

Contratualização interna vs. contratualização externa

TÂNIA TERCITANO MATOS
ANA CRISTINA FERREIRA
ALEXANDRE LOURENÇO
ANA ESCOVAL

Independentemente do modelo jurídico adoptado para os hospitais é necessário introduzir políticas de gestão estratégicas e adoptar instrumentos que permitam uma melhoria efectiva dos processos de gestão organizacional. A implementação de um modelo de contratualização interna que se traduza na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, consequentemente, a sua desagregação pelos diferentes níveis de gestão, permite alcançar um alinhamento cada vez maior entre os objectivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde. No presente estudo pretendeu-se identificar o estado de arte relativamente à contratualização interna numa amostra representativa das unidades

hospitalares portuguesas, tendo-se concluído pela identificação de acções a desenvolver para servir de suporte à sua efectiva adopção.

Palavras-chave: contratualização; contratualização interna; gestão por objectivos; *balanced scorecard*; governação clínica; *focus group*.

1. Contexto

As políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as actividades governamentais relacionadas com as tarefas de interesse público. Trata-se de um campo de conhecimento que visa colocar o governo em acção e ou analisar essa actuação e, quando necessário, propor mudanças ou alterações no curso das orientações adoptadas (Souza, 2003). Easton (1965) contribui para esta temática ao definir a política pública como um sistema, isto é, como uma relação entre formulação, resultados e ambiente (citado por Souza, 2003). No entanto, quando falamos em análise de políticas públicas, a definição mais conhecida continua a ser a da Laswell, 1936 (citado por Souza, 2003), que passa por responder às questões: quem ganha o quê, porquê e que diferença faz?

Em particular, a política de saúde reflecte o valor de uma sociedade ou comunidade em termos de como e para quem os recursos são distribuídos (Patrick e

□

Tânia Tercitano Matos é jurista, administradora hospitalar e investigadora na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Ana Cristina Ferreira é economista, administradora hospitalar e colaboradora do Projecto de Investigação «Inovação em Políticas de Saúde — o Caso da Contratualização em Portugal» na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Alexandre Lourenço é administrador hospitalar e Director-Coordenador de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde.

Ana Escoval é economista, administradora hospitalar no Centro Hospitalar Lisboa Norte, professora convidada na Escola Nacional de Saúde Pública/UNL. Coordenadora, em Portugal, do Gabinete HOPE — Federação dos Hospitais da União Europeia e da Federação Internacional dos Hospitais (FIH). Presidente da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. É ainda investigadora fundadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS).

Entregue em Fevereiro de 2010

Erickson, 1993) e o seu papel consiste em determinar as preferências da sociedade e desenvolver e adaptar as instituições que podem, de forma eficiente, cumprir essas escolhas (Swayne, Duncan e Ginter, 2006). Por outro lado, o objectivo intrínseco a qualquer política de saúde e, bem assim, a qualquer organização deverá consistir na criação de valor, ou seja, a aplicação dos recursos utilizados deve gerar um benefício maior do que seu custo total ou como refere Porter e Teisberg (2006), o sistema de saúde não deverá centrar a sua actuação na minimização dos custos, dado que os resultados financeiros são um produto e não um objectivo por si só, mas fornecer valor aos doentes, sendo que o valor constitui os resultados em saúde conseguidos por cada dólar gasto.

Podemos dizer que a discussão do momento centra-se no «valor» em saúde: O que devemos pagar e quanto? Reconhece-se que os recursos são limitados, bem como que as expectativas e procura devem ser equilibradas, tendo em conta diferentes realidades, como a efectividade dos cuidados ou o desejo por outros bens ou serviços. Presentemente, com as economias mundiais em depressão, as questões a propósito do valor em saúde podem vir a dominar os próximos debates sobre reformas neste sector.

No entanto, o valor em saúde levanta outras questões, incluindo a eficiência, a medição, a modalidade de sistemas de pagamento adoptados e o nível de responsabilidade pela qualidade dos cuidados assumida (Dentzer, 2009).

Podemos então referir que *valor* para o doente deverá constituir o objectivo que deve guiar as escolhas estratégicas e operacionais para qualquer prestador de cuidados de saúde. No entanto, para alcançar as boas práticas em saúde é necessário focalizar as actividades no doente assegurando os princípios fundamentais que norteiam os sistemas de saúde — a acessibilidade, a equidade, a efectividade e a qualidade —, bem como a articulação com os objectivos estratégicos do «negócio» da saúde — acessibilidade, eficiência e inovação tecnológica — num quadro de sustentabilidade financeira (Porter e Teisberg, 2006). Por seu turno, garantir a sustentabilidade financeira do sistema de saúde minimizando as ineficiências e evitando o desperdício implica uma maior responsabilização de todos os níveis de gestão e um controlo efectivo do crescimento da despesa, sendo certo que o cumprimento de tal objectivo não poderá decorrer de uma qualquer restrição no acesso ou redução da qualidade, antes sim, de uma gestão verdadeiramente eficiente do sistema.

As organizações são o produto do ambiente e contexto em que operam e muitas das características e comportamentos das organizações de saúde resultam

de factores sociais, políticos e económicos. Porém, alguns resultados derivam igualmente da natureza da organização. A natureza pessoal e personalizável dos serviços de saúde, a vulnerabilidade e necessidade de suporte e defesa dos doentes, a complexidade do processo de tratamento e a natureza da tecnologia utilizada contribuem decisivamente para os desafios da gestão das unidades de saúde (Walshe e Smith, 2007).

Naquilo que respeita em particular às instituições hospitalares, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000) tem referido que o tradicional modelo de tratamento de cuidados agudos em hospitais existe há pouco mais de um século, tendo a evolução da medicina no século xx determinado que o hospital adquirisse uma proporção crescente de prestação de cuidados de saúde, mais como resultado do poder político e influência do exercício da profissão médica do que em consequência de um processo de planeamento estratégico.

É talvez por esse motivo que, na maioria dos países, o sector de cuidados agudos contribui para a maioria dos gastos com a saúde — a título meramente exemplificativo no Reino Unido os hospitais consomem cerca de 55% do orçamento da saúde (UK. Department of Health, 2005), em Portugal, no ano 2005, os principais prestadores financiados pelo SNS foram os hospitais (55,2%) (Portugal. INE, 2007). Consta-se que a pressão dos custos neste sector é considerável e os problemas financeiros de muitos sistemas de saúde estão fortemente enraizados no desempenho dos serviços prestados em sede de cuidados agudos.

Neste contexto, citando Estorninho (2008), no seu novo papel o hospital deve funcionar como reserva, dando-se prioridade aos outros níveis de prestadores de cuidados de saúde, sobretudo, aqueles de menor dimensão, que funcionem junto das populações, e que estejam ligadas em rede, entre si e com os hospitais. Também um maior relevo deve ser dado à medicina preventiva passando de uma lógica de *tratar quem chega* para *prevenir e evitar*. A par de uma maior ênfase nos *outputs* (e não nas admissões) mostra-se necessário repensar a estrutura interna do hospital e o tradicional modelo assente no serviço de especialidade como célula base do hospital, acentuando-se a necessidade de multidisciplinaridade permanente.

Assim, tanto na dimensão externa, relativamente ao ambiente de oferta e procura de cuidados, como na dimensão interna de coordenação e articulação das diferentes unidades para alcançar níveis aceitáveis de efectividade e eficiência, os hospitais necessitam de evoluir para modelos que privilegiem a alta performance em relação aos objectivos organizacionais para responderem à sua missão última.

Contudo, as instituições prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os hospitais, são entidades complexas que detêm especificidades próprias, sendo que uma das suas principais missões consiste em prosseguir objectivos que visem uma melhoria ao nível da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados prestados. Para além disso, os hospitais enfrentam crescentes forças de mudança, incluindo o impacto das mudanças populacionais, os padrões de doença, as oportunidades de novas intervenções médicas associadas a novos conhecimentos e tecnologias e, ainda, as expectativas públicas e políticas. Neste contexto, o principal desafio passa então por integrar tecnologias diversificadas tendentes a melhorar os cuidados de saúde, o que implica compreender o funcionamento de um sistema complexo e criar de forma espontânea uma plataforma adaptável ou uma coordenada rede de prestadores, voltada para reduzir o desperdício, melhorar a qualidade de vida, eliminar listas de espera desnecessárias e erros médicos evitáveis, permitindo uma maior interdisciplinaridade e colaboração no tratamento de doentes com uma variedade de doenças agudas e crónicas ao longo dos diferentes *settings* (Tan, Wen e Awado, 2005).

Como refere Douglas e Brooks (2007), tal como o estado de saúde e a forma de prestação dos cuidados de saúde se alteram, também os hospitais inevitavelmente necessitam de responder e adaptar-se, o que nem sempre se mostra simples, atenta a sua natureza intrínseca.

Vários esforços têm sido efectuados no sentido de caminhar para um modelo gestor, mais voltado para um uso racional e distribuição eficiente dos recursos disponíveis com claras repercussões ao nível do reforço das competências das diferentes unidades administrativas, pela adopção de uma estratégia associada a indicadores de desempenho, sendo obrigatória e necessariamente imprescindível reconhecer e adoptar uma perspectiva mais focalizada em resultados a atingir.

A rede de hospitais portugueses encontra-se hoje em dia dividida em dois grupos, os Hospitais SPA (Sector Público Administrativo) e os Hospitais EPE (Entidades Públicas Empresariais). Os primeiros constituem-se como unidades que se regem pelas regras de gestão da Administração Pública naquilo que respeita aos recursos humanos, aquisições de bens e serviços, contabilidade e gestão financeira. Já na rede de hospitais empresariais procuraram-se introduzir regras gestórias mais flexibilizantes.

Contudo, independentemente do modelo jurídico de cada um dos hospitais, é premente introduzir políticas de gestão para a melhoria efectiva dos processos na gestão organizacional, isto é, políticas de gestão,

estratégias sectoriais e meios para definir medidas e objectivos que traduzam de uma forma muito clara a missão e visão destas instituições.

A este propósito, recorde-se a gestão por objectivos ou, na terminologia inglesa, Management By Objectives (MBO), um conceito desenvolvido por Peter F. Drucker no anos 50, que define um sistema de gestão caracterizado como um método de planeamento e avaliação, baseado em factores quantitativos, em que superiores e subordinados elegem áreas prioritárias, estabelecem resultados a serem alcançados pela organização, dimensionam as respectivas contribuições e procedem ao sistemático acompanhamento do desempenho. Deste conceito conclui-se que o planeamento constitui o ponto de partida e a base da tomada de decisões, na medida em que é através dele que são definidos os objectivos organizacionais e estabelecidas as formas de os atingir.

1.1. A necessidade de um novo modelo organizacional

Douglas e Brooks (2007) referem, em estudo recente tendente à justificação da necessidade de alterações na forma de actuação dos hospitais, que em parte devido a barreiras políticas, o Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS) não tem obtido os melhores resultados na sua reconfiguração, quer em termos de promoção da qualidade, quer na questão da acessibilidade, nem sequer tem vindo a colher a necessária confiança pública para o processo de mudança.

Mais referem os autores que os hospitais devem contribuir para promover a saúde reduzindo as iniquidades, como parte do sistema de saúde na sua globalidade. No entanto, o seu impacto em termos de saúde pública é limitado. Os hospitais prestam uma série de cuidados de alto valor quando a saúde está «ameaçada» e podem promover melhores resultados ao nível do tratamento aplicando a tecnologia e o conhecimento onde é necessário. Por outro lado, também necessitam de operar de forma efectiva e eficiente, no sentido de assegurar o óptimo benefício dos recursos limitados. Mais do que isso, o sistema de saúde necessita de ser sustentável para enfrentar as necessidades do futuro e o hospital continuará a desempenhar um papel fundamental, mas contudo diferente, como promotor da saúde e necessariamente contribuindo para a redução das iniquidades.

Como um serviço público (na sua grande maioria), os hospitais necessitam igualmente de responder às necessidades do doente e do público providenciando uma experiência correcta e dignificante aquando da resposta às necessidades individuais e preferências em causa e, essencialmente, mostrarem-se flexíveis

para enfrentar esses desafios, a par da promoção de acesso aos cuidados de saúde e de obtenção da necessária confiança dos seus utilizadores.

No caso português, a contratualização com os hospitais no sector público visa essencialmente uma prestação de serviços que responda às necessidades colectivas e promova um verdadeiro benefício público na utilização dos recursos, distribuindo-os prioritariamente por áreas mais desfavorecidas e grupos de risco, e contribuindo de alguma forma para uma aproximação ao princípio da equidade no acesso.

A contratualização visa introduzir um método mais eficaz para atingir o desempenho e *accountability* definindo um conjunto de serviços juntamente com um orçamento. Esta ferramenta tem sido destacada mundialmente no âmbito das reformas encetadas no sector da saúde e no decorrer da separação financiador-prestador, e apresenta como potenciais vantagens a *i*) ligação entre alocações financeiras a *outputs* de serviços, resultados e padrões de consumo, facilitando, ainda, a medição de melhorias em eficiência e equidade e a *ii*) clarificação das funções e responsabilidades das partes potenciando uma maior responsabilização (England, 2000).

Em Portugal, o Despacho Normativo n.º 22 250/2005 de 3 de Outubro reiniciou o processo de contratualização e reabilita as Agências de Contratualização, criadas em 1997.

Constitui-se como uma nova política de saúde que permite uma melhor utilização e distribuição dos recursos públicos para a saúde, interessando-se pela defesa dos interesses dos pagadores, tendo por base um mecanismo de monitorização e a avaliação contínua dos objectivos contratualmente estabelecidos.

Ora, não existindo um sistema de reembolso de custos, mas um contrato-programa, a sobrevivência do hospital enquanto unidade autónoma tem de assegurar uma prestação de cuidados de saúde eficiente, ou seja, garantir que não existe desperdício de recursos, que os mesmos são utilizados com o menor custo e que o nível de actividade do hospital satisfaz as necessidades de saúde da população que serve.

A contratualização interna, também apontada como gestão por objectivos, apresenta-se como instrumento susceptível de promover um alinhamento cada vez maior entre os objectivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde, onde se deverão privilegiar os elementos que promovam ganhos efectivos em saúde e não apenas a produção de actos médicos. Trata-se de uma alteração de paradigma onde se pretende evoluir do tradicional modelo burocrático, de comando e controlo, para um modelo que introduz um maior rigor e transparência, liberdade e autonomia responsabilizante e permite alcançar ganhos de eficiência na gestão.

A prestação de cuidados de saúde, quer seja realizada ao nível de um hospital, centro de saúde, grupo de médicos, ou a título individual, é um empreendimento complexo que envolve um vasto número de actividades e desafios. Um conjunto crescente de literatura tem revelado numerosas oportunidades para a melhoria de processos em todos os aspectos da prestação de cuidados que podem reduzir os erros e complicações, melhorar resultados de tratamento e impulsionar a eficiência. Assimilando todas estas melhores práticas e melhorando a eficácia operacional, alcançar-se-á um equilíbrio entre qualidade e custo (Porter e Teisberg, 2006).

O esforço e dedicação aplicados para melhorar a eficácia operacional constituem elementos importantes para qualquer organização, mas não são suficientes. Cada organização necessita de uma estratégia orientadora que defina os seus objectivos e propósitos, o «negócio ou negócios» nos quais irá operar, os serviços que vai oferecer e os caminhos que deve procurar para se distinguir dos seus semelhantes. A falta de estratégia numa organização implica uma incerteza na direcção a prosseguir e, consequentemente, uma impossibilidade para atingir a verdadeira excelência. Sem direcção e focalização poder-se-á mesmo dizer que é praticamente impossível ser verdadeiramente eficiente nas operações.

Cumpre-nos assim questionar como podem os prestadores criar estratégias mais efectivas e obter um melhor desempenho?

A formulação e implementação de uma estratégia deverá começar, desde logo, por envolver e capacitar as pessoas que vão executá-la. Este paradigma substitui a abordagem de comando e controlo utilizado pelos gestores de topo durante a maior parte do século xx, visando uma nova perspectiva que implica partilhar as visões e estratégias de longo prazo, materializadas num instrumento de gestão (Kaplan e Norton, 1996).

No entanto, o alinhamento da organização no sentido de uma visão partilhada e direcção comum é um processo longo e complexo.

Actualmente, existem vários instrumentos de apoio à decisão e de gestão estratégica destacando-se o *Balanced Scorecard* (BSC), como um sistema de medição mais completo que incorpora mecanismos para a medição das componentes financeiras e não financeiras, fazendo a necessária ligação e traduzindo a missão e visão da organização. Neste sentido, o BSC contempla as medidas financeiras que permitem apurar os resultados das acções já tomadas, prevendo ainda medidas operacionais relacionadas com clientes, processos internos, aprendizagem e crescimento que constituem os *drivers* do desempenho futuros.

Paralelamente, a Governação Clínica (GC) é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados.

No entanto, a GC não é nem nunca foi um fim em si mesmo. Juntamente com uma efectiva gestão constitui um meio essencial para a promoção de um sustentado sistema de qualidade nos cuidados prestados, quer pelo profissional de forma individual, quer por equipas, pelas organizações ou por um coordenado e coerente sistema de saúde local. Representa, ainda, um meio fundamental pelo qual as organizações do NHS asseguram as suas principais funções estatutárias, entre as quais, está o dever de qualidade e o dever de «envolvimento público e participação do doente» (McSherry e Pearce, 2007).

O conceito de GC surgiu, no final da década de noventa, na sequência de uma acção concertada para reformar o NHS. Desde essa altura, tem sido entendida como uma mudança cultural de todo o sistema fornecendo os meios para a capacitação da organização em prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, de forma sustentável, auditável e centrada no cidadão (Nichols *et al.*, 2000). Assim, foi definido um conjunto de áreas estratégicas de intervenção que inclui a medicina baseada na evidência, a efectividade clínica, a formação e educação, investigação e desenvolvimento, auditorias clínicas, gestão do risco e empoderamento dos doentes, por se inserirem no âmbito da qualidade, ou seja, por contribuírem para a sustentabilidade de uma prática clínica geradora de qualidade.

Por seu turno, a GC foi concebida como um processo *bottom-up* de desenvolvimento local, ambicionando inspirar e entusiasmar os profissionais de saúde e fomentando parcerias activas com os doentes. Na maioria das unidades, as expectativas não foram cumpridas. Dado o enfoque em questões abstractas como o risco, a segurança e a qualidade, a implementação resultou num agregado indiferenciado incapaz de considerar a abrangência dos processos clínicos, organizacionais e interpessoais (Degeling *et al.*, 2004).

Esta incapacidade em considerar as variações da prática clínica teve dois efeitos principais na governação clínica. Num primeiro momento, distanciou-se das preocupações do dia-a-dia, num segundo momento, o divórcio entre o risco e a segurança da especificidade em prestar cuidados a diferentes tipos de doentes encorajou os clínicos a percepcionarem a governação clínica como um exercício de gestão e trabalho administrativo em detrimento da prestação de cuidados aos doentes (Degeling *et al.*, 2004).

Os mesmos autores (Degeling *et al.*, 2004) apelam ao reconhecimento do papel central dos clínicos no

desenho, prestação e melhoria dos cuidados, de forma a que médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e gestores sejam apoiados e encorajados a aceitar as inter-conexões entre a dimensão clínica e os recursos, a reconhecer a necessidade de equilíbrio entre a autonomia e a apresentação de resultados, a apoiar a sistematização do trabalho clínico e a subscrever a partilha de poder de abordagens de trabalho clínico mais integradas e baseadas em equipas.

Edwards (2004) sugere duas pré-condições para o sucesso deste modelo: primeiro, mostra-se necessário reconhecer que a definição de profissionalismo inclui a utilização de técnicas que aumentam a segurança e a efectividade de cuidados, a aplicação da estandarização quando apropriado, a assunção da responsabilidade pelos recursos financeiros necessários e a prestação de contas da qualidade e desempenho; segundo, os legisladores e líderes devem desenvolver objectivos e formas de trabalho com significado para os clínicos, sendo estas suportadas por mecanismos de gestão do desempenho.

Já em 2006, o *Department of Health* britânico apresentou o conceito de governação integrada como sistemas, processos e comportamentos em que as instituições direccionam e controlam as suas funções de forma a alcançar os seus objectivos organizacionais, a segurança e qualidade da prestação, em que se relacionam doentes e prestadores, a comunidade e os parceiros. Uma verdadeira abordagem de integração deveria criar uma cultura não burocrática de partilha de conhecimento, trabalho de equipa e elevado desempenho.

Essencialmente, mostra-se necessário evoluir de um modelo burocrático de gestão para um modelo de serviço de saúde focado na liderança, sendo assim necessário integrar os diferentes actores de forma a coordenar eficientemente a prestação de cuidados de saúde e, simultaneamente, quebrar as barreiras entre diferentes profissionais, a gestão tradicional e a comunidade.

Em Portugal, o processo de empresarialização da maioria dos hospitais portugueses permitiu uma maior liberdade individual e flexibilização na capacidade de adaptação interna das instituições às novas circunstâncias. Enquanto algumas unidades têm fortalecido a organização clássica em Serviços de Acção Médica, outras têm constituído verdadeiros órgãos de gestão intermédia que, sem quebrar a unidade de conjunto, são dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão.

Neste contexto e naquilo que concerne aos próprios profissionais de saúde, Iles (1997) define três regras fundamentais: *i)* Acordar precisamente no que é expectável que os profissionais alcancem; *ii)* Assegu-

rar que ambos acreditam ter as competências e recursos necessários para atingir os resultados esperados; *iii)* Dar *feedback* em que pontos estão os resultados a ser alcançados.

É no prosseguimento desta linha de actuação e cumulativamente com as vantagens da contratualização entre pagador-prestador que se têm promovido modelos heterogêneos de negociação interna. Estas alterações têm importantes implicações na forma como os hospitais prestam os cuidados, sendo determinante a reconfiguração dos processos, de diferentes espaços físicos e, necessariamente, de pessoas com novas e diferentes competências.

Afinal, um novo modelo organizacional constitui não só uma necessidade mas indubitavelmente uma prioridade para a melhoria da qualidade e eficiência da prestação para alcançar ganhos em saúde.

1.2. O papel da contratualização interna num processo de contratualização efectivo: o *Balanced Scorecard* como instrumento de implementação da contratualização interna

Em Portugal, a articulação entre a tutela (Administração regional/central) e as instituições hospitalares concretiza-se, actualmente, através do processo de contratualização que tem por base uma metodologia de relacionamento entre financiadores, compradores e prestadores, assente numa filosofia contratual e envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados.

Os Contratos-Programa (CP) definem o nível e a composição da produção contratada, os objectivos a atingir e acordados com a tutela, assim como os indicadores que permitem aferir o desempenho das instituições na perspectiva de garantia dos princípios de acesso e qualidade, desempenho económico-financeiro e assistencial.

Para o cumprimento do CP é essencial existir, no interior da organização, uma coordenação e motivação dos profissionais em linha com a estratégia definida ao nível macro, sendo exigido que, nesse âmbito, sejam estabelecidos objectivos claros, bem definidos e conhecidos de todos os envolvidos no processo.

A articulação entre os três níveis de gestão, a saber, a administração central/administrações regionais de saúde, os conselhos de administração e os níveis de gestão intermédia (centros de responsabilidade integrada e departamento/serviços) em torno dos objectivos definidos é exigível para a concretização das políticas de saúde, da missão do hospital e das metas de desempenho e resultados de médio e longo prazo fixados.

No entanto, para a materialização desta dinâmica, defendemos a necessidade de adopção e implementação de um modelo de contratualização interna que se traduza na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, conseqüentemente, a sua desagregação pelos diferentes níveis de gestão, possibilitando que a organização trabalhe de forma convergente e coerente para um fim comum. Para além disso, para ser efectiva, a contratualização interna necessita da definição «(...) de uma política clara, de meios adequados de controlo da gestão, da verificação da auditoria interna activa e permanente, de um sistema de informação com base na actividade e uma gestão partilhada de valores que se traduza num espírito de processo e num mínimo de procedimentos» (Gruson, 2002).

Entende-se, assim, que este processo tornar-se-á muito difícil, se não mesmo impossível, se a contratualização se mantiver unicamente ao nível de topo, comprometendo um efectivo processo de contratualização.

Como se deixou referido, a actividade dos hospitais deverá regular-se através dos compromissos assumidos no âmbito de um processo de contratualização liderado por departamentos de contratualização, sendo sobejamente referido que esta contratualização deverá orientar a sua actuação com rigor, transparência e responsabilização, abrangendo as diferentes dimensões da actividade assistencial, de acessibilidade, de qualidade e de eficiência. Por outro lado, o sucesso do processo de contratualização (externa) passa, em grande medida, pela introdução de mecanismos e instrumentos que possibilitem a transição de paradigma para uma cultura de contratualização interna e de participação dos diversos actores no cumprimento da missão, valores e estratégia das instituições que representam.

Verificamos que, em Portugal, as instituições hospitalares encontram-se em patamares diferentes naquilo que respeita ao desenvolvimento da contratualização interna, sendo também cada vez mais evidente a consciência da sua necessidade e implementação, como um instrumento necessário para a eficiência da gestão e concretização das metas contratualizadas externamente.

Várias experiências, neste sentido, têm sido levadas a cabo, como é o caso dos centros de responsabilidade, embora aqui, numa perspectiva parcial de serviços ou departamentos, e não envolvendo a organização como um todo. Com efeito, estas unidades pretendem constituir-se como verdadeiros órgãos de gestão intermédia, os quais, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder

decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão¹.

O Decreto-Lei n.º 219/99, de 18 de Setembro, criou os designados Centros de Responsabilidade Integrados (CRI)² nos hospitais do SNS que se constituem como unidades de contratualização interna, traduzindo um compromisso entre os gestores dos CRI e o Conselho de Administração do Hospital para o cumprimento de um dado volume de produção de cuidados, negociados em função dos recursos atribuídos. Com efeito, constituem níveis intermédios de gestão, entre o nível de administração e o nível operacional, baseados no processo assistencial, agrupando serviços e/ou unidades funcionais, por áreas homogêneas de actividade, em qualquer caso com dimensão gestonária adequada e com afinidade funcional, sendo, ainda, dotados de órgãos de gestão com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objectivos, nos termos e no âmbito do contrato-programa e orçamento acordados com a administração do hospital.

No fundo, os CRI surgem como resultado de uma visão contabilística de organização em centros de custos e o seu espírito visava atingir uma maior eficiência e melhorar a acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos colocados à sua disposição. Por outro lado, procurava-se ainda aumentar a produtividade e a qualidade da actividade, através da atribuição de incentivos aos profissionais, de acordo com o respectivo desempenho (individual e colectivo) e na medida dos ganhos de eficiência obtidos (Barros e Gomes, 2002).

Independentemente da forma de organização, importa agora atender na questão da medição do desempenho e nos instrumentos que podem contribuir para uma gestão mais efectiva nas unidades de saúde.

Historicamente, muitos sistemas de medição encontravam-se dominados por aspectos financeiros, contudo, estas medidas apenas se referiam aos resultados das acções já adoptadas (Kaplan e Norton, 2002). Mais referem os mesmos autores que num sofisticado mundo de negócios é igualmente importante focarmo-nos nos aspectos relacionados com o futuro desempenho financeiro, os quais constituem os indicadores operacionais. Outros autores, salientam que a tradicional perspectiva financeira já não é a mais

adequada, na medida em que uma qualquer organização deverá colocar uma maior ênfase nos clientes, profissionais, riscos da actividade e aspectos de acompanhamento e monitorização (Amaratunga *et al.*, 2002, citado por Schmidt, 2006).

O objectivo de qualquer sistema de medição do desempenho é estabelecer um conjunto de indicadores, os quais representem e controlem a perspectiva financeira da actividade e uma componente não financeira e de medidas operacionais que conduzam a resultados financeiros. Neste contexto, mostra-se essencial analisar as relações causa efeito de todos os indicadores que se podem dividir entre *drivers* de desempenho/indicadores principais de actividade (preditivos) e medidas de resultados/indicadores de desempenho (acompanhamento) (Kaplan e Norton, 1996).

O BSC surgiu, em 1990, como resultado de um estudo desenvolvido por Robert Kaplan e David Norton em diversas empresas do sector privado (Shutt, 2003; Kaplan e Norton, 1996). Neste estudo, os gestores de topo das organizações reconheceram que os sistemas de medição que utilizavam tinham uma influência decisiva no comportamento dos seus colaboradores (Kaplan e Norton, 1996). Estes mesmos gestores reconheceram, ainda, que a tradicional análise financeira baseada em indicadores como o ROJ (*earnings per share*), podem traduzir sinais que não os mais correctos perante as necessidades de inovação contínua actualmente exigidas.

À medida que as organizações procuram obter as necessárias competências para chegar a este novo estágio de evolução, verificam que o sucesso ou insucesso obtido dificilmente pode ser impulsionado ou medido no curto prazo pelos métodos tradicionais de análise financeira baseados em métodos contabilísticos (Kaplan e Norton 1996).

Dessa forma, o BSC surgiu como um sistema de medição mais complexo que incorpora mecanismos para os aspectos financeiros e não financeiros, fazendo a sua ligação com a missão e visão da organização. Assim, este instrumento apresenta medidas financeiras que transmitem os resultados das acções já tomadas, sendo complementado por medidas operacionais relativas a clientes, processos internos e de aprendizagem e crescimento que são os motores do desempenho.

Representando uma ferramenta de análise transversal, considera a integração das diferentes perspectivas alinhadas com a missão, visão e políticas de gestão, a saber: i) a perspectiva financeira, centra-se na capacidade da organização concretizar os seus objectivos em termos económicos e em remunerar os recursos utilizados; ii) a perspectiva do cliente, foca as expectativas dos clientes e «segmentos de mercado» em que a orga-

¹ <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.html>

² De acordo com o Decreto-Lei n.º 219/99, de 18 de Setembro, todos os hospitais e centros hospitalares do SNS deveriam estar organizados em CRI até ao mês de Dezembro de 2003, o que não veio a acontecer.

nização opera; *iii*) a perspectiva dos processos internos é orientada para os processos que criam a cadeia de valor; *iv*) e a perspectiva de aprendizagem e crescimento focaliza os recursos, as competências e a capacidade da estrutura organizacional (pessoal, sistemas de informação, sistemas operacionais) em melhorar continuamente a sua performance (Onetti, 2003). Assim, pretende responder a quatro questões igualmente fundamentais (Kaplan e Norton, 1996): *i*) De que forma devemos ser vistos pelos nossos accionistas (Financeira); *ii*) Quais os processos internos em que devemos procurar a excelência (Processos internos); *iii*) Conseguiremos continuar a inovar e criar valor (Crescimento e aprendizagem); *iv*) Como devemos ser vistos pelos nossos clientes? (Clientes).

Ao fornecer aos gestores informação sobre quatro perspectivas diferentes, objectivas e quantificáveis, o BSC impede o excesso de informação. Para além disso, esta estrutura permite criar um equilíbrio entre os resultados que a organização pretende atingir (normalmente os que dizem respeito às perspectivas financeira e de clientes) e os potenciadores desses resultados (normalmente os processos internos e a aprendizagem e crescimento).

Como já referido anteriormente, a aplicação do BSC tem por base cinco princípios chave para que seja conseguida uma implementação com sucesso:

- i. Operacionalizar a estratégia (traduzir a estratégia em acções);
- ii. Alinhar a actividade da organização relativamente à estratégia definida;
- iii. Tornar a estratégia uma função de todos;
- iv. Tornar a estratégia num processo contínuo;
- v. Conduzir a mudança com base numa forte liderança.

No entanto, o desenvolvimento e implementação de um instrumento de gestão como o BSC é um processo exigente. Neste sentido, várias referências na literatura apontam como factores críticos de sucesso a obtenção de consenso sobre a necessidade e a mais-valia do BSC, ao nível dos membros dos órgãos directivos, onde se desencadeia todo o processo, e a relevância da gestão intermédia, pelo que conseguir a sua adesão e apoio ao longo do tempo é um desafio importante. Também o nível de preparação técnica dos órgãos de gestão e a sua formação sobre este instrumento de gestão surgem descritos como aspectos determinantes na concretização deste desafio.

Na perspectiva das organizações de saúde, mostra-se necessário atender a um conjunto equilibrado de medidas que contemplem a efectividade clínica, experiência do utilizador, gestão do risco, afectação eficiente dos recursos e a efectividade da estratégia

(Moullin, 2002, citado por Schmidt, 2006). Por seu turno, é essencial considerar as expectativas dos utilizadores para eliminar o desperdício e atribuir de forma eficiente os recursos, obter profissionais motivados e bem treinados, tendo em vista a prestação de um serviço de excelência (Schmidt, 2006).

Seguindo um estudo sobre o processo de implementação do BSC (Inamdar e Kaplan, 2002) em várias instituições prestadoras de cuidados de saúde reconheceu-se que a determinação e o comprometimento da gestão de topo é um aspecto determinante para o desenvolvimento e implementação de um processo que é longo, exigente e que se dirige a todos os níveis da organização. A afectação de tempo e a disponibilidade dos diferentes intervenientes constituem ainda um factor que não pode ser menosprezado. A implementação do BSC é uma actividade consumidora de tempo e que obriga a uma mudança na forma como os diferentes níveis de gestão estão habituados a pensar a estratégia e a sua forma de implementação. Assim, a disseminação do BSC por toda a organização revela-se uma dificuldade que deve ser tida em conta, dado que muitos colaboradores começam por considerá-lo mais como um «aborrecimento», face ao tempo limitado a dedicar a este esforço em relação a outras responsabilidades, mas acima de tudo, existe o receio da avaliação. A formação dos colaboradores e a contratação de consultores ou de elementos designados para trabalhar na implementação do BSC são normalmente utilizados como meios para ultrapassar ou minimizar estas resistências.

Finalmente, obter e interpretar dados de forma custo-efectiva e continuar a manter o BSC simples é algo que também requer esforço, no sentido em que exige uma forte capacidade de síntese e de concentração na informação que realmente interessa.

Apesar dos pontos acima abordados requererem especial atenção, o BSC apresenta diversos benefícios e mais-valias reconhecidas, muitas vezes acima e para além das antecipadas inicialmente.

Várias organizações de saúde, participantes no referido estudo (Inamdar e Kaplan, 2002) relatam, ainda, que o processo de desenvolvimento deste processo força a clarificação e a consensualização da estratégia da organização, levando a focalizar e a alinhar todos os níveis hierárquicos. Por sua vez, o enquadramento proporcionado pelas quatro perspectivas do BSC é também apontado como um elemento que ajuda a criar uma lógica de causa-efeito, fundamental para a tomada de decisão. Para além disso, os indicadores chave utilizados permitem que estas decisões sejam baseadas em factos e tomadas em tempo real. O estabelecimento de prioridades através da identificação, racionalização e alinhamento de actividades é também reconhecido como uma das mais-valias

deste instrumento de gestão, permitindo a concentração da organização nas suas actividades nucleares e no lançamento de iniciativas que apoiem essas actividades.

Por outro lado, a propósito de um outro estudo levado a cabo por (Funck, 2005) o BSC apresenta-se ainda como um integrador de interesses (políticos, gestores e profissionais de saúde) com potencial para resolver conflitos interdepartamentais.

A ligação entre a estratégia e a atribuição de recursos, resultando numa associação entre planeamento estratégico, orçamentação e afectação de recursos, bem como a facilitação de uma maior *accountability*, especialmente quando ligada a planos de incentivos para a gestão, resumem os principais benefícios que podem ser conseguidos com a aplicação do BSC.

Conclui-se, assim, que o BSC é de grande importância para medir os resultados das decisões estratégicas, revelando-se uma ferramenta robusta para detectar desvios e introduzir mecanismos de correcção. Mais do que isso, parece ainda revelar-se fundamental para medir o sucesso das estratégias baseadas em factores clínicos e igualmente facilitador da própria construção do processo.

Aliás, como refere Shutt (2003), a gestão de cuidados de saúde necessita de uma série de ferramentas efectivas, as quais permitam caminhar no sentido da obtenção dos objectivos organizacionais. Através da implementação do BSC, Kaplan e Norton providenciam um quadro para o estabelecimento de objectivos de desempenho mensuráveis incorporando, ainda, a melhoria contínua da qualidade através da organização. Esta nova forma de pensar a organização em detrimento de modelos focados quase exclusivamente na componente financeira ou apenas no factor qualidade são ultrapassados quando se aplica o BSC que combina estas e outras abordagens com a visão de que todos os aspectos da organização se encontram relacionados. O autor concluiu que novas estratégias de gestão são necessárias na gestão de cuidados de saúde, não apenas para resolver problemas, mas também para antecipar a mudança.

Outra questão relevante, referenciada por autores como Gurd e Gao (2006) em estudos recentes, aponta para a imprescindibilidade de incluir as necessidades dos doentes como um elemento central para o BSC, ao invés, de continuar a privilegiar-se as componentes económico-financeiras.

Naquilo que especificamente se refere à gestão hospitalar, o controlo dos resultados através da medição do desempenho e produtividade representa uma das influências mais visíveis na Nova Gestão Pública e tem assumido um papel crescente em vários países, por se entender que é este, de facto, o modelo que induz uma maior eficiência no sistema.

Muitos hospitais têm respondido a este desafio através da adopção de técnicas e sistemas de medição do desempenho/produtividade usualmente utilizados noutros sectores, tal como o BSC. Muito embora os *scorecards* possam ter surgido como uma tendência quando aplicados ao campo da saúde, de facto têm assumido um papel importante, e dir-se-á mesmo indispensável, em termos de planeamento estratégico nas organizações. No entanto, não devemos esquecer as características particulares do sector da saúde, pelo que a conceptualização e implementação destas ferramentas necessitam de alguma criatividade, iniciativa e de cooperação entre os diferentes intervenientes no processo, por forma a promover a gestão e prestação de cuidados de saúde a um custo reduzido, sem que isso implique a perda de qualidade (Walker e Dunn, 2006).

2. Método e metodologias

Dada a importância e actualidade da temática, a equipa de investigação iniciou um estudo através do qual pretendeu, num primeiro momento, identificar o estado de arte da contratualização interna nas unidades hospitalares portuguesas. Procurou-se perceber, igualmente, qual a percepção dos hospitais relativamente a esta nova abordagem, se mantinham processos activos de contratualização interna e quais, e bem como apurar a viabilidade para a sua implementação, designadamente, as dificuldades e limitações que lhe estão associadas.

O estudo iniciou-se em Julho de 2007 com a realização de um primeiro *Focus Group*.

A reunião de *Focus Group* iniciou-se pelo enquadramento e explicitação dos objectivos e, num segundo momento, pela realização de uma análise SWOT. Foram depois identificadas as principais acções a desenvolver para suporte à contratualização interna e, por fim, procedeu-se à priorização dessas acções pelo seu grau de importância e dificuldades associadas à sua implementação.

Após a realização do *Focus Group*, a equipa de investigação procedeu à aplicação de um questionário disponibilizado na Intranet Pulsar (intranet das instituições do SNS gerida pela Administração Central do Sistema de Saúde), o qual visava recolher informação sobre o nível de desenvolvimento do processo de contratualização interna em cada hospital, bem como a hierarquização/priorização das principais etapas para a implementação do referido processo.

Para o efeito, contou-se com a colaboração dos departamentos de contratualização das cinco ARS e 34 participações de membros dos CA dos hospitais, correspondendo a um total de 30 hospitais partici-

pantes (aproximadamente 43% do universo de hospitais), repartidos entre hospitais gerais, distritais, especializados e psiquiátricos e distribuídos pelas diferentes regiões de saúde.

Após uma análise aos resultados do inquérito, em meados do mês de Abril de 2008, o grupo de investigação, uma vez mais através da utilização do *Focus Group*, preparou uma reunião de discussão, tendo em vista uma nova reflexão sobre a temática da contratualização interna nos diferentes contextos hospitalares.

Este segundo *Focus Group*, contou com a participação de 5 hospitais³ e, no seguimento da análise de conteúdo, foram extraídas cinco recomendações.

Considerando essas cinco recomendações, que se referem essencialmente ao processo de implementação e desenvolvimento da contratualização interna nas instituições hospitalares, no mês de Agosto de 2008, procedeu-se à elaboração e aplicação de um novo questionário a 12 hospitais⁴, solicitando que estes atribuíssem um nível de prioridade a cada uma das recomendações. Os resultados de cada uma destas análises constam de forma pormenorizada no capítulo seguinte.

³ Hospitais da Universidade de Coimbra; Hospital de Santa Maria; Hospital de Santo António; Hospital de São João; Hospital de Vila Nova de Gaia.

⁴ Centro Hospitalar de Lisboa Norte; Centro Hospitalar de Lisboa Central; Hospital do Espírito Santo de Évora; Hospital de S. João; Centro Hospitalar de Coimbra; Centro Hospitalar do Alto Ave; Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; Hospital de S. Teotónio — Viseu; Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio; Centro Hospitalar do Porto; Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; Hospital de Santo André — Leiria.

3. Apresentação dos resultados

3.1. *Focus Group I*

3.1.1. *Metodologia da secção*

A metodologia adoptada para a realização do *Focus Group* encontra-se descrita na *Figura 1*.

O objectivo da reunião passou por identificar quais as linhas de acção necessárias para concretizar a contratualização interna de forma a promover a sintonia de acções e objectivos entre a administração (central e regional), as administrações dos diferentes hospitais e os níveis intermédios de gestão (prestadores directos de cuidados de saúde).

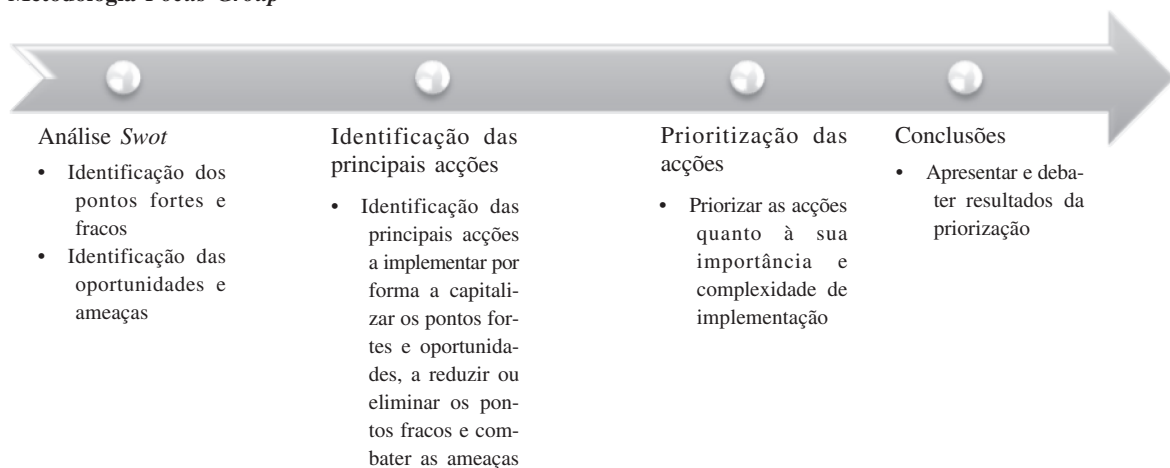
Conforme já se deixou referido anteriormente, a contratualização interna decorre ao nível micro e promove o alinhamento dos objectivos dentro dos hospitais. No entanto, é sempre enquadrada pela contratualização externa que a impulsiona ou limita, pelo que neste sentido optou-se por considerar na análise SWOT (cfr. *Quadro I*) os pontos fortes e fracos como factores que directamente influenciam a contratualização interna e identificar como ameaças e oportunidades as questões inerentes ao processo de contratualização no seu nível macro e meso.

3.1.2. *Principais acções a desenvolver como suporte à contratualização interna*

Foram identificadas diversas acções a desenvolver quer ao nível da contratualização externa, quer ao nível da contratualização interna.

As acções foram agrupadas em torno de 3 vectores principais: flexibilização de recursos humanos, ges-

Figura 1
Metodologia *Focus Group*



tão intermédia e ferramentas de acompanhamento/ /sistemas de informação, sendo que as acções relativas às ferramentas de acompanhamento/sistemas de informação parecem ser as consideradas de maior importância, logo seguidas das associadas à gestão intermédia.

- Naquilo que se refere à gestão intermédia resultou:
- Desenvolver um plano acreditado de formação nacional para níveis intermédios de gestão com um currículo que promova competências em sistemas de gestão do desempenho;

Quadro I
Análise *Swot* da contratualização interna

Pontos fortes	Pontos fracos
• Diversos hospitais já têm práticas de contratualização interna instituídas • A contratualização interna desenvolvida com base no histórico de diversos anos tem sido melhorada nestes hospitais • Nestes hospitais já existem planos de formação da gestão intermédia • Envolvimento dos níveis de gestão intermédia na contratualização externa, em alguns hospitais	• Excessiva focalização na gestão operacional em detrimento da gestão estratégica • Falta de cultura de responsabilização e qualidade em algumas organizações (eficácia vs. eficiência) — fraco envolvimento da gestão intermédia na gestão do hospital • Falta de capacidade de liderança • Falta de formação em gestão ao nível dos níveis intermédios de gestão • Falta de autonomia na gestão de RH • Dificuldade (legal e cultural) em implementar políticas de avaliação de desempenho e sistemas de incentivos • Falta de sistemas de informação credíveis e integrados que permitam acompanhar os resultados a nível qualitativo e em tempo real • Falta de sistemas de informação que permitam apurar proveitos e custos por serviço e acto médico • Imposição legislativa quanto à necessidade de informação do processo clínico co-existir em papel • Dificuldade no desenvolvimento de <i>Benchmarking</i> com outros hospitais ao nível de indicadores internos • SIGIC
Oportunidades	Ameaças
• Interiorização do mecanismo de contratualização externa • A contratualização externa promove e potencia o registo da produção anteriormente deficitário • Actuais linhas de financiamento do contrato-programa • <i>Benchmarking</i> nos hospitais públicos — Inquéritos de satisfação dos utentes • Implementação de um programa de certificação de qualidade de serviços nos hospitais	• Falta de metodologias de custeio real a nível nacional • Falta de alinhamento entre o contrato programa e o Plano Nacional de Saúde • Falta de definição de critérios e linguagem comum, calendário explícito, interlocutor único e simplicidade documental, na contratualização externa • Imposição de valores fixos de crescimento de custos aos hospitais • Regime jurídico de RH nos hospitais • Intervenções pontuais da administração (central e regional) na administração dos hospitais EPE • Perspectiva estritamente financeira do contrato programa • Falta de impacto do não cumprimento dos indicadores do contrato programa — falta de transparência • Falta de fiabilidade dos sistemas de informação e dados da ACSS (ex IGIF) • Excessiva exposição do sector aos média e a clientes pouco informados

- Promover modelos de governação clínica: Desenvolver uma linguagem comum entre Administração e gestão intermédia, em que se dê mais valor à gestão como forma de alcançar a qualidade;
- Dotar os hospitais de capacidade de gestão e liderança (modelo de selecção de responsáveis de serviço);
- Envolver os profissionais na contratualização externa.

Quanto às ferramentas de acompanhamento/sistemas de informação:

- Desenvolvimento de um modelo nacional de medição de performance de resultados (qualitativo e quantitativo);
- Desenvolvimento de sistemas de informação de suporte integrados, credíveis e fiáveis;
- Promoção de reuniões multi-disciplinares/site para troca de *best practices* entre hospitais.

Quanto à flexibilização do regime de gestão de recursos humanos:

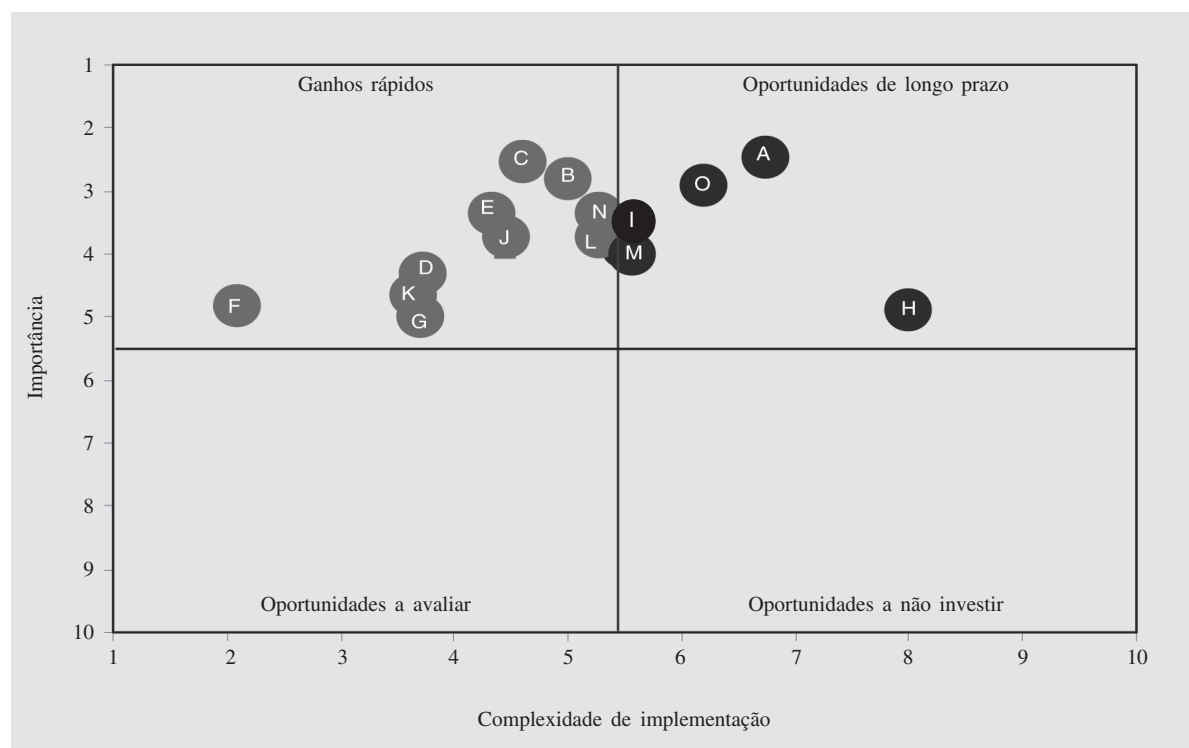
- A criação de um «Sistema de avaliação e incentivos aos profissionais».

Quanto à importância e dificuldades de implementação das acções principais (Figura 2):

Ganhos rápidos — actividades que requerem menos esforço para obtenção de ganhos a mais curto prazo, com menor impacto:

- B Modelo de medição do desempenho e de resultados (qualitativa e quantitativa)
- C Desenvolver sistemas de informação de suporte
- D Promover o *benchmarking* entre hospitais e divulgar à população um conjunto mínimo de indicadores que poderá evoluir ao longo do tempo
- E Optimização do modelo de contratualização
- F Helpdesk de apoio à contratualização

Figura 2
Análise de Clusters: importância e dificuldades das acções principais



- G Implementar um modelo de comando único e articulado
- J Desenvolver mecanismos de articulação entre a estratégia nacional (reflectida no Plano Nacional de Saúde) a estratégia regional e as estratégias dos hospitais e a rede de referenciação
- K Formação aos hospitais em gestão de objectivos e avaliação de resultados
- L Sistema de avaliação e incentivos aos profissionais
- N Envolver os profissionais na contratualização externa articuladamente com a contratualização interna

Oportunidades de longo prazo — actividades que requerem maior esforço para obtenção de ganhos, cujo impacto será mais significativo:

- A Aproximar o custo do preço
- H Evoluir da contratualização para pagamentos por capitação
- I Desenvolver capacidade de gestão e liderança
- M Harmonização dos modelos de remuneração dos profissionais
- O Promover modelos de governação clínica

3.1.3. *Questionário*

O questionário foi aplicado aos Conselhos de Administração (CA) dos Hospitais do SNS e teve por objectivo recolher informação sobre o estado de desenvolvimento da contratualização interna no terreno, conhecer as necessidades e as expectativas dos CA sobre esta temática, e igualmente servir de base para a concepção de um plano de acções e de prioridades para a sua efectiva adopção e implementação por parte das instituições hospitalares na sua globalidade.

Em Janeiro de 2008, procedeu-se ao envio de uma comunicação aos departamentos de contratualização das ARS, através da qual se deu a conhecer os objectivos do questionário e da sua disponibilidade na Intranet Pulsar. Mais foi solicitado que colaborassem no sentido de encetarem os esforços necessários junto dos CA dos hospitais seleccionados para que estes procedessem ao preenchimento do questionário disponibilizado.

O questionário contou com a participação de 34 membros dos CA dos hospitais, correspondendo a um total de 30 Hospitais participantes (aproximadamente 43% do universo de hospitais), repartidos da seguinte forma pelas diferentes regiões de saúde: ARS Norte — 3 hospitais; ARS Centro — 12 hospitais; ARS LVT — 11 hospitais; ARS Alentejo — 3 hospitais; ARS Algarve — 1 hospital.

Podemos considerar que se trata de uma amostra significativa e igualmente representativa do universo

hospitalar pois compreende hospitais gerais, distritais, especializados e psiquiátricos.

A análise é efectuada considerando três secções, a saber: *i)* Identificação da situação a nível micro; *ii)* Identificação de aspectos prejudiciais e potenciadores da contratualização interna; *iii)* Identificação das principais acções a desenvolver como suporte à implementação da contratualização interna.

SECÇÃO I — IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO ACTUAL

A NÍVEL MICRO

A missão, a visão e a estratégia são do conhecimento generalizado dos diferentes níveis de gestão em 100% dos casos, sendo que 79% das participações referem que os directores dos serviços clínicos participam na definição dessa estratégia.

No que diz respeito ao envolvimento dos directores dos diferentes serviços clínicos no processo de contratualização externa, este ocorre em 74% dos casos, sendo na sua grande parte integrados previamente à negociação com as ARS/ACSS (48%).

A execução do Contrato-Programa negociado é acompanhada no interior do hospital, na maioria das vezes (55% das respostas) pelo CA conjuntamente com as chefias intermédias, mas sem envolvimento dos responsáveis clínicos. Estes só são integrados no processo de acompanhamento em 15% dos casos.

Identificados os desvios relativamente ao contratado, estes são sempre analisados e implicam a determinação de medidas correctivas.

Cerca de 97% das respostas aponta para que os serviços dos hospitais possuem objectivos mensuráveis e estratégias definidas. Neste caso, a responsabilidade pela definição dos objectivos cabe ao CA (em 21% das respostas) e ao CA conjuntamente com os directores de serviço (em 42% das respostas).

Um processo de revisão dos objectivos alcançados instituídos pelos serviços clínicos existe na grande maioria das situações (81%), sendo a periodicidade deste processo quase exclusivamente mensal e trimestral e atingindo um peso respectivo de 45% e 48%.

Apenas 24% das respostas referem existir um sistema de incentivos ligado à concretização de objectivos, o que os torna, de certa forma, inconsequentes.

O grau de alinhamento dos objectivos individuais e de equipa é considerado na maioria das respostas como razoável. No entanto, a soma das classificações «muito baixo» e «baixo» representa 25% dos casos, enquanto que a soma das classificações «muito alto» e «alto» representa apenas 22%.

SECÇÃO II — IDENTIFICAÇÃO DE ASPECTOS PREJUDICIAIS E POTENCIADORES DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

De acordo com as nove opções apresentadas foram classificadas como opções com maior capacidade de potenciar a contratualização interna, as seguintes:

- «Nível de envolvimento da gestão intermédia na gestão do hospital — 85% das classificações como «Potenciador» ou «Mt. Potenciador»;
- «Nível de formação em técnicas de gestão, da gestão de topo e intermédia do hospital» — 79% das classificações como «Potenciador» ou Mt. Potenciador»;
- «Nível de sistemas de informação de suporte existentes no hospital» — 82% das classificações como «Potenciador» ou «Mt. Potenciador».

A opção classificada como apresentando a menor capacidade de potenciar a contratualização interna foi a «Existência de programas de certificação de qualidade para os hospitais — 35% das classificações como «Potenciador» ou «Mt. Potenciador».

Foram ainda referidas de forma espontânea os seguintes aspectos como potenciadores da contratualização interna:

- Estabelecimento de uma política de incentivos;
- Apoio de gestão qualificado às direcções de serviço.

SECÇÃO III — IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS ACÇÕES A DESENVOLVER, COMO SUPORTE À CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA

Foram apresentadas onze acções a desenvolver como suporte à contratualização interna. Destas acções, as que suscitaram maior interesse, tendo em conta o seu nível de importância, foram:

- Financiamento de uma linha de apoio à implementação de práticas de Governança Clínica;
- Desenvolvimento de *standards* para sistemas de informação operacionais e interfaces comuns a todos os hospitais;
- Financiamento de sistemas de informação (SI) de suporte à contratualização interna;
- Desenvolvimento de um modelo público nacional de medição de desempenho dos hospitais (qualitativo e quantitativo);
- Flexibilização do regime de gestão de recursos humanos nos hospitais;
- Flexibilização do regime de nomeação dos gestores intermédios (Dir. Serviço e Enf. Chefe de Serviço) nos hospitais.

Para além das acções apresentadas, foram ainda referidas as seguintes acções por parte dos participantes no questionário:

- Normalização de conceitos e fórmulas a utilizar por todos os intervenientes;
- Acções de esclarecimento sobre registo da produção;
- Iniciativas para divulgação de *benchmarking*;
- Política de remunerações associada ao desempenho/políticas de incentivos.

3.2. Focus Group II

3.2.1. Enquadramento

No início da sessão foi efectuada uma introdução ao tema, onde se abordou o processo de contratualização externa e se introduziram alguns conceitos relacionados com a contratualização interna, de forma a assegurar que todos os participantes compreendiam o alcance da temática proposta à discussão.

A discussão centrou-se à volta de três tópicos principais:

- Garantir a articulação estratégica entre os contratos internos e a missão e objectivos do hospital;
- Garantir que a contratualização interna não se foca unicamente em objectivos financeiros, em detrimento da qualidade;
- A importância dos clínicos para o processo de contratualização interna.

3.2.2. Objectivos da sessão e temas em discussão

Identificar quais as linhas de acção a desenvolver para mobilizar e apoiar as instituições hospitalares na implementação da contratualização interna, de forma a promover a sintonia de objectivos e acções entre o CA do hospital e os diferentes níveis de gestão. Os temas em discussão constam da *Figura 3*.

3.2.3. Reflexões e recomendações

Após uma discussão alargada sobre os tópicos sujeitos à discussão foram produzidas diversas reflexões sobre o tema. Da análise das reflexões produzidas no decorrer do *Focus Group* e no seguimento da análise de conteúdo tendente à categorização das variáveis em estudo foram produzidas cinco recomendações:

- Adoptar o BSC como instrumento privilegiado de apoio à CI;

- Manter/desenvolver um sistema de informação pertinente, integrado, válido e fiável;
- Reforçar os conhecimentos e as competências de gestão;
- Implementar um plano de comunicação interno no sentido de informar, mobilizar e envolver os profissionais no processo de CI;
- Estudar a melhor forma e *timings* para a introdução de sistemas de incentivos e penalizações.

3.2.4. Questionário II

OBJECTIVO E PRINCIPAIS RESULTADOS

Considerando as cinco recomendações apontadas como linhas de acção a desenvolver para a implementação da contratualização interna nas instituições hospitalares, o grupo de investigação elaborou um novo questionário, através do qual solicitou que fosse atribuída uma classificação a cada uma delas, tendo em conta o nível de prioridade. A escala apresentada situou-se entre o nível 1 a 4, sendo que:

- 1 Pouco prioritária;
- 2 Medianamente prioritária;
- 3 Prioritária;
- 4 Muito Prioritária.

Para facilitar o processo de recolha de informação e possibilidade de contactos mais dirigidos foi, ainda, solicitada a indicação do interlocutor privilegiado para a área da contratualização interna. Apenas foi possível obter as respostas de 7 hospitais (58% da amostra seleccionada) encontrando-se em

falta a resposta de 5 hospitais, conforme podemos constatar no *Quadro II*.

4. Discussão dos resultados e principais conclusões

A discussão dos resultados foca-se na análise metodológica do estudo e no tipo de resultados encontrados, confrontando-os com os objectivos propostos e os conhecimentos actuais no âmbito do problema em estudo.

Da análise efectuada resultou que a execução do CP negociado é acompanhada no interior do hospital, na maioria das vezes pelo CA conjuntamente com as chefias intermédias, no entanto, o envolvimento dos responsáveis clínicos é fraco, sendo inexistente em algumas situações.

Por outro lado, é assinalado um frágil ou mesmo ausente sistema de incentivos ligado à concretização de objectivos, o que os torna, de certa forma, inconsequentes. Já o grau de alinhamento dos objectivos individuais e de equipa é considerado na maioria das respostas como razoável.

Os itens que melhor e maior capacidade explicativa apresentam para desenvolver e potenciar a adopção da contratualização interna passam pelo envolvimento da gestão intermédia na administração do hospital, pela formação em técnicas de gestão (ao nível intermédio e de topo) e pela implementação de sistemas de informação de suporte existentes no hospital. Já a existência de programas de certificação de qualidade revelou-se como um item pouco significativo considerando o mesmo propósito.

Outros elementos destacados quando se pretende potenciar a contratualização interna passam pelo

Figura 3
Focus Group II: temas em discussão

Gestão por objectivos	Sistema de informação	Dificuldades e limitações	Instrumentos a utilizar
• Alinhamento dos objectivos/metasp individuais com os objectivos e estratégia do hospital • Monitorização e acompanhamento: acções correctivas ou potenciadoras • Avaliação • Consequências	• Registos actualizados • Pertinência da informação • Validade dos dados • Fiabilidade	• Complexidade da estrutura dos hospitais • Centros hospitalares que reúnem diferentes culturas organizacionais • Conflito de interesses	• <i>Balanced scorecard</i> • Cartas de compromisso • Acordos de colaboração • Mini-planos de desempenho

Quadro II
Ranking de recomendações de contratualização interna

Hospitais seleccionados	Amostra												Resultado votação	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	% Resposta	Mediana
	Votação													
Recomendações														
1. Adopção do <i>Balanced Scorecard</i> como instrumento privilegiado de apoio à contratualização interna;	n.r.	4	3	n.r.	4	n.r.	2	3	n.r.	4	n.r.	3	58%	3
2. Manutenção/desenvolvimento de um sistema de informação pertinente, integrado, válido e fiável	n.r.	4	4	n.r.	4	n.r.	4	4	n.r.	4	n.r.	4	58%	4
3. Reforço de conhecimentos e competências de gestão (formação promotora de competências de gestão e técnicas de implementação de sistemas de gestão da <i>performance</i> aos níveis de gestão intermédia)	n.r.	4	3	n.r.	4	n.r.	2	3	n.r.	3	n.r.	3	58%	3
4. Implementação de um plano de comunicação interno no sentido de informar, envolver e mobilizar os profissionais no processo de contratualização interna	n.r.	4	3	n.r.	3	n.r.	4	3	n.r.	3	n.r.	4	58%	3
5. Estudo da melhor forma e dos melhores <i>timings</i> para a introdução de sistemas de incentivos e penalizações associados à <i>performance</i>	n.r.	3	2	n.r.	3	n.r.	3	3	n.r.	3	n.r.	3	58%	3
Ranking														
2. Manutenção/desenvolvimento de um sistema de informação pertinente, integrado, válido e fiável														
1. Adopção do <i>Balanced Scorecard</i> como instrumento privilegiado de apoio à contratualização interna														
3. Reforço de conhecimentos e competências de gestão (formação promotora de competências de gestão e técnicas de implementação de sistemas de gestão da <i>performance</i> aos níveis de gestão intermédia)														
4. Implementação de um plano de comunicação interno no sentido de informar, envolver e mobilizar os profissionais no processo de contratualização interna														
5. Estudo da melhor forma e dos melhores <i>timings</i> para a introdução de sistemas de incentivos e penalizações associados à <i>performance</i>														

estabelecimento de uma política de incentivos e pelo apoio de gestão qualificado às direcções de serviço.

Como acções a desenvolver para servir de suporte à contratualização interna destacam-se:

- Financiamento de uma linha de apoio à implementação de práticas de Governação Clínica;
- Desenvolvimento de *standards* para sistemas de informação operacionais e interfaces comuns a todos os hospitais;
- Financiamento de SI de suporte à Contratualização Interna;
- Desenvolvimento de um modelo público nacional de medição de desempenho dos hospitais (qualitativo e quantitativo);
- Flexibilização do regime de gestão de recursos humanos nos hospitais;
- Flexibilização do regime de nomeação dos gestores intermédios (Director de Serviço e Enf. Chefes de Serviço) nos hospitais;
- Normalização de conceitos e fórmulas a utilizar por todos os intervenientes;
- Acções de esclarecimento sobre registo da produção;
- Iniciativas para divulgação de *benchmarking*;
- Política de remunerações associada ao desempenho/políticas de incentivos;
- Adopção de *Balanced Scorecard* (BSC);
- Reforço de conhecimentos e competências de gestão;
- Desenvolvimento de um plano de comunicação interno para informar, mobilizar e envolver os profissionais no processo de CI.

Face aos resultados obtidos e de acordo com aquilo que resulta da evidência internacional, parece concluir-se que a consagração de uma metodologia de incentivos poderá favorecer a alteração da prática clínica, criando um impacto ao nível da mudança cultural e organizacional das unidades prestadoras de cuidados hospitalares, nomeadamente na implementação da gestão por objectivos. Para além disso, poderá ainda ser considerado um veículo para promover melhorias de acesso a cuidados de saúde, na qualidade da prestação de cuidados na relação directa com os indicadores utilizados, potenciar a utilização de *guidelines* clínicas e para fomentar uma maior satisfação dos profissionais de saúde, manifestada pelo interesse em serem devidamente avaliados.

Neste sentido, consideramos que a metodologia de incentivos pode ser um instrumento de gestão eficiente, sendo imperativo, por um lado, a definição clara de objectivos, indicadores e critérios de inclusão/exclusão dos profissionais a incentivar e, por

outro lado, a necessidade de monitorização efectiva, nomeadamente, com recurso a sistemas de informação integrados.

Outro aspecto importante passa pela implementação de processos de formação tendentes à prestação de esclarecimentos relativos a registo de produção, reforço de conhecimentos e competências de gestão. A adopção de instrumentos como o BSC e planos de comunicação interna tendentes à disseminação da missão, valores e estratégia da instituição hospitalar, bem como, os sistemas de informação para monitorizar e acompanhar o processo revelaram-se ferramentas indispensáveis para a implementação do processo de contratualização interna.

Também a necessidade de adoptar uma prática de formalização contratual em torno do processo de contratualização interna, à semelhança daquilo que ocorre no processo de contratualização externa, surgiu como uma questão a ressaltar, dada a sua influência no sentido da obtenção de uma melhor aceitação por parte dos envolvidos, bem como, pela inevitável capacidade de introduzir um maior rigor no seu cumprimento.

As unidades de saúde necessitam de objectivos concretos, bem definidos e exequíveis, que considerem os riscos, a escala e a complexidade das tarefas, de estratégias «organicamente» relacionadas, claras e com uma abordagem global, integrada e integradora, e de traçar um caminho para a verdadeira excelência nas suas áreas de serviço, privilegiando o bem-estar, o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos doentes como factores prioritários.

Mas uma estratégia de sucesso exige uma aposta clara na vertente da comunicação do plano estratégico e desenvolvimento de planos de acção que, simplificada, explicam o «como fazer». Swayne, Duncan e Ginter, 2006, salientam, neste sentido, a importância de existir um entendimento claro dos papéis assumidos por cada um dos elementos no cumprimento da estratégia definida, o que determina a enunciação de objectivos claros, mensuráveis, simples, definidos temporalmente e, principalmente, aquando da sua formulação, que envolvam os profissionais responsáveis pelo seu cumprimento. Por sua vez, o BSC surge enunciado pelos autores como um instrumento para gerir de forma efectiva a implementação da estratégia, para além de constituir uma ferramenta de medição do desempenho global.

De forma sintética, a contratualização interna tem implícita uma nova forma de relacionamento interno, alterando as formas de tomada de decisão, constituindo-se como um modelo de gestão participada e de proximidade que visa criar consistência entre todas as actividades duma organização, através do

seu alinhamento estratégico, considerando os objectivos e metas delineadas na componente externa, os meios existentes e os resultados a obter.

No hospital são manifestas as dificuldades em cumprir e responder completamente a um contrato programa se não existir um envolvimento de toda a instituição. Desta forma, os objectivos devem ser contratualizados internamente possibilitando-se, dessa forma, um alinhamento da instituição com os níveis de produção e, também, com os indicadores dos níveis de qualidade e de eficiência económico-financeira, que o contrato-programa contempla.

Defendemos, no entanto, que o processo apenas será efectivo se, num primeiro momento, for desenvolvida uma contratualização interna inicial, tendente a apurar o nível de produção possível em cada um dos diferentes serviços, seguida de uma negociação de forma equilibrada e reflectida entre o CA e os departamentos de contratualização e, por fim, uma nova negociação interna, após a definição do contrato-programa, para distribuição dos recursos por cada um dos centros produtivos. Esta movimentação torna-se necessária para o sucesso do processo de contratualização, designadamente, para um melhor entendimento e cumprimento dos compromissos assumidos externa e internamente.

Podemos referir que para a gestão hospitalar, a mais-valia da prática da contratualização interna resulta da possibilidade de estabelecer compromissos com as diversas unidades organizacionais, compromissos esses que necessariamente implicam um controlo, monitorização e avaliação constantes, mas, simultaneamente, possibilitam um conhecimento actual e imediato às partes envolvidas, no que diz respeito ao nível de cumprimento dos compromissos contratualizados.

Obviamente, que é exigível o desenvolvimento de sistemas de informação adequados e, mais do que isso, o devido enquadramento por um sistema de incentivos. Esta prática insere-se numa nova forma de organização e descentralização da gestão, reque-rendo o compromisso explícito entre os diferentes grupos profissionais e cabendo ao hospital público fazer coincidir unidades organizacionais geríveis e funcionais com uma lógica clínica e económica, para o que lhes deverá conferir suficiente liberdade de decisão.

Com efeito, pelo facto de se tornarem, em última instância, gestoras de um orçamento, as unidades operacionais procuram uma utilização óptima dos seus recursos face à política da prestação de cuidados que elegeram. Os elementos que as integram tornam-se, assim, sensíveis aos volumes e consumos a que dão origem, procurando gerir as ineficiências, designadamente, através da adopção de medidas que per-

mitam uma adequação dos comportamentos internos e uma reavaliação das formas de actuação e dos protocolos para a prestação de cuidados (Bras, 1999). As preocupações em evitar rupturas na prestação e ao nível da segurança e qualidade são factores igualmente críticos para cada unidade operacional que passa a estar motivada para o controlo de todas as dimensões relevantes que norteiam a prestação de cuidados.

Poderá mesmo avançar-se que a contratualização interna representa um contributo positivo para a implementação da estratégia da instituição, porquanto induz uma maior concretização dos objectivos contratualizados externamente.

Por fim, contribuirá ainda para uma maior liberdade de actuação, através da definição de uma autonomia adequada aos objectivos e estratégias definidas pelo hospital e veiculada pela responsabilidade.

Em suma, parece-nos sustentável a prática da contratualização interna como instrumento ao serviço da política de saúde capaz de introduzir alterações fundamentais nas organizações de saúde, designadamente, no hospital público, caminhando-se, assim, para um novo patamar que, sustentadamente, deverá passar a reger-se por princípios de eficiência na gestão, pelo equilíbrio e dinamismo da organização, pela excelência da prestação e que, simultaneamente, contribua para a sua sustentabilidade institucional, técnica e económico-financeira.

□ Bibliografia

AINKEN, L.; SLOANE, D. — Hospital organization and culture. In MCKEE, M., HEALY, J. ed. lit. — Hospitals in a changing Europe. Buckingham : Open University Press, 2002.

BARROS, P.; GOMES, J. P. — Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia : principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa : Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa, Julho de 2002.

BRAS, C. — La double dimension de la contractualisation interne : quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger. *Gestions Hospitalières*. 385 (1999) 253-255.

- BRITO, T. — A contratualização interna no contexto da empresarialização do hospital público português. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2002.
- CAMPOS, A. — Reformas da Saúde : o fio condutor. Coimbra : Almedina, 2008.
- DEGELING, P. J. *et al.* — Making clinical governance work. *BMJ*. 329 : 7467 (2004) 679-681.
- DENTZER, S. — From the Editor. *Health Affairs*. 28 : 1 (2009) w87-w88.
- DOUGLAS, J.; BROOKS, R. — The future hospital : the progressive case for change. London : Institute for Public Policy Research, 2007.
- EDWARDS, N. — Model could work. *BMJ*. 329 : 7467 (2004) 681-682.
- ENGLAND, R. — Contracting and performance management in the health sector : some pointers on how to do it. London : Health Systems Resource Centre. Institute for Health Sector Development. UK Department for International Development, April 2000.
- ESTORNINHO, M. — Organização administrativa da saúde : relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino. Coimbra : Almedina, 2008.
- FUNCK, E. — The balanced scorecard as an integrator of interests in healthcare organizations. Växjö University, Sweden : Växjö School of Management and Economics, [2005].
- GRUSON, B. — L'expérience d'une structure de gestion décentralisée aux hôpitaux universitaires de Genève. *Gestion Hospitalière*. 416 (2002) 353-356.
- GURD, B.; GAO, T. — Lives in the balance : an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 57 : 1 (2008) 6-21.
- ILES, V. — Really managing health care. Buckingham : Open University Press, 1997.
- INAMAR, N.; KAPLAN, R. S. — Applying the balanced scorecard in health provider organizations. *Journal of Healthcare Management*. 47 : 3 (2002) 179-195.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. — The balanced scorecard : measures that drive performance. *Harvard Business Review*. 70 : 1 (1992) 71-79.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. — The balanced scorecard : translating strategy into action. Boston, MA : Harvard Business School Press, 1996.
- MCKEE, M.; HEALY, J. — The significance of hospitals : an introduction. In MCKEE, M., HEALY, J. ed. lit. — Hospitals in a changing Europe. Buckingham : Open University Press, 2002.
- MCSHERRY, R.; PEARCE, P. — Clinical governance : a guide to implementation for health care professionals. 2nd edition. Oxford, UK : Blackwell Publishing, 2007.
- MELIONES, J. — Saving money, saving lives. *Harvard Business Review*. 78 : 6 (2000) 57-67.
- NICHOLLS, S. *et al.* — A clinical governance : its origins and its foundations. *Clinical Performance and Quality Health Care*. 8 : 3 (2000) 172-178.
- ONETTI, A. — Strategic management in hospitals : the balanced scorecard approach. Milano : Giuffrè Editore, SPA, 2003. ISBN 88-14-10332-1.
- PATRICK, D.; ERICKSON, P. — Health status and health policy : quality of life in healthcare evaluation and resource allocation. Oxford, UK : Oxford University Press, 1993.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. O. — Redefining health care : creating value-based competition on results. Boston, MA : Harvard Business School Press, 2006.
- PORTUGAL. INE — Conta satélite da Saúde 2000-2005. Lisboa : INE, 2007.
- PORTUGAL. OPSS — Saúde : que rupturas? : relatório de Primavera 2003. Lisboa : Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.
- PORTUGAL. OPSS — Um ano de governação em saúde : sentidos e significados : relatório de Primavera 2006. Coimbra : Mar da Palavra, 2006.
- PROCHNIK, V.; FONSECA, A. C. — Balanced scorecard no setor de saúde. Rio de Janeiro : Freitas Bastos Editora, 2003. ISBN 978-85-99960-24-0.
- SAVAS, S. *et al.* — Contracting models and provider competition. In SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J., SAKELLARIDES, C., ed. lit. — Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham : Open University Press, 1998.
- SCHMIDT, S. *et al.* — A management approach that drives actions strategically : balanced scorecard in a mental health trust case study. [Em linha]. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 19 : 2 (2006) 119-135. [Consult. 20-10-2009]. Disponível em www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm.
- SOUZA, C. — Introdução : políticas públicas : questões temáticas e de pesquisa. *Cadernos do CRH (UFBA)*. 39 (Jul./Dez. 2003) 11-24.
- SHUTT, J. — Balancing the health care scorecard. *Managed Care*. 12 : 9 (2003) 42-46.
- SWAYNE, L., DUNCAN, W., GINTER, P. — Strategic management of health care organizations. San Francisco : Jossey-Bass, 2008.
- TAN, J.; WEN, H.; AWADO, N. — Health care and services delivery systems as complex adaptive systems. *Communications of the ACM*. 48 : 5 (2005) 36-44.
- UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Departmental report 2005 : The health and personal social services programmes : summary report. [Em linha]. London : Department of Health, 2005. [Consult. 20-10-2009]. Disponível em http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4113787.pdf
- UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Integrated governance handbook. London : Department of Health, 2006.
- UK. DEPARTMENT OF HEALTH — Quality in the new NHS. London : Department of Health, 1998.
- WALKER, K.; DUNN, L. — Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard. *AHCMJ*. 2 (2006) 86-110.
- WALSHE, K.; SMITH, J. ed. lit. — Healthcare management. Buckingham : Open University Press, 2007.
- WHO — The World Health Report 2000 : health systems : improving performance. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2000. [Consult. 20-10-2009]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2000/en/>.

□ Abstract

INTERNAL *VERSUS* EXTERNAL CONTRACTING IN HEALTH CARE

Despite legal framework applied on hospitals, it is essential to develop and launch a set of management and strategic policies, as well as to adopt instruments that can grant an effective improvement to organizational management processes. The implementation of a «management by objectives model» that will carry external commitments the organization and therefore

its splitting through the different management levels, will provide a higher alignment between the objectives externally agreed and the mission of health institutions. The goal of this study, is to identify the «management by objectives» state of the art on a representative sample of the Portuguese hospital units, as well as to identify the actions necessary to support its effective execution.

Keywords: contracting; purchasing; management by objectives; balanced scorecard; clinical governance; Focus Group.