

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMO..... | X |
| ABSTRACT..... | XV |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| OBJECTIVOS E ORGANIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO..... | 5 |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO ANALÍTICO..... | 8 |
| 1. A MARKETIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS..... | 8 |
| 1.1. DA REFORMA DO ESTADO PARA A REFORMA E MODERNIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA..... | 8 |
| 1.2. O SECTOR DA SAÚDE: DO CRESCIMENTO AO DESENVOLVIMENTO..... | 15 |
| 1.3. OS SERVIÇOS PÚBLICOS SOB CONTRATUALIZAÇÃO..... | 27 |
| 1.3.1. <i>A teoria da contratualização a partir das lições da experiência internacionais</i> | 28 |
| 1.3.2. <i>Alguns constrangimentos e resultados da contratualização</i> | 41 |
| 1.3.3. <i>A contratualização dos cuidados de saúde em Portugal</i> | 44 |
| 2. DA TEORIA GERAL DO MARKETING PARA O MARKETING PÚBLICO..... | 57 |
| 2.1. O CONCEITO DE MARKETING..... | 57 |
| 2.2. O CONCEITO DE MERCADO..... | 59 |
| 2.3. O OBJECTIVO FINAL..... | 60 |
| 2.4. A GESTÃO DO MARKETING..... | 61 |
| 2.5. MARKETING PÚBLICO: A LÓGICA DO MERCADO E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA..... | 63 |
| 3. CLASSIFICAÇÃO DO SECTOR PÚBLICO NUMA PERSPECTIVA DE MARKETING..... | 66 |
| 3.1. OS SERVIÇOS DA ADMINISTRAÇÃO: SERVIÇOS PÚBLICOS..... | 68 |
| 3.1.1. <i>Ser um serviço</i> | 69 |
| 3.1.2. <i>De interesse geral</i> | 71 |
| 3.1.3. <i>Um regime jurídico especial</i> | 73 |
| 3.1.4. <i>Os outputs do serviço público</i> | 74 |
| 3.1.5. <i>As diferenças entre o serviço público e o serviço privado</i> | 74 |
| 3.2. CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ADMINISTRAÇÃO..... | 77 |
| 3.3. A PROCURA DE SERVIÇOS PÚBLICOS: O QUASI-MERCADO..... | 81 |
| 3.3.1. <i>Cidadão e cliente: um problema terminológico?</i> | 82 |
| 3.3.2. <i>O estudo da procura e das necessidades sociais</i> | 85 |
| 3.3.3. <i>Tipologias da procura pública</i> | 96 |
| 4. TEORIA GERAL DO MARKETING PÚBLICO..... | 97 |
| 4.1. CONCEITOS BÁSICOS..... | 97 |
| 4.2. OS TIPOS DE TRANSACÇÕES PÚBLICAS..... | 98 |
| 4.2.1. <i>A transacção monetária</i> | 98 |
| 4.2.2. <i>A transacção de serviços</i> | 100 |
| 4.2.3. <i>A transacção de diálogo público</i> | 101 |
| 4.2.4. <i>As novas transacções</i> | 102 |
| 4.3. O MARKETING-MIX PÚBLICO..... | 103 |
| 4.4. A GESTÃO DO MARKETING PÚBLICO: PROCESSO DE PLANEAMENTO ESTRATÉGICO..... | 105 |
| 4.4.1. <i>Formulação da agenda</i> | 107 |
| 4.4.2. <i>O programa político quadro</i> | 109 |
| 4.4.3. <i>Estratégias básicas de marketing</i> | 110 |
| 4.4.4. <i>Estratégia de mercado: o quadro de actuação</i> | 113 |
| 4.4.5. <i>A política geral</i> | 117 |
| 4.4.6. <i>marketing-mix do governo</i> | 120 |
| 4.4.7. <i>O desenho dos programas</i> | 133 |
| 4.4.8. <i>O desenho dos serviços</i> | 135 |
| 4.4.9. <i>A implementação</i> | 145 |
| 4.4.10. <i>A avaliação</i> | 148 |

| | |
|---|------------|
| 5. O MARKETING PÚBLICO APLICADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE..... | 152 |
| 5.1. CONCEITO DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 152 |
| 5.1.1. <i>Determinantes de saúde: planejar a oferta.....</i> | <i>159</i> |
| 5.2. A SERVUCION NOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 161 |
| 5.2.1. <i>Os suportes físicos.....</i> | <i>163</i> |
| 5.2.2. <i>O pessoal em contacto com o público.....</i> | <i>169</i> |
| PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO..... | 171 |
| 6. O MODELO TEÓRICO DE ANÁLISE..... | 171 |
| 7. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO..... | 173 |
| 7.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO..... | 173 |
| 7.2. ANÁLISE EMPÍRICA..... | 175 |
| 7.2.1. <i>Hipóteses de investigação.....</i> | <i>175</i> |
| 7.2.2. <i>Definição da amostra: objecto do trabalho – unidade-caso.....</i> | <i>176</i> |
| 7.2.3. <i>Método de obtenção dos dados.....</i> | <i>179</i> |
| 7.3. CÁLCULO DA QUANTIDADE CRÍTICA..... | 180 |
| 7.4. CÁLCULO DO ÍNDICE DE STATUS DE SAÚDE..... | 186 |
| 7.5. CÁLCULO DO ÍNDICE GLOBAL DE ADEQUAÇÃO DA OFERTA ÀS NECESSIDADES..... | 192 |
| 7.6. A APLICAÇÃO DO MODELO PROPOSTO..... | 193 |
| 7.7. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO..... | 199 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 205 |

RESUMO

A Administração Pública constitui o instrumento de implementação das políticas Públicas nos diversos Estados as quais foram formuladas e adoptadas para responder às necessidades colectivas dos cidadãos e traduziram-se na afectação de recursos e na provisão, por vezes, directa de serviços públicos.

Com o crescimento, a ampliação das tarefas do Estado e a criação de novas necessidades do público-alvo o *welfare state* entra em “crise” nos vários países devido à limitação de recursos existente para fazer face a todas as tarefas anteriormente assumidas devido, essencialmente, ao sobrepeso do Estado na economia e aos deficits de satisfação das necessidades dos cidadãos. O *welfare state* entra numa fase de reformulação e as Administrações Públicas e o Estado numa fase de reforma e de modernização administrativa para que sejam preservados os seus princípios instituidores e se continue a satisfazer as necessidades colectivas dos cidadãos. Os movimentos de reforma e de modernização conduzem as Administrações Públicas para uma progressiva orientação para o mercado, para uma focalização na sua missão central e para a entrada e participação do sector privado e social no mercado, em áreas que anteriormente eram reservadas, apenas, ao Estado. Os Estados procuram assim redefinir os seus papéis de prestador de serviços públicos, de regulador e de financiador desses serviços, em geral, através do reforço do papel regulador e da partilha ou entrega dos outros dois papéis. O processo de contratualização tem constituído um instrumento utilizado para o exercício do papel de provisão de serviços através de terceiras entidades sejam públicas ou privadas e assim promover a reforma e a modernização das transacções entre o Estado e essas entidades que crescentemente assumem papéis anteriormente desempenhados pelo Estado.

A *marketização* dos serviços públicos implica que as instituições exerçam uma gestão estratégica que inclua a gestão estratégica de *marketing* público focalizando-se nas necessidades dos utilizadores e dos cidadãos e do mercado e permite que as organizações públicas se relacionem com base na definição prévia de resultados e na confiança e abandonem o enfoque numa óptica interna para uma óptica externa o que prefigura uma Administração Pública mais aberta e que serve os cidadãos dando a resposta adequada às necessidades identificadas. A aplicação de uma lógica de mercado através da aplicação do *marketing* público justifica-se pela necessidade de direccionar os serviços às reais necessidades dos cidadãos e utilizadores, de adaptação dos serviços *standard* às necessidades

específicas de cada público-alvo, que segmente o mercado definindo prioridades de acção, que desenvolva uma comunicação pública que (in)forme o cliente quanto à utilização dos serviços públicos porque tendo mais informação poderão racionalizar a utilização e mais facilmente conseguirem junto dos serviços ver as suas necessidades satisfeitas. A instituição de uma filosofia de gestão de *marketing* público que flua nas organizações públicas adequa-se à nova vaga de reformulação do *welfare state* e permite que as Administrações Públicas alinhem os seus programas, projectos e actividades aos de nível superior, que (re)definam a sua razão de ser para ser um serviço que serve o cliente o qual quase sempre tem razão visto o princípio fundamental a prosseguir pelas Administrações Públicas ser o interesse público e não os interesses egoísticos ou individuais de cada cidadão e que definam o planeamento estratégico de *marketing* para os transformarem em realizações efectivas para os cidadãos.

No caso específico do sector da saúde têm-se introduzido, em especial nos países mais desenvolvidos, transformações importantes na organização do sistema de saúde e em especial no serviço nacional de saúde instituído com a finalidade de garantir a sua sustentabilidade. As práticas prosseguidas demonstram uma tendência para a *marketização* dos serviços de cuidados de saúde através da adopção de modelos de *quasi*-mercado. No caso Português têm-se adoptado modelos empresarializados de organização do sistema instituindo-se nas transacções entre o Estado e os prestadores o processo de contratualização numa lógica de fixação de metas e da definição de novas formas de financiamento dos cuidados de saúde com enfoque nos resultados, no entanto, regista-se a existência de um modelo de contratualização “miope” que, em geral, olha para a óptica interna da capacidade instalada dos hospitais sem ter em conta as reais necessidades de cuidados de saúde da população e diferenciando as necessidades dos desejos. Regista-se ainda uma indefinição do papel desempenhado pelos vários actores no processo de contratualização visto não se ter definido, ainda, claramente “quem faz o quê” no que se refere aos papéis atribuídos de prestador, financiador e de regulador. Verifica-se que existe uma disputa pela liderança do processo, entre instituições do sector, nomeadamente Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde e Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Do lado dos prestadores os contratos tornam-se ineficazes em termos legais e regista-se um défice de monitorização dos resultados e aumento da sobrecarga burocrática dos hospitais correndo-se o risco de uma excessiva focalização em atingir objectivos quantitativos, fraca valorização de objectivos qualitativos e direcção do desempenho dos hospitais num sentido não desejado face à missão que lhe é confiada e que os cidadãos esperam que seja realizada.

O processo de reforma e de modernização do sistema tarda em produzir resultados práticos visíveis para o cidadão e utilizador, nomeadamente: que não hajam doentes eternamente à espera para realizar uma cirurgia; que os serviços se organizem não em função das necessidades internas mas em função das necessidades do público-alvo em idade activa e dos restantes públicos; que os centros de saúde atendam quem necessita de cuidados de promoção ou prevenção da saúde; que não sejam necessárias “cunhas” para conseguir que determinados cuidados de saúde lhes sejam prestados, porque os serviços funcionam bem; que as equipas multiprofissionais interiorizem que são *marketers* essenciais no processo de prestação de cuidados de saúde e que, independentemente do seu estatuto profissional, são “servidores” dos utilizadores e dos cidadãos em geral.

O trabalho realizado pretendeu concretizar os seguintes objectivos:

- Fundamentar a emergência do *marketing* público e da contratualização no processo de reforma e modernização das Administrações Públicas;
- Identificar as determinantes de saúde associados aos problemas de saúde prioritários, que mais influenciam o *status* de saúde dos utentes dos cuidados de saúde hospitalares da área de influência do Baixo Mondego sul e do Pinhal Litoral e que por sua vez também devem ser evitáveis e passíveis de intervenção;
- Criar um índice de *status* de saúde baseado em indicadores de determinantes de saúde de uma população, que permita detectar as diferenças de desenvolvimento territorial existentes com a finalidade de reforçar a contratualização nessas áreas;
- Desenvolver um indicador global referente aos cuidados de saúde oferecidos para responder aos problemas de saúde prioritários, que inclua uma análise do ponto de vista interno através do modelo custo-volume-resultado e um ponto de vista externo através do índice de *status* de saúde da população, no sentido de analisar o ajustamento dos cuidados de saúde contratualizados face à produção estimada calculada pelo índice de *status* de saúde que representa as necessidades de cuidados de saúde da população;

Para realizar os objectivos foram identificados os factores que melhor caracterizam a população da área de influência do hospital e o seu *status* de saúde, tendo-se optado por aqueles que estavam mais disponíveis nas estatísticas gerais de forma a facilitar a sua recolha e a utilização fácil do modelo. É certo que haveriam outros factores de importância relevante para serem introduzidos no modelo e que o aperfeiçoariam mas que, em geral, não são

monitorizados regularmente e o custo-benefício na sua obtenção não é consentâneo com o objectivo de desenvolvimento de um modelo de aplicação prático.

A par do cálculo do índice de *status* de saúde foi também desenvolvida a análise interna de cada hospital através do modelo custo-volume-resultado que resultou no cálculo da quantidade crítica de produção para as linhas de produção principais abaixo da qual, numa análise empresarial, deixaria de fazer sentido o funcionamento da empresa visto a remuneração da produção não sustentar os custos incorridos. A quantidade crítica foi calculada a partir dos dados históricos de dois anos (2003 e 2004) da produção realizada e dos custos de produção, recolhidos a partir dos mapas de monitorização da produção existentes na Administração Regional do Centro e das publicações pelo IGIF dos dados relativos à contabilidade analítica dos hospitais. Foi necessário excluir o Centro Hospitalar de Coimbra da amostra visto que não estava disponível os dados relativos à contabilidade analítica o que inviabilizou o cálculo da quantidade crítica para este hospital. A produção para os dois anos foi valorizada a preços de tabela definidos pelo Ministério da Saúde para efeitos de contratualização com os hospitais.

A partir do cálculo do índice de *status* de saúde foi calculado um índice global de adequação de acordo com a seguinte fórmula: $IGA = \text{ProdC}_i / \text{ProdM}_i * 100$; que representa a adequação da oferta contratualizada às necessidades de cuidados de saúde avaliadas pelo índice de *status* de saúde. Um índice igual a cem (100) representa a quantidade certa a contratar enquanto que abaixo representa uma subprodução e acima uma sobreprodução de cuidados de saúde. Os dados calculados foram sistematizados num *tableau de bord* que permite comparar o índice global de adequação da oferta às necessidades identificadas através do índice de *status* de saúde, a quantidade contratualizada e a quantidade crítica de cada hospital.

O estudo tem como limitações as seguintes:

- 1) O índice global de adequação poder variar em função do número de hospitais incluídos na amostra visto que constitui um índice relativo ao total dos dados de cada hospital, no entanto permite que o modelo possa ser aplicado a um qualquer número de hospitais;
- 2) A disponibilidade de dados estatísticos para incluir outros factores relevantes para o cálculo do índice composto de *status* de saúde visto que alguns factores que permitiriam aperfeiçoar o modelo não são regularmente recolhidos por concelho e não estão facilmente acessíveis;

- 3) A dificuldade na obtenção de dados relativos à produção dos hospitais registando-se a existência de várias fontes de dados as quais nem sempre são coerentes entre si;
- 4) A necessidade de agregar a linha de produção de internamento por falta de dados desagregados relativos ao internamento médico e cirúrgico, pelo que o cálculo da quantidade crítica do internamento de forma agregada pode enviesar os resultados e conseqüentemente a tomada de decisão de contratar as duas linhas de produção em separado visto que, em geral, terem complexidades diferentes e portanto preços de produção diferentes.

Como principais conclusões pode-se referir o seguinte:

- 1) O *marketing* público constitui uma filosofia de gestão que deve orientar as práticas de gestão dos serviços públicos visto que permite uma focalização no utilizador e cidadão e assim um ajustamento dos subsistemas de gestão para a satisfação das necessidades identificadas no público-alvo definindo prioridades de actuação;
- 2) É possível orientar a contratualização pelas necessidades de cuidados de saúde de forma a tomar decisões sobre a consolidação, retracção ou expansão de linhas de produção hospitalares;
- 3) Existem situações em que a produção proposta para contratualização avaliada pelo índice global de adequação constitui uma sobreprodução e subprodução de cuidados de saúde;
- 4) O modelo utilizado é passível de aplicar a um nível mais micro nomeadamente às várias especialidades existentes nos hospitais de forma a tomar decisões de investimento, consolidação ou desinvestimento numa determinada especialidade e num determinado hospital em vez de se tomarem decisões com base em critérios sob algum grau de subjectividade;
- 5) O modelo pode ser automatizado através de sistemas informáticos e constituir um sistema de informação útil apresentado sob a forma de um *tableau de bord* para apoiar a tomada de decisão de gestão da oferta de cuidados de saúde nos hospitais sob contratualização;
- 6) O modelo poderia ser aplicado aos serviços públicos em geral, bastando para o efeito que o organismo tenha contabilidade analítica implementada como prevê o Plano Oficial de Contabilidade Pública e planos sectoriais e que fossem identificados os factores caracterizadores das necessidades de serviços públicos.

Palavras-Chave: *Welfare State*; Administração Pública; *Marketing* Público; Contratualização;