na questão, dialogue (com amigos, colegas, outros peritos). Dado a amplitude da tarefa solicita-se aos peritos que, **previamente e como preparação para o NGT, procedam de acordo como o pedido e aconselhado no documento anexo.**

Colocamos à disposição dos nove peritos que irão participar no NGT, e para leitura prévia, vários documentos que seguem com este e-mail.

Ao dispor para qualquer dúvida ou esclarecimento que necessite, sou

Com os melhores cumprimentos pessoais

Porto, 10 de Junho de 2010

O facilitador do NGT

(A Dias Alves)

**Documento anexo:** “Preparação do NGT”.

Documento anexo:

**Preparação do NGT: “Avaliação dos CA dos hospitais EPE – que indicadores de resultados?”.**

**1. Quem vai participar:**

Dr. Adalberto C. Fernandes (BCP);  
Dr. António Leuschner (PCA HM Lemos);  
Dr. Artur Vaz (PCA HFF);  
Dr. Carlos Lopes Pereira (GSEPC, MF);  
Prof. Dr. Fernando Araújo (PCD ARSN);

Prof. Dr. Francisco Pimentel (PCA H. Aveiro)  
Dr. José A. Meneses Correia (AH aposentado)  
Dr. Pedro Lopes (Pres. APAH);  
Dr. Raul Moreno (AH aposentado).  
(facilitador: A. Dias Alves)

**2. Papeis e fases do trabalho**

**2.1. Descrição geral da Técnica**

- a) A Técnica de Grupo Nominal (NGT) exige apenas 1,5 a 2 horas de trabalho conjunto presencial, embora se pressuponha preparação prévia dos participantes;
- b) Nesta técnica os participantes não podem falar, discutir, criticar ou ajudar os outros elementos, falar de outros assuntos ou do tema sem serem convidados pelo facilitador – normas que garantem eficácia e resultados de qualidade;
- c) O grupo regista as suas ideias e votações em quadro afixado na parede (memória);
- d) Após o NGT o facilitador prepara a informação de retorno a enviar aos participantes;

**2.2. Tempo e local**

Realiza-se no dia 18/06/2010, das 11:00 às 12:30 horas, na Administração Regional de Saúde do Norte, Rua de Santa Catarina, 1288, Porto, e destina-se a responder á questão: **“Avaliação dos CA dos Hospitais EPE – que indicadores de resultados?”.**

**2.3. Fases do NGT**

O trabalho terá 3 fases: a) Preparação do NGT; b) Sessão de NGT; c) Análise posterior.

a) Preparação do NGT:

- i) Começa com a indicação dos motivos da importância de cada critério e o elencar de indicadores pelo facilitador, organizados por critério e agrupados por variável/componente;
- ii) Remessa da lista para os membros do NGT, juntamente com a descrição do modelo e os resultados do painel DELPHI indicando os componentes em cada critério;
- iii) Pedido para reflexão e análise dos peritos antes da sessão NGT, do seguinte modo: i) Classificar os indicadores com base na importância (impacto nos resultados), fiabilidade<sup>392</sup> esperada, e abrangência; ii) Se nos componentes encontrar outros indicadores que aparentam ser superiores aos propostos deverá adicioná-los (trazer para a sessão de NGT breve justificação da superioridade dos indicadores “novos”); iii) Verificar que todos os indicadores seleccionados são complementares para a componente (doutro modo eliminar os dominados à luz daqueles critérios);
- iv) Listar por ordem decrescente os indicadores em cada critério (até 10 indicadores);
- v) Enviar a lista dos indicadores por critério para o facilitador que organizará as respostas para a sessão.

b) NGT adaptado:

- 1º 11:00-11:05HH: Descrição do objectivo e das questões ou dificuldades encontradas. Há necessidade de explicar o conteúdo de algum “novo” indicador?
- 2º 11:05-11:20HH: Pensar isoladamente e em silêncio, votação individual (dar pontos<sup>393</sup> de 1 a 7) dos indicadores de sustentabilidade, seguindo-se análise das disparidades e votação final;
- 3º 11:20-12:25HH: Passa-se depois ao critério seguinte procedendo de modo idêntico ao anterior até esgotar os critérios;

<sup>392</sup> Disponibilidade nos Sistemas de Informação dos hospitais e segurança contra “gaming” e semelhantes.

<sup>393</sup> Dar sete pontos ao preferido, 6 ao seguinte e assim sucessivamente até ao 7º que recolherá 1 voto.

4º 12:25-12:30HH: Breve análise dos resultados. Sessão do NGT termina de imediato.

c) Depois da sessão de NGT:

Tratamento da informação pelo facilitador e devolução dos resultados – indicadores<sup>394</sup> em cada critério e sua ordenação, pontuação atribuída, eventual sugestão de acerto final. O trabalho termina quando todos os participantes se sentirem confortáveis com a síntese.

---

<sup>394</sup>O que não atinja 7% de votação num critério será excluído, salvo se for considerado essencial e for proposta a sua integração num índice.

## Indicadores de resultados do hospital (para avaliar CA)

### A- Visão global dos critérios de resultados (cf. DELPHI):

- 1- **Sustentabilidade:** eficiência; produção; finanças;
- 2- **Qualidade:** qualidade de processos e resultados; eficácia organizacional; apropriação;
- 3- **Satisfação de doentes e acesso:** satisfação; tempo de acesso;
- 4- **Desenvolvimento e satisfação de colaboradores:** desenvolvimento; satisfação;
- 5- **Responsabilidade pública:** responsabilidade pública; cooperação com SNS;
- 6- **Inovação?**

### B- Detalhe dos critérios e sua tradução em indicadores

#### 1. Sustentabilidade previsivelmente em índice agregando indicadores das 3 componentes.

##### 1.1. Eficiência (custo e produtividade, global ou por actividade, eficiência de processos)

###### Custos

- 1.1.1. Custo operacional actual /Custo orçamentado ajustado à produção;
- 1.1.2. Custo unitário global por doente padrão/Valor esperado (do grupo de hospitais semelhantes);
- 1.1.3. Custo unitário do internamento ajustado pelo ICM/Custo esperado (grupo);
- 1.1.4. Custo unitário da CE/esperado (grupo);
- 1.1.5. Custo unitário do SU/esperado (grupo).

###### Produtividade

- 1.1.6. Doentes padrão por médico ETC; Alternativa: Rácio de produtividade médica (Internamento, CE, SU) = valor médio dos rácios do valor actual/esperado (grupo) de doentes por médico ETC em cada actividade;
- 1.1.7. Doentes padrão por enfermeiro ETC; Alternativa: rácio de produtividade de enfermagem (cf médicos);
- 1.1.8. Doentes padrão por ETC (total de pessoas).

###### Eficiência de processos

- 1.1.9. Rácio demora média actual/esperada do hospital (por GDH, ponderada com o nº efectivo de doentes);
- 1.1.10. Tempo médio tratamento no SU (doentes urgentes);
- 1.1.11. Nº horas de permanência em OBS;
- 1.1.12. Número de consultas subsequentes/primeira.

##### 1.2. Produção

- 1.2.1. Doentes saídos do internamento (SNS)/ doentes contratados;
- 1.2.2. Taxa de realização de CE (Nº CE SNS/Nº CE contratadas);
- 1.2.3. Taxa de realização de CA (Nº CA SNS/Nº CA contratado);
- 1.2.4. Taxa de realização de SU (Nº doentes socorridos SNS/Nº contratado);
- 1.2.5. Taxa de realização de HD (Nº sessões de HD SNS/Nº contratado).

##### 1.3. Finanças

- 1.3.1. EBIDTA<sup>395</sup> antes de subsídios, em % do capital social;
- 1.3.2. Margem de exploração em percentagem da receita;
- 1.3.3. Rendibilidade do capital social (= RL/CS);
- 1.3.4. Prazo médio de pagamento a fornecedores/esperado (média do grupo);
- 1.3.5. Prazo médio de cobrança a clientes (subsistemas) /esperado (média do grupo);
- 1.3.6. Duração média de stocks/esperada (média do grupo);
- 1.3.7. Índice de eficiência na cobrança (% cobrança, tempo médio emissão e cobrança) face ao grupo;
- 1.3.8. Depreciações acumuladas/activos fixos face ao grupo.

<sup>395</sup> Resultados antes de juros, impostos, depreciações e provisões.



Acrescentar à lista os indicadores que se considerem mais poderosos que os enumerados em importância, fiabilidade e abrangência; seleccionar até 10 indicadores que representem as 3 componentes; ordená-los.

## 2- Qualidade

### 2.1. Eficácia organizacional

- 2.1.1. % CE não desmarcadas das agendadas;
- 2.1.2. % Operações não desmarcadas das agendadas;
- 2.1.3. % Cirurgia ambulatória no total de programada/valor médio do grupo;
- 2.1.4. % 1<sup>as</sup> CE no total /valor médio do grupo. (eficácia e qualidade)

### 2.2. Qualidade de processos e de resultados, apropriação

- 2.2.1. % Mortalidade<sup>396</sup> no internamento/esperado (grupo);
- 2.2.2. % Readmissão<sup>397</sup> não programada ao internamento nos 30 dias após alta mesmo GDH/ Valor esperado (grupo);
- 2.2.3. Prescrição electrónica no internamento e ambulatório superior a 95% (valor prescrição);
- 2.2.4. % Infecções nosocomiais no internamento/esperado (grupo); (calculado em amostra no mesmo dia dos doentes internados nos hospitais)
- 2.2.5. % Partos por cesariana ajustados pelo risco/ Valor esperado (grupo);
- 2.2.6. Espera face a padrões de Triagem de Manchester (doentes cor laranja e vermelha);
- 2.2.7. Demora média pré-operatória actual/ Valor esperado (grupo); (apropriação)
- 2.2.8. % Doentes socorridos que eram urgentes (TM) / Valor esperado (grupo); (apropriação)
- 2.2.9. % Doentes com úlceras de pressão face a total dias internamento/esperado (grupo);
- 2.2.10. Hospital acreditado por organismo internacional;
- 2.2.11. % Infecções peri-operatórias/esperado (grupo);
- 2.2.12. % Adesão a protocolos clínicos.

Acrescentar à lista os indicadores que se considerem mais poderosos que os enumerados em importância, fiabilidade e abrangência; seleccionar até 10 indicadores que representem as 3 componentes; ordená-los.

## 3- Satisfação de doentes e Acesso

### 3.1. Satisfação de doentes<sup>398</sup> - índice de satisfação global?

- 3.1.1. Taxa de satisfação global (MB, B) com os serviços prestados pelo hospital/ Valor esperado (grupo);
- 3.1.2. Taxa de satisfação global (MB, B) com o internamento e a CE/ Valor esperado (grupo);
- 3.1.3. Taxa de “recomendava de certeza” o hospital a familiares e amigos/ Valor esperado (grupo);
- 3.1.4. Taxa de satisfação com médicos (MB, B)/ Valor esperado (grupo);
- 3.1.5. Taxa de satisfação com enfermeiros (MB, B)/ Valor esperado (grupo);
- 3.1.6. Tempo médio de resposta a reclamações/ Valor esperado (grupo); (de futuro tempo de resolução)
- 3.1.7. Existência de programa de controlo da dor (internamento) e de CE da dor.

### 3.2. Acesso

- 3.2.1. Nº médio de dias de espera por 1<sup>a</sup> CE/esperado; (cf recolha e tratamento por ARS, no futuro se possível automático e desde o dia de emissão do pedido pelos CSP)
- 3.2.2. Nº médio de dias de espera para BO/esperado (grupo); Alternativa: Mediana do tempo de espera para BO no ano/esperado (grupo);
- 3.2.3. % Doentes que esperam mais de 4 semanas por uma CE/esperado (grupo);
- 3.2.4. % Doentes que esperam mais de 6 meses por BO/esperado (grupo).

Acrescentar à lista os indicadores que se considerem mais poderosos que os enumerados em importância, fiabilidade e abrangência; seleccionar até 10 indicadores que representem as 3 componentes; ordená-los.

## 4- Desenvolvimento e satisfação<sup>399</sup> de profissionais

### 4.1. Desenvolvimento e satisfação de profissionais

<sup>396</sup> Para conjunto de códigos de ICD-9 que representam as 6 causas de internamento internacionalmente aceites (ARHQ): enfarte agudo miocárdio; insuficiência cardíaca; AVC; hemorragia gastrointestinal; fractura da anca; pneumonia. Calculado sem transferências, ajustado pelo risco (demografia, clínico).

<sup>397</sup> Excluem-se readmissões por “falso trabalho de parto”, as referidas no contrato-programa e os GHDs: 249; 256; 317; 409; 410; 465; 466; 635; 636; 754; 876.

<sup>398</sup> Medida por entidade externa contratada para o efeito através de instrumento normalizado cientificamente testado e igual em todos os hospitais.

<sup>399</sup> Medida por entidade externa contratada para o efeito através de instrumento normalizado cientificamente testado e igual em todos os hospitais.

- 4.1.1. Nº horas de formação por colaborador/ Valor esperado (grupo);
- 4.1.2. Taxa de satisfação global do pessoal/ Valor esperado (grupo);
- 4.1.3. Taxa de retenção global de profissionais/ Valor esperado (grupo);
- 4.1.4. Nº médio de faltas por doença por colaborador/ Valor esperado (grupo);
- 4.1.5. Taxa de retenção de enfermeiros/ Valor esperado (grupo);
- 4.1.6. % Profissionais satisfeitos (MB, B) com chefias/gestores (1ª e 2ª linha);
- 4.1.7. Nº de faltas por acidente de trabalho por 100 profissionais/ Valor esperado (grupo);
- 4.1.8. Nº de colaboradores envolvidos em Comissões, GT ou projectos de melhoria por 100 colaboradores.
- 4.1.8. Nº médio de ideias sugeridas por colaborador;
- 4.1.9. % Entrevistas à saída de profissionais (demissão, transferência para outro hospital ou instituição).

Acrescentar à lista os indicadores que se considerem mais poderosos que os enumerados em importância, fiabilidade e abrangência; seleccionar até 10 indicadores que representem as 3 componentes; ordená-los.

#### 5- Responsabilidade pública e cooperação com o SNS

- 5.1.1. Acreditação por organismo internacional; *(repetido em 2.2.10)*
- 5.1.2. % Profissionais com treino em 4 cursos<sup>400</sup> essenciais/esperado (grupo);
- 5.1.3. % CE efectuadas nos CSP pelo hospital/esperado (grupo);
- 5.1.4. Nº de contratos escritos de referência com CSP/Nº ACE da área de atracção directa;
- 5.1.5. Nº de acções de educação/promoção de saúde e prevenção da doença;
- 5.1.6. Certificação ambiental do hospital (energia, resíduos);
- 5.1.7. % Profissionais satisfeitos (MB, B) com a responsabilidade pública (laboral, ética, social, ambiental, programa de gestão de riscos de saúde e segurança de pessoas do hospital);
- 5.1.8. Taxa de satisfação dos médicos referentes (CSP) com a coordenação de cuidados pelo hospital;
- 5.1.9. Nº horas de voluntários no hospital.

Acrescentar à lista os indicadores que se considerem mais poderosos que os enumerados em importância, fiabilidade e abrangência; seleccionar até 10 indicadores que representem as 3 componentes; ordená-los.

#### 6- Inovação

- 6.1.1. Nº de ideias implementadas por colaborador; *(repetido parcialmente)*
- 6.1.2. % Receitas obtidas e novas actividades clínicas;
- 6.1.3. Nº de projectos de melhoria (qualidade, redução de desperdício, simplificação de processos) implementados com sucesso (exige quantificação dos ganhos).

Acrescentar à lista os indicadores que se considerem mais poderosos que os enumerados em importância, fiabilidade e abrangência; seleccionar até 10 indicadores que representem as 3 componentes; ordená-los.

No caso de considerar que este critério não dispõe de indicadores suficientemente sólidos, representativos e custo-efectivos e defender a sua eliminação do modelo informe o facilitador logo que possível para difusão pelos restantes elementos do NGT, por favor.

<sup>400</sup> Em: suporte básico de vida; riscos gerais e ambientais; infecções nosocomiais; código de conduta.



## **Anexo 3**

**Código de conduta apresentado por Comissão de Estudo para Avaliação dos CA dos hospitais  
EPE**

## **Proposta de código de conduta da Comissão de Estudo para Avaliação dos CA dos Hospitais EPE**

### **CÓDIGO DE CONDUTA PARA OS GESTORES DE SERVIÇOS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**

Os princípios específicos de bom governo do sector empresarial do Estado da área da saúde complementam os estabelecidos na Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2007 de 28 de Março.

Os princípios constituem um código de conduta aplicável ao pessoal com funções de gestão, designadamente nível superior, intermédio e operacional, devendo os respectivos contratos incluir cláusula que assegure o respeito por estes princípios.

Os princípios de bom governo do sector empresarial do Estado na área da saúde devem ser igualmente aplicáveis a todos os estabelecimentos e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde que não se incluam no sector empresarial do Estado.

#### **Princípios de Bom Governo das Empresas do Sector Empresarial do Estado da Área da Saúde.**

##### **1. Princípios de actuação**

Os gestores de serviços e estabelecimentos de saúde devem observar os princípios gerais e específicos de actuação em todos os seus comportamentos, no seu relacionamento com os utentes, com os restantes profissionais, com os órgãos da Administração Pública da Saúde, com os fornecedores e outros clientes.

São princípios gerais de actuação o respeito pela legalidade, justiça e imparcialidade, transparência, integridade, prestação de contas e uso eficiente dos recursos públicos.

São princípios específicos de actuação dos gestores de serviços e estabelecimentos de saúde os seguintes:

- a) Equidade na actuação;
- b) Respeito pela liberdade de escolha dos utentes;
- c) Promoção da articulação com as redes de cuidados de saúde e evitando a utilização indevida dos serviços;
- d) Defesa da saúde, a melhoria de qualidade de vida e a prevenção da doença, e com garantia de segurança, qualidade e eficácia;
- e) Atendimento humano, em tempo útil e no respeito pelas necessidades e preferências das pessoas;
- f) Gestão criteriosa com controlo rigoroso dos recursos e prevenção do desperdício, sob todas as suas formas, e actuando de modo socialmente responsável;
- g) Estabelecimento de um ambiente de segurança, desenvolvimento e autonomia dos profissionais de saúde, evitando conflitos de interesse e promovendo a responsabilidade e produtividade;

O respeito pelos princípios determina um conjunto de regras especiais de conduta a observar pelos gestores de serviços e estabelecimentos de saúde.

##### **2. Regras especiais de conduta para com os utentes**

Os gestores devem assumir, de acordo com o papel, posição e âmbito da sua actuação, as seguintes responsabilidades e deveres para com os utentes:

- a) Pugnar para que no hospital existam e se cumpram políticas, processos e procedimentos actualizados que garantam um ambiente seguro, bons cuidados, atendimento pronto e de qualidade.

- b) Garantir que os processos que envolvam doentes funcionem de modo fluído, eficaz e com qualidade. Em especial deverão garantir que no hospital existe:
  - i. Avaliação da qualidade de cuidados e que a informação recolhida é utilizada para a melhoria contínua dos padrões de segurança e qualidade;
  - ii. Avaliação da satisfação de doentes e utilização da informação produzida para melhorar as condições de atendimento dos doentes e eliminar os factores de insatisfação.
- c) Tomar todas as medidas necessárias ao cumprimento integral dos procedimentos e protocolos para atendimento de doentes garantindo, nomeadamente:
  - i. O cumprimento das regras e normas de boa prática que evitem e minimizem os riscos de estadia e tratamento dos doentes;
  - ii. A não discriminação e tratamento equitativo, em especial no acesso aos cuidados;
  - iii. A confidencialidade da informação e atendimento do doente no respeito pela sua privacidade;
  - iv. O aconselhamento e informação a cada doente sobre os seus direitos, alternativas de tratamento e riscos envolvidos, promovendo a escolha informada pelo doente ou representante;
  - v. A prevenção de abusos de poder, de desrespeito pelos direitos e de qualquer actividade que prejudique ou coloque em risco desnecessário os doentes;
  - vi. O acompanhamento por familiares e apoio adequado pelo hospital (social, religioso, outro);
  - vii. A possibilidade de reclamação com rápido esclarecimento e informação de retorno ao doente.
- d) Fazer cumprir as regras estabelecidas com vista à referenciação, continuidade de cuidados e de cooperação com outros serviços de saúde.
- e) Fazer cumprir a legislação e demais normas que respeitam à codificação e à facturação, em especial garantir:
  - i. A verdade, rigor e completude da informação obtida, por regra adequadamente suportada em processo clínico individual;
  - ii. A prevenção e o combate de práticas eticamente reprováveis, como sejam as falsas declarações, a valorização indevida dos actos, a fraude e a falsidade na informação transmitida.

### **3. Regras especiais de conduta para com os profissionais**

Os gestores devem assumir, de acordo com o papel, posição e âmbito da sua actuação, as seguintes responsabilidades e deveres para com os profissionais:

- a) Garantir um ambiente seguro, saudável e livre de riscos evitáveis para todos os profissionais, em especial, garantindo o cumprimento dos procedimentos que visem a prevenção de riscos de doença e de acidentes de trabalho, assim como a resposta adequada quando acontecerem.
- b) Tomar todas as medidas para assegurar um ambiente de trabalho pautado por:
  - i. Atitudes e comportamentos éticos, de honestidade, justiça e humanidade de tratamento, designadamente, equidade na atribuição de oportunidades de realização profissional, de trabalho, de formação e de avaliação do desempenho;
  - ii. Participação e livre expressão dos profissionais, com prevenção de comportamentos inaceitáveis, como sejam o assédio, a intimidação e a discriminação, seja qual a forma e género – sempre possibilitando a exposição de motivos, o apelo e a reclamação;
  - iii. Partilha de informação, desenvolvimento integral de todas as pessoas, promoção da autonomia e responsabilidade de todos os profissionais, cooperação e entreaajuda com vista à melhoria do ambiente e de resultados no hospital;
  - iv. Cumprimento integral da legislação de trabalho e das demais normas que o regulam.

### **4. Regras especiais de conduta tendo em vista o serviço ou estabelecimento de saúde**

Os gestores devem assumir, de acordo com o papel, posição e âmbito da sua actuação, as seguintes responsabilidades e deveres para com o serviço ou estabelecimento de saúde:

- a) Criar um ambiente e organização que previna os erros e promova a excelência, a sustentabilidade, o cumprimento da lei e a responsabilidade no hospital.

- b) Assegurar que a prestação de serviços deverá respeitar os padrões aceites de qualidade e tempo de resposta e ser estendida até onde os recursos disponíveis o permitirem – contrariando o desperdício e o uso indevido dos serviços.
- c) Actuar com vista à melhoria dos resultados do hospital (actuais, potenciais), através de:
  - i. Actuação exemplar e modelo ético de comportamento (pessoal, profissional) fazendo cumprir o código de conduta e promovendo os comportamentos que se enquadrem na Cultura e Valores do hospital – em especial o cumprimento acrescido dos deveres dos funcionários públicos, nomeadamente a lealdade, zelo, eficiência, isenção;
  - ii. Comunicação verdadeira, baseada em informação fidedigna, livre de qualquer intenção negativa ou receio de sanção, assim promovendo uma cultura de abertura, de aprendizagem e difusão do conhecimento;
  - iii. Prevenção da fraude, da corrupção, do uso indevido ou ilegítimo de bens/informação do hospital e actuando, em geral, com vista à melhoria das decisões e á garantia de que não serão influenciadas pelo interesse próprio dos decisores;
  - iv. Desenvolvimento de todos os profissionais e difusão no hospital das melhores práticas de gestão.

#### **5. Regras especiais de conduta no âmbito da sua actividade**

Os gestores devem assumir, de acordo com o papel, posição e âmbito da sua actuação, as seguintes responsabilidades e deveres na sua actividade própria:

- a) Respeitar os princípios referidos neste código, convertendo-se em modelo de actuação, preservando a confidencialidade da informação e evitando conflitos de interesse;
- b) Manter-se actualizado, nos conhecimentos e competências essenciais da sua actividade, tudo fazendo para detectar e implementar boas práticas de gestão.

#### **6. Regras especiais de conduta para com os órgãos da Administração Pública de Saúde**

Os gestores devem assumir, de acordo com o papel, posição e âmbito da sua actuação, as seguintes responsabilidades e deveres para com a tutela:

- a) Cumprir os contratos-programa estabelecidos com o Ministério da Saúde, e actuar com vista à melhoria do acesso, da qualidade e sustentabilidade do SNS. Combater o uso indevido dos serviços e cooperar com os restantes cuidados (hospitalares, primários, continuados e sociais) para melhor tratamento dos doentes, aumento do conhecimento e melhoria dos serviços;
- b) Colaborar activamente com a Administração Pública de Saúde, com vista a melhorar o uso de recursos, a avaliação e a qualidade da informação.

#### **7. Regras especiais de conduta para com a comunidade e com os fornecedores**

Os gestores devem assumir, de acordo com o papel, posição e âmbito da sua actuação, as seguintes responsabilidades e deveres para com a comunidade e em especial com os fornecedores:

- a) Actuar com vista à melhoria da saúde, colaborando com os restantes serviços da comunidade na educação e na promoção da saúde da população;
- b) Adotar uma política de comunicação que reforce a credibilidade do hospital e mantenha a população informada sobre os projectos, os serviços disponíveis, a organização e os resultados conseguidos pelo hospital;
- c) Aumentar a segurança, preservando o meio ambiente, promovendo o uso racional de recursos e o combate ao desperdício;
- d) Na relação com fornecedores e outras entidades actuar de modo ético e no respeito pelos princípios gerais e especiais.