



DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i3.414>

Data de recebimento: 30/04/2018

Data de Aceite: 13/09/2018

Organização: Comitê Científico Interinstitucional

Editora Executiva: Lara Jansiski Motta

Editora Científica: Sonia Monken

Avaliação: Double Blind Review pelo SEER/OJS

Revisão: Gramatical, normativa e de formatação

NOVOS MODELOS DE PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS PORTUGUESES

¹Carla Mesquita Mesquita

²José Freitas Santos

³Amélia Ferreira da Silva

⁴Anabela Martins Silva

RESUMO

A Nova Gestão Pública assenta no pressuposto de que as organizações de setor público, geridas dentro do paradigma burocrático, tendem a ser entidades estáticas e ineficientes. Consequentemente, existe toda a vantagem em transferir para o setor público o modelo de gestão empresarial, tido como intrinsecamente mais flexível e eficiente. Nas organizações hospitalares públicas portuguesas, a institucionalização da ideologia da Nova Gestão Pública manifestou-se, sobretudo, na reforma de 2003, através do processo de empresariação da rede hospitalar pública. Neste contexto, o planeamento estratégico e os instrumentos de controlo de gestão adquiriram uma grande importância na definição, negociação e controlo dos objetivos e metas financeiras, económicas e de gestão clínicas.

Procurando identificar como se desenvolve o processo de planeamento estratégico no hospital e quais, como e porquê são utilizados determinados instrumentos de monitorização, desenvolvemos uma investigação qualitativa e exploratória, baseada numa amostra intencional de quatro estudos de casos. Apesar de diferentes realidades técnicas e clínicas, os hospitais analisados partilham o mesmo contexto e apresentam evidências de práticas isomórficas. Este estudo é de grande utilidade para os decisores políticos e para os gestores hospitalares e, além disso, contribui para a transferência internacional de conhecimento sobre um tema de preocupação crescente e comum às sociedades desenvolvidas.

Palavras chave: Planeamento estratégico. Controlo de gestão. Hospital. Nova Gestão Pública. Análise Qualitativa.

¹ Doutoranda em Gestão - Universidade do Porto, Faculdade de Economia do Porto - UP - FEP. (Portugal). E-mail: carla.alexandra.mesquita@gmail.com

² Doutor em Gestão - Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, UM – EEG. Braga (Portugal). E-mail: jfsantos@iscap.ipp.pt

³ Doutor em Contabilidade - Universidade de Vigo, Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais - UV – FCEE. Vigo (Espanha) E-mail: acfs@iscap.ipp.pt

⁴ Doutor em Contabilidade - Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, UM – EEG. Braga (Portugal). E-mail: anabela@eeg.uminho.pt



NEW MODELS OF PLANNING AND MANAGEMENT CONTROL IN PORTUGUESE PUBLIC HOSPITALS

ABSTRACT

New Public Management asserts the superiority of private sector management model over bureaucratic model of public organizations, arguing that the last tend to be static or inefficient and the first are intrinsically flexible and efficient. Thus, there is full advantage in transferring private management models to public organization.

In Portuguese public hospital organizations, the institutionalization of the New Public Management ideology reached its high point, mainly, through the 2003 reform, which preconizes the introduction of market model in public hospital network. Therefore, strategic planning and management control instruments have become very important for the definition, negotiation and control of financial, economic and clinical goals and objectives.

To identify the process of strategic planning, and which, how and why certain monitoring instruments are used in public hospitals, we developed a qualitative and exploratory investigation based on an intentional sample of four case studies. Despite different technical and clinical realities, the hospitals share the same context and there is evidences of isomorphic practices.

This study is especially useful for policy makers and hospital managers and it contributes for international knowledge transfer on a theme of growing concern common to developed societies.

Key-words: Strategic Planning. Management Control. Hospitals. New Public Management. Qualitative Analysis

1 INTRODUÇÃO

No sector da saúde, a Nova Gestão Pública (NGP) ganha relevo particularmente com a reforma do *National Health Service* inglês, iniciada na década de 80 (Dunleavy, Margetts, Bastow, & Tinkler, 2005). Em Portugal, é sobretudo a partir de 2003, com a empresarialização de cerca de metade da rede hospitalar pública, e em 2011, com a crise da dívida soberana portuguesa, que a NGP se impõe no sector da saúde. Os constrangimentos orçamentais vividos pelo país condicionaram fortemente a gestão dos Hospitais Públicos e impulsionaram mudanças significativas nos modelos e ferramentas de planeamento e de controlo de gestão. Esta evidência constava do próprio acordo assinado entre o Estado português e a “Troika”, onde era contemplada a elaboração de um plano estratégico para o sector da saúde que fosse consistente com o enquadramento orçamental. O impacto desta crise no sistema de saúde português foi de tal ordem que, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) eleger Portugal como um dos países – casos de estudos (a par com a Estónia, Grécia, Irlanda, Letónia, Lituânia) - mais gravemente atingidos pela crise (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras e Maresso, 2014).



Ora, se a organização hospitalar é, já de si, uma organização complexa, em contexto de crise financeira é expectável que essa complexidade aumente drasticamente, sobretudo quando a organização e a sua missão se mantêm inalterada e a procura pelos seus serviços aumenta em quantidade e exigência de qualidade (Dallora & Forster, 2008).

Partindo do pressuposto de que as organizações hospitalares são altamente influenciadas pelo contexto social, económico e cultural em que operam, interessa saber: *Como, em contexto de crise financeira, se desenvolve o processo de planeamento estratégico no hospital?* e *Quais, como e porquê são utilizados determinados instrumentos de monitorização do plano estratégico?*

Neste trabalho de investigação foram estudados quatro casos, cada um dos quais corresponde a um modelo diferente de organização hospitalar existente em Portugal na área do grande do Porto. Trata-se de um artigo estruturado em 6 capítulos que desenvolve um estudo qualitativo e exploratório, baseado numa amostra intencional.

Após a introdução, é apresentado o capítulo 2 com a revisão de literatura sobre o planeamento e controlo de gestão no hospital público e a gestão do hospital público português. O capítulo 3 justifica a opção metodológica, considerada mais adequada para responder à questão de investigação. Seguem-se os capítulos 4 e 5 onde se apresentam os resultados e se efetua uma análise aos mesmos, e, finalmente, as considerações finais são sintetizadas no capítulo 6.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O modelo burocrático, analisado no contexto em que surgiu, apresentou-se como o modelo organizacional mais ajustado aos desafios que se colocavam às primeiras grandes empresas industriais e às primeiras grandes estruturas públicas. A sua aceitação ganhou uma dimensão tal que, ainda hoje e apesar dos movimentos de mudança, este é o modelo que predomina na Administração Pública (AP) de vários países. Todavia, ao preconizar a supremacia das regras, mecânica e formalmente executadas, em que frequentemente se assiste à completa inversão entre meios e fins, em estruturas hierárquicas rígidas, este modelo tem sido criticado pela sua incapacidade em responder rápida e eficazmente à crescente e cada vez mais complexa rede de necessidades dos cidadãos e dos agentes económicos, que apelam a “um governo que funcione melhor e custe menos” (Gore, 1993, epígrafe).

A multiplicidade das funções assumidas pelo Estado fez crescer a dimensão da AP, dando origem a uma Administração pesada, complexa e difícil de coordenar dentro da rigidez do modelo burocrático. A envolvente mudou e a estrutura social e produtiva das organizações é hoje baseada no conhecimento, na flexibilidade e no trabalho em equipa, o que torna o modelo anacrónico, disfuncional e, acima de tudo, facilmente criticável.

É nesta conjuntura que nasce um movimento de reforma da AP que ficou conhecido como o “New Public Management” (Nova Gestão Pública). Este modelo, que tem feito escola nos países mais desenvolvidos, com particular destaque para o Reino Unido, Nova Zelândia, Austrália e Estados Unidos da América, advoga uma mudança estrutural provocada pela introdução de mecanismos de mercado e



de instrumentos da gestão privada na AP, tendo como ideia de base a convicção de que o modelo tradicional da AP sofre de ineficácia endémica e é intrinsecamente ineficiente.

A NGP vai retomar as ideias do *managerialismo*, corrente do início do séc. XX que influenciou a reforma administrativa, e das teorias económicas para encontrar soluções para os problemas da AP. A *Escola Managerial* introduziu nas reformas da AP os princípios da descentralização, da desregulação e da delegação, e assenta no pressuposto de que os princípios e os instrumentos da gestão privada poderiam ser adoptados na AP. A NGP reforça estas ideias e assume clara e definitivamente que a gestão privada é superior à gestão pública e que os modelos da primeira podem ser adoptados na segunda independentemente de esta servir primordialmente os interesses sociais e actuar sob o controlo do poder político.

Ora, no contexto duma gestão pública próxima da gestão privada, é suposto que o processo de planeamento e controlo de gestão na AP, nomeadamente nas instituições hospitalares, ganhe o relevo e importância que tem nas organizações privadas.

2.1 Planeamento e Controlo de Gestão no Hospital Público

No contexto da medicina científica, ao longo do século XX, os médicos ganharam um poder e respeito social inigualável por qualquer outro profissional, de tal modo que a profissão médica é ainda hoje considerada o arquétipo das profissões (Freidson, 1970). Esta hegemonia da classe médica tem marcado a realidade sociológica dos hospitais até aos dias de hoje e, de algum modo, tem permitido aos médicos a prática da medicina fora do controlo da autoridade administrativa dos hospitais (Mintzberg, 1994; Vlastarakos, & Nikolopoulos, 2008). Simultaneamente, ocorreu um aumento da procura de serviços hospitalares, que culminou num crescimento exponencial da respetiva despesa.

Autores como Luke, Walston e Plummer (2004), Swayne, Duncan e Ginter (2006) e Zuckerman (2005) defendem que o planeamento estratégico é um elemento chave do papel dos gestores hospitalares pois, ao proporcionar a análise e monitorização do ambiente interno e externo, permite aos gestores hospitalares fazer melhores escolhas.

Contudo, Alexander (2006) alerta que o planeamento estratégico, por si só, não direciona uma organização hospitalar para o sucesso, reconhecendo como crucial o envolvimento real dos médicos no processo, nomeadamente quanto às questões críticas, à missão e à visão da estratégia em desenvolvimento. Na verdade, o sector hospitalar tem sido o objeto de estudo para diversos autores na tentativa de identificar as tipologias estratégicas desenvolvidas e avaliar o impacto que essas práticas possam ter sobre o desempenho dos Hospitais (Rynne, 1980; Domanicao, 1981; Bruton, 1982; Ready, & Ranelli, 1982; Topping, & Hernández, 1991; Zallocco, Joseph, & Doremus, 1994). Ginn, Young e Beekun (1995) seguem uma linha de raciocínio semelhante ao testar várias hipóteses sobre a ligação entre as estratégias de negócio e a estrutura financeira do hospital.

Cleverley e Harvey (1992) estudaram uma possível ligação entre o comportamento estratégico e o desempenho da gestão hospitalar. Estes autores tentam diferenciar as estratégias de sucesso e insucesso, avaliando os resultados financeiros através de um indicador de rentabilidade. Da mesma forma, Cody,



Friss e Hawkinson (1995) avaliaram o impacto de diferentes estratégias funcionais da organização em termos de resultados (medidos pela variável "margem económica"), tendo chegado à conclusão que, a mudança ambiental, a gestão da taxa ocupação, e o tempo médio de internamento podem influenciar o desempenho do hospital. Porém, os estudos de Langland-Orban, Gapenski e Vogel (1993, 1996) demonstraram que a rentabilidade do hospital está muito mais dependente das opções estratégias, práticas e políticas da gestão hospitalar do que de fatores de mercado. Por sua vez, Naranjo-Gil e Hartmann (2007) exploram a possibilidade de o nível de eficácia na implementação estratégica depender do modo como os gestores de topo dirigem os Hospitais e os Sistemas de Informação para a Gestão (SIG) que têm ao seu dispor. Os resultados apontados pelos autores indicam que os diretores executivos com um foco predominantemente clínico, vocacionados para as informações não financeiras, na altura da tomada de decisões, preferem um estilo interativo na utilização dos SIG. Por outro lado, constatam que os diretores executivos com um fundo predominantemente administrativo parecem ser mais eficazes no estabelecimento de estratégias de redução de custos.

2.2 Gestão do Hospital Público Português

Em Portugal, se recuarmos ao início do século XX, encontramos um cenário em que predominam as ordens religiosas na administração das instituições hospitalares. Gradualmente, estas funções foram assumidas pelos profissionais de saúde, sobretudo pela classe médica. Com o processo de transferência da propriedade e gestão dos hospitais para o Estado, verificado ao longo da segunda metade do século XX e particularmente depois de 1974, este fenómeno acentuou-se, sendo a administração hospitalar cada vez mais confiada aos profissionais de saúde. Com a aprovação da Lei de Bases da saúde, em 1990, nos Conselhos de Administração (CA) dos Hospitais passaram a constar, obrigatoriamente, representantes dos grupos profissionais médicos e enfermeiros, embora a presidência do Conselho pudesse ser confiada a outros profissionais. Não obstante, o Presidente do CA dos Hospitais Públicos passasse a ser nomeado pelo Governo, na maioria dos casos os nomeados continuavam a ser médicos. Esta realidade é vista com muita naturalidade já que os médicos são elementos-chave do sistema de saúde que gravita à sua volta (Carapinheiro, 1993).

O problema que se coloca é essencialmente um problema de agência (Jensen, & Meckling, 1992). A gestão das unidades clínicas requer conhecimentos de duas áreas – medicina e gestão. Contudo, parece mais fácil transformar médicos em gestores do que transformar gestores em médicos, aliás esta última é impossível dadas as próprias condicionantes profissionais no exercício de atividades médicas. A questão, contudo, reside em gerir o nível de envolvimento dos médicos na gestão.

O CA do hospital público português é, regra geral, composto pelo presidente e um ou dois vogais, como membros executivos, e, como membros não executivos, pelo diretor clínico e pelo enfermeiro-diretor, que formam a direção técnica. O presidente e os dois vogais executivos do CA são nomeados pelo Ministro da Saúde. Os membros não executivos do conselho de administração são nomeados pelo Ministro da Saúde, sob proposta do presidente do CA. Deste modo, fica assegurada a presença de pelo



menos dois profissionais de saúde no CA, um dos quais – Diretor Clínico – terá de ser necessariamente médico. No essencial, o modelo de gestão do hospital público português corresponde ao modelo de Direção Clínica definido em Buchanan Jordan, Preston e Smith (1997:136), uma estrutura de organização na qual os serviços médicos e de suporte são agrupados por funções ou especialidade, cada um gerido por um Diretor de Serviço que é médico especialista, um Enfermeiro Chefe e um terceiro elemento com formação em Gestão. Trata-se de uma estrutura hierárquica que coloca o Diretor de Serviço no topo da organização hierárquica da unidade clínica.

Embora a gestão das unidades de saúde tenda a ser cada vez mais descentralizada, os hospitais portugueses continuam a ser financiados, quase integralmente, pelo orçamento do Estado e o controlo do sistema de saúde continua centralizado em entidades governamentais como a Administração Central do Sistema de Saúde (anterior Instituto de Gestão e Informação Financeira do Ministério da Saúde) e as Autoridades Regionais de Saúde. A necessidade de dispor de informação para gerir o processo de contratualização com os hospitais e monitorizar mensalmente as variáveis financeiras, operacionais e de atividade de cada uma das unidades desencadeou uma importante reestruturação do sistema de controlo de gestão dos hospitais.

A perspectiva de que o plano estratégico e o modelo de controlo de gestão estão inter-relacionados é suportada pela teoria contingencial (Scott, 1981; Lawrence, & Lorsch, 1986). Dentro desta orientação teórica, a eficácia do sistema de controlo de gestão tem sido interpretada como uma variável que depende de fatores contingenciais como tecnologia, dimensão, estrutura, estratégia e cultura (Chenhall, 2003). Neste trabalho, procuraremos analisar, caracterizar e comparar o processo de planeamento estratégico de quatro hospitais públicos e simultaneamente analisar, caracterizar e comparar os respetivos modelos e ferramentas de controlo de gestão, procurando explorar eventuais relações entre ambos.

3 METODOLOGIA

Os estudos de caso múltiplos são, geralmente, mais concludentes e robustos que os estudos de caso únicos (Yin, 2003). Por isso, neste trabalho foi analisada uma amostra intencional (Pope, Ziebland, & Mays, 2000) constituída por 4 hospitais do grande Porto (uma sub-região estatística - NUTS III) da Região Norte. Seleccionamos apenas os hospitais que, pela sua dimensão, apresentam maior capacidade de autodeterminação do seu rumo estratégico. Estabelecemos as 100 camas como critério de inclusão na amostra (não probabilística), razão pela qual estudamos apenas 4 dos 6 hospitais existentes no Grande Porto, conforme descrição da tabela nº1:



Tabela 1 - Caracterização sumária dos casos de estudo – dezembro 2014

Unidade	CHSJ	CHP	ULSM	IPO Porto
Modelo de Gestão	Empresarial desde 2006	Empresarial desde 2005	Empresarial desde 2005	Empresarial desde 2005
Tipologia	Hospital Geral	Hospital Geral	Unidade Local de Saúde	Hospital Especializado
Cuidados	Especializados	Especializados	Especializados e Primários	Oncológicos
Universitário	Sim	Sim	Não	Não
Nº trabalhadores	5.387	3.955	2.131	1.880
Nº camas	1259	827	345	n/d
Nº especialidades	49	43	35	32
Serviços de Urgência	Sim	Sim	Sim	Não
População	4.500.000	3.428.675	176.912	3.700.000
Volume de Negócios (euros)	328.254.247	254.190.066	109.426.804	111.365.311
Autonomia Financeira	53%	3%	30%	1%
Demora média de internamento	7,72 dias	6,92 dias	6,93 dias	8,9 dias

Fonte: Elaboração própria.

A primeira fonte de dados foi documental: contrato-programa assinado com Ministério da Saúde, o orçamento económico, o plano de contabilidade analítica, os relatórios de contabilidade de gestão, o relatório anual de contabilidade financeira, planos de negócio, relatório de avaliação do Tribunal de Contas, regulamentos internos, sítio do hospital, sítio do ministério da saúde e organismos dependentes. Centenas de páginas foram consultadas e revisadas pelos investigadores.

Prosseguimos com a recolha de dados através de entrevistas pessoais, semiestruturadas aos presidentes dos conselhos de administração de cada hospital. Como a recolha de dados foi realizada pelo mesmo investigador, considerou-se que não era necessário elaborar um protocolo de investigação. Contudo, foi preparado um guião de entrevista que estava organizado em três partes. Uma primeira parte que inclui questões acerca do processo de planeamento estratégico, a segunda coloca questões relativas à monitorização do plano estratégico e finalmente foi elaborado um conjunto de questões que procura completar a análise documental, nomeadamente quanto ao desempenho do hospital. Para facilitar a análise do conteúdo, optou-se por transcrever na íntegra todas as entrevistas, procurando-se realizar sempre que possível a triangulação das respostas com as restantes fontes de dados. Neste processo, procuramos também confirmar, durante a entrevista, alguns dados recolhidos na análise documental.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As medidas de austeridade encerram em si um conjunto de medidas restritivas com vista à redução de custos. Das entrevista realizadas, foi possível aferir que, além da uma política de redução de custos



exigida pelo governo, os próprios hospitais estavam a promover uma cultura de gestão de custos, nomeadamente: criação de plataforma de negociação conjunta; definição de políticas de consumo de medicamentos; redução de horas extra dos profissionais de saúde; política de combate ao desperdício; criação de central de cogeração de eletricidade, climatização, água e tratamento de resíduos.

Aliás, segundo os entrevistados, nenhum dos hospitais redefiniu a sua missão face ao atual cenário de austeridade. Contudo, esta missão é agora mais difícil. O presidente do CA do IPO Porto argumenta que “...o número de doentes com a crise não diminui, o que diminuí são os orçamentos e o dinheiro que tínhamos para os tratar. Nestas coisas há um limite a partir do qual nós não podemos poupar mais e ainda assim temos que continuar a tratar”. O presidente do CA do HSJ corrobora esta posição afirmando que no “atual cenário de austeridade o hospital tem de continuar a fazer o que tem vindo a fazer desde 2008, altura em que percebeu que o Serviço Nacional de Saúde estava falido e que era importante tomar medidas que contribuíssem para reduzir os custos de operação e produção do próprio hospital.... O que acontece no momento atual é que este esforço que era muito mal-entendido, e em relação ao qual o hospital era muito atacado publicamente, está agora ancorado numa situação de emergência nacional. A presente situação contribui para que haja mais envolvimento na aceitação e no entendimento das medidas ditas de austeridade”. Em resumo, para a maioria dos entrevistados o atual contexto de austeridade redefiniu muitas prioridades, mas a missão permanece inalterada para todas as instituições.

Como se desenvolve o processo de planeamento estratégico no hospital?

Em todos os hospitais o processo de planeamento estratégico é administrativamente gerido pelo departamento de planeamento específico, mas é operacionalizado e aprovado pelo CA. É unânime para todos os presidentes de CA que, o plano estratégico é uma súmula de opiniões e concomitante contributo de todos os colaboradores do hospital. O presidente do CA do HSJ caracteriza o conteúdo do plano estratégico como “uma convenção estratégica que reúne a opinião de alguns tipos de lideranças do hospital aos mais variados níveis, lideranças formais e informais, que pensam e repensam o hospital”. O plano estratégico é, para o presidente do CA da ULSM, uma ferramenta essencial de apoio à gestão. Aqui, o departamento de planeamento estratégico encontra-se dividido em dois serviços diferentes: (i) “Contratualização” que é responsável pela contratualização interna com todos os serviços e pela avaliação mensal dos desvios com a informação que é produzida pelo departamento de Planeamento e Controlo; (ii) “Planeamento e Controlo” que garante o rigor da informação produzida transmitindo essa informação a todo o hospital através do sistema de Business Intelligence (BI). No HSJ este departamento denominado de “Unidade de Controlo de Negócio” centraliza e interage com todo o hospital, planeando anualmente os orçamentos e as atividades a desenvolver, as áreas para as quais devem ser afetados recursos nesse ano em função das necessidades, nomeadamente, dos recursos de investimento. No CHP o departamento de planeamento estratégico acompanha a produção em parceria com o gabinete de contabilidade analítica, realizando reportes quinzenais da posição financeira do hospital.

Em termos globais, através do plano estratégico as unidades hospitalares procedem ao desenvolvimento de um diagnóstico estratégico, envolvendo vários níveis hierárquicos da organização. As decisões são registadas em documentos escritos e tomadas oportunamente por vários colaboradores, consoante o tipo



de situação que ocorre, sendo as ações calendarizadas com antecedência e distribuídas ao longo do ano. Em todos os Hospitais, o plano estratégico é discutido com os dirigentes, médicos e não médicos, ou seja, todos são chamados a contribuir.

O presidente do CA da ULSM sugere que “uma das formas de trabalhar bem os planos estratégicos é realizar com as equipas médicas reuniões de *Brainstorming* e interdisciplinares. Para este gestor, os médicos são muito importantes neste processo, apesar de não serem a classe mais consciente em termos económicos. O gestor dá o exemplo: “Um médico que é ortopedista quer é garantir que continua a ter doentes para exercer a sua especialidade e crescer no seu serviço. Porém, ele revela alguma dificuldade em entender as questões relativas à gestão e ao planeamento estratégico, pois está muito centrado na qualidade do trabalho que faz”.

Constata-se que, regra geral, as etapas/fases do processo de planeamento estratégico prosseguidas pelos Hospitais entrevistados são análogas. Estas etapas são compostas fundamentalmente: pela análise dos pontos fortes e fracos e das ameaças e oportunidades – análise SWOT; ao estabelecimento de premissas; à realização de um planeamento de contingência e risco, nomeadamente através de estudos epidemiológicos; na definição de objetivos e metas; na identificação, avaliação e seleção de estratégias; na planificação funcional; e na orçamentação operacional e estratégica. Quem participa na execução deste processo é o departamento de planeamento apresentando a sua melhor proposta ao CA. Cabe, por sua vez, aos membros do CA analisar, alterar, redefinir os pressupostos do que foi proposto e dar o seu aval final. Na ULSM o planeamento estratégico é realizado de três em três anos, o que corresponde à periodicidade dos mandatos do CA. Por sua vez, no CHP e no IPO o planeamento estratégico é anual bem como o plano de atividades e o relatório. No entanto, é realizado um acompanhamento mensal da atividade. Analogamente, em nenhum dos Hospitais entrevistados existe um manual de planeamento, no entanto, no IPO existe um documento equivalente designado de “Regulamento”.

Quanto ao grau de execução do plano estratégico nos Hospitais entrevistados verifica-se que todos tendem a executar totalmente o plano estratégico. O presidente do IPO salienta que quanto ao grau de execução este “depende do indicador que utilizarmos, mas se forem os indicadores de produção, nós produzimos a mais do que aquilo a que nos comprometemos, e é sempre superior aos 90%. Portanto, eu acho que a média dos indicadores daria 100%, quer dizer com variações de 5 pontos percentuais para cima ou para baixo”.

No decorrer da entrevista foi enunciada uma mensagem que é transmitida aos CA pela ACSS e que aponta o “planeamento e controlo de gestão” como meios fundamentais para “ajudar a cumprir os objetivos do SNS”. À exceção do presidente do CA do CHP, todos os entrevistados consideraram que aquela mensagem tem sido bem transmitida pela ACSS. A este propósito o presidente do IPO Porto acrescenta que “sendo muito difícil, tem conseguido transmitir a necessidade de se planear e de se controlar aquilo que se faz e usa, essencialmente através do contrato-programa, mas também através de auditorias de boas práticas aos mais diversos níveis, desde as compras às contratações e ao acesso dos utentes. Quando me pergunta se a ACSS está a conseguir transmitir a sua mensagem, o presidente do IPO Porto responde: ”eu diria que sim, mas, antes da ACSS, a própria instituição através de medidas até



mais rigorosas, tem de convencer toda a gente nesta indústria que os objetivos têm que ser atingidos primeiro e atingidos com grande eficácia, senão as consequências são para os seres humanos e para os doentes. Eu diria que há duas forças a atuar, de cima os contratos, as auditorias e os regulamentos a que estamos obrigados, mas depois não há uma entidade que consiga fazer um controlo eficaz, isso não acontece com nenhuma empresa seja ela pública ou privada. As empresas privadas controlam lojas, controlam supermercados à distância, não controlam empresas com a complexidade destas. Vá ver outras instituições da área, também têm estruturas descentralizadas, exatamente porque é vivendo o dia-a-dia da instituição que se consegue aperceber dos problemas antes que eles se tornem muito grandes e atuar também de maneira rápida”. Tal como foi referido anteriormente, uma opinião contrária tem o presidente do CA do CHP quanto à mensagem da ACSS, defendendo que “infelizmente não transmite porque fala muito em dinheiro e fala pouco em planeamento e nós estamos aqui para tratar doentes e não para poupar dinheiro. Podemos poupar ou não mas estamos aqui para tratar doentes”.

Em termos globais, os entrevistados consideram que o processo de planeamento contribui para a redução de custos, para o aumento da eficiência, economia e eficácia na prestação de cuidados de saúde. O presidente do CA da ULSM defende que este processo é importantíssimo, contudo salienta que o que mais contribui para isso é o orçamento que o hospital tem disponível. “Se eu sei que vou ter menos 5% do orçamento que o ano passado eu vou ter que adaptar as coisas em função disso. Vou ver aquilo que afeta menos no fundo a minha produção, no entanto não me posso esquecer que estou cá para tratar doentes e para lhes dar acesso rápido aos cuidados de saúde, mas o planeamento aí entra. Por exemplo, vamos diminuir horas extraordinárias onde? Em princípio naquilo que afeta menos a minha prestação de cuidados de saúde”.

Neste contexto, o presidente do CA do CHP defende que, numa instituição de saúde, mais importante que reduzir custos é não descurar a prestação de cuidados de saúde, dando um exemplo recente: “A leitura da instituição e a escolha dos caminhos é que leva a instituição à redução dos custos da nossa atividade. Por exemplo, há um médico que quer adquirir uma máquina nova para introduzir uma técnica inovadora e veio-me perguntar o que eu achava, pois sabia que a aquisição tem custos elevados, e veio saber a minha opinião se valia a pena ou não investir e se devia ou não empenhar-se nisso. Nestes casos nós temos que avaliar se é uma técnica que contribui para o bem-estar das pessoas seja qual for o custo, depois temos que implementar porque essa é a nossa missão”.

Na mesma linha de pensamento, mas enfatizando mais os conceitos de economia, eficiência e eficácia, o presidente do CA do IPO Porto acrescenta que “a redução de custos é uma preocupação central, mas com o limite que lhe disse, há um limite para a contenção de custos”.

Quais, como e porquê são utilizados determinados instrumentos de monitorização do plano estratégico?

Os indicadores utilizados circunscrevem-se essencialmente os fixados no contrato anual: número de doentes a tratar em cada linha de produção (internamento, cirurgia programada de internamento, hospital de dia, outros), a demora média para cada um dos sectores, a taxa de acessibilidade (rácio primeiras consultas / total das consultas), indicadores de custos, de produção, de rentabilidade, indicadores de qualidade clínica e de gestão. Os instrumentos de monitorização mais utilizados são o *Balanced*



Scorecard (BSC), o *Tableau de Board* e o *Benchmarking* (interno, promovido pelo Ministério da Saúde entre todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde).

O presidente do CA do HSJ defende, como se depreende da afirmação seguinte, que a análise custo-benefício não existe na realidade da prática dos Hospitais portugueses: “...em termos formais, e claramente instituídos, não, nem no hospital nem creio que a nível nacional. ...e não sei se até a nível internacional. As análises custo-benefício que são fundamentais na área do medicamento simplesmente não existem em Portugal”. Por sua vez, o presidente do CHP reconhece que a aplicam pontualmente e o presidente do CA do IPO Porto considera a análise custo-benefício como um bom procedimento, embora de aplicação difícil.

O BSC é utilizado apenas pelo HSJ e pela ULSM, todavia no IPO Porto e no CHP estão a ser desenvolvidos mecanismos para a introdução deste instrumento de gestão. Não obstante, e apesar de, nestas unidades hospitalares não estarem a utilizar o BSC, os entrevistados consideram que esta é uma ferramenta de gestão extremamente interessante.

Quanto ao *Tableau de Bord* é utilizado por todos os Hospitais entrevistados, não só por imposição legal da ACSS, mas também porque é uma ferramenta de controlo de gestão estruturada a partir de indicadores chave que permite ao gestor acompanhar o desempenho organizacional dentro de parâmetros previamente definidos, contribuindo para a redução da incerteza e facilitando a previsão de risco inerente a todas as suas decisões. Na ULSM esta ferramenta está integrada no BSC, tal como explica o presidente do CA: “diariamente consigo ver como está o tempo de espera média do hospital através do *Tableau de Bord*, que tem uma forte componente visual, porque utilizamos o BSC. Era muito difícil para mim não ter este instrumento de gestão, pois consegue-se saber o que se está a passar em cada momento, por exemplo, perceber porque é que as consultas estão a baixar, as cirurgias estão a baixar, o tempo de espera está a aumentar. Isto porque, na ULSM, 10% do nosso orçamento é composto por incentivos. Existem cerca de 40 indicadores⁵, atingir ou não atingir um indicador vale muito dinheiro. Assim 10% daquilo que é faturado são penalidades (incentivos). Grosso modo, o orçamento deste hospital são 100.000 milhões de euros e desses 100.000 milhões de euros, eu tenho penalidades que vão até 10.000 milhões de euros, portanto o meu orçamento pode passar de 100.000 milhões para 90.000 milhões. Basta não cumprir as metas. Ora, como os objetivos são muito exigentes, têm que ter um acompanhamento diário”. No CHP, é realizado, mensalmente, um mapa de controlo de produção com base no *Tableau de Bord*. Quando questionados acerca da utilização de técnicas de *Benchmarking*, os hospitais, de uma forma geral, respondem positivamente à adoção deste processo de comparação do desempenho organizacional, procurando sempre comparar-se com as melhores práticas, os melhores processos e as ideias mais inovadoras. No caso particular do IPO Porto o presidente do CA refere que “comparamo-nos com todos os Hospitais que tratam cancro e que são comparáveis. Todos os Hospitais do país têm as suas estatísticas, mas porque o IPO do Porto é o sexto maior hospital europeu de cancro, comparamo-nos com os outros Hospitais europeus. Tirando o IPO Lisboa, que é mais pequeno que o nosso, cerca de 2/3,

⁵ ver <http://www.ulsm.min-saude.pt/category/institucional/instrumentos-de-gestao>



e o de Coimbra que é metade, não tínhamos em Portugal grandes termos de comparação. Portanto, comparamo-nos com Hospitais franceses, ingleses, espanhóis que são esses sim bons *Benchmarkings* para nós. É o único do país que ganhou uma designação de Centro de Cancro Compreensivo, porque junta três valências que é o tratamento de doentes, a formação de médicos (temos uma escola de oncologia temos um mestrado para médicos, e outras formações) e a componente da investigação científica. Temos consórcios com vários centros, nomeadamente o IPATIMUP para fazer I&D, e aí somos o único no país, e há poucos na Europa a juntar estas três valências”. De modo semelhante, o presidente do CA do HSJ realça que usa as “técnicas de *Benchmarking*, quer do ponto de vista formal, quer do ponto de vista informal. Temos uma parceria com uma empresa que analisa 24 Hospitais de dimensão idêntica ao HSJ, selecionados com base na existência de especialidades comuns na atividade, tecnologias comuns, etc.. Estes 24 hospitais permitem que o hospital tenha selecionado como grupo de *Benchmarking* a média para cada indicador dos 6 melhores destes 24 para cada indicador, sendo efetuado para o hospital inteiro e para cada serviço em particular. Por isso, todos os anos, ao longo do ano porque isto já está disponível também para acesso direto e em tempo real ao computador por via informática, se faça *Benchmarking* com este grupo de *Benchmarking*”. Segundo o presidente do CA, o CHP está inclusivamente “integrado num programa europeu que nos compara com os Hospitais espanhóis e com os portugueses da mesma dimensão que o nosso no sentido de saber sempre, em termos de demora média de complicações de infeções, se nós estamos dentro dos parâmetros estabelecidos”. Por seu turno, o presidente do CA da ULSM acrescenta ainda que para além dos instrumentos de monitorização identificados “utilizamos muito, um que é mais operacional do que estratégico que é o *Lean Kaisen*”. Todos os hospitais têm um sistema de contabilidade analítica integrado com a contabilidade financeira que permite conhecer os custos das secções principais, mas nenhum consegue calcular os custos indiretos por doente. O HSJ e ULSM revelaram intenção de testar a adopção do Custeio Baseado nas Atividades (ABC), mas nenhum dos hospitais aplica o ABC.

A técnica de *Benchmarking* é uma das fortes apostas dos hospitais analisados. Por isso, o HSJ estabeleceu uma convenção estratégica com uma empresa de consultoria que analisa, em tempo real, os 24 melhores hospitais de dimensão idêntica ao HSJ. O IPO Porto tem características gestionárias diferentes das restantes unidades hospitalares. Neste hospital o processo de planeamento estratégico apesar de seguir os mesmos princípios dos restantes hospitais, isto é, realização de análise SWOT, determinação de metas e objetivos e realização de planos de contingência e risco, não tem como suporte um sistema de BI de apoio à monitorização dos indicadores preconizados pela tutela no *Tableau de Bord*. O controlo e execução do plano estratégico é realizado de forma muito rudimentar, ou seja, em tempo real não é possível saber se determinado indicador está a entrar em incumprimento, o que dificulta a gestão do que foi contratualizado. Apesar do departamento de planeamento realizar, gerir e acompanhar a atividade do hospital, esta gestão não é realizada em tempo real, o que torna a tomada de decisão menos eficaz, eficiente e economicamente menos rentável.

À semelhança do HSJ, também na ULSM o processo de planeamento estratégico faz-se através da contratualização interna e utilizando como suporte de monitorização o sistema de BI. A única diferença substancial para o HSJ é que na ULSM são realizadas com regularidade reuniões de *Brainstorming* e



interdisciplinares. Estas reuniões são extremamente interessantes sob o ponto de vista estratégico por permitirem ao gestor, com regularidade, repensar as linhas estratégicas e redefinir caminhos alternativos nos casos em que é necessário implementar medidas corretivas. A utilização do BSC conjugado com o *Tableau de Bord* traz grandes benefícios para a gestão destes indicadores e para o seu cumprimento. O modelo de planeamento e controlo de gestão do CHP é muito próximo do aplicado no HSJ, no entanto, verifica-se que o CHP tem uma atitude comparativamente mais passiva e reativa.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O processo de empresariação dos hospitais portugueses foi um passo determinante para a flexibilização gestonária e para a introdução do paradigma da Nova Gestão Pública. Os hospitais E.P.E. são empresas públicas dotadas de personalidade jurídica com autonomia administrativa e financeira, financiados principalmente pelo Estado e por ele controlados, orgânica e funcionalmente. Ora, sendo organizações controladas pelo Governo, via Ministério da Saúde, poderia argumentar-se que a introdução coerciva de novos modelos e ferramentas de gestão e controlo seria um processo automático, tal como preconizado pelos defensores da Nova Economia Institucional (Williamson, 1975). Contudo, a experiência Portuguesa mostra que, apesar dos argumentos da racionalidade económica que sustentaram as opções políticas relacionadas com a gestão dos hospitais públicos, a mudança não foi imediata, nem automática, e o novo ponto de equilíbrio ainda está longe de ser alcançado. Os hospitais analisados estão em pleno processo de mudança e revelam que, a institucionalização de novas práticas de gestão é altamente condicionada pela complexidade das motivações dos seres humanos e da realidade social e contextual. Todos os entrevistados reconhecem a necessidade de introduzir uma lógica económica na gestão dos recursos, mas também todos reconhecem a complexidade da operacionalização deste princípio, em especial quando o critério da racionalidade económica choca com a missão do hospital ou a cultura e ética profissional dos médicos.

Em todos os Hospitais entrevistados o processo de planeamento estratégico realiza-se segundo uma abordagem *Top-down*, defendida por Ferlie *et al.* (1996). Isto significa que, em termos de estrutura hierárquica, as decisões se iniciam a partir da gestão de topo (Ministério da Saúde, Presidente do CA, Diretor de Serviço). Quanto aos instrumentos utilizados na monitorização do plano estratégico apenas utilizam técnicas de *Benchmarking*, o *Tableau de Bord* ou o BSC (onde são também integrados os indicadores do *Tableau de Bord*). A tabela nº 2, apresentada a seguir, sintetiza e compara estes resultados.



Tabela 2 - Síntese dos resultados por unidade

Unidade	CHSJ	CHP	ULSM	IPO Porto
Missão	Continuidade.	Continuidade.	Continuidade.	Continuidade.
Redução de custos	Imperativo; Oportunidade.	Imperativo; Oportunidade.	Imperativo; Oportunidade.	Risco; Oportunidade.
Planeamento Estratégico	Top-down; Pensar o posicionamento estratégico na rede; Contratualização; Alinhamento e compromisso diferentes níveis hierárquicos.	Top-down; Subordinado às orientações do Ministério; Contratualização; Alinhamento e compromisso diferentes níveis hierárquicos.	Top-down; Ajustamento entre meios e fins. Contratualização; Alinhamento e compromisso diferentes níveis hierárquicos.	Top-down; Subordinado às orientações do Ministério; Contratualização; Alinhamento e compromisso diferentes níveis hierárquicos.
Controlo de gestão	Contabilidade Analítica; Balanced Scorecard; Benchmarking.	Contabilidade Analítica; Tableau de Bord; Benchmarking.	Contabilidade Analítica; Balanced Scorecard; Lean Kaizen.	Contabilidade Analítica; Tableau de Bord; Benchmarking.

Fonte: Elaboração própria.

Partindo de um contexto em que a missão do hospital permanece inalterada e se foca basicamente na prestação de cuidados de saúde de qualidade, e a necessidade de redução de custo é vista como uma oportunidade de melhorar a eficiência, as respostas às questões de investigação configuram-se mais lineares pois, o novo contexto não é percebido como uma ruptura pela gestão de topo. Ao nível estratégico denota-se uma clara estratégia de adaptação ao contexto e busca de legitimidade organizacional, tal como definido por Rossetto e Rossetto (2005). O contexto de crise financeira pressiona os hospitais a adotar nos modelos de gestão e novas práticas, regras e rotinas organizacionais ao nível do controlo de gestão. Os hospitais adaptaram-se estrategicamente ao novo contexto (Meyer, & Rowan, 1977). Em qualquer dos casos estudados, o planeamento estratégico é assumido como um procedimento essencial à estruturação da tomada de decisão, não só porque o estatuto jurídico o exige, mas porque se revela de extrema importância no apoio ao processo de contratualização e ao alinhamento dos objetivos.

A homogeneidade dos hospitais revela-se também ao nível dos instrumentos de controlo de gestão adotados. Enquanto que o *Tableau de Bord* pode ser explicado por mecanismo de isomorfismo coercivo, as práticas de *Benchmarking* e a adoção do BSC explicam-se essencialmente como um mecanismo mimético (Dimaggio, & Powell, 1983).

Os instrumentos de controlo de gestão são, em geral, utilizados para acompanhar o desempenho (entendido como cumprimentos das metas pré-definidas), dos diversos departamentos do hospital, quer do ponto de vista da produção quer do ponto de vista dos consumos. Cada departamento (ou similar) tem o seu plano de ação e contratualiza internamente com a administração, sendo realizadas reuniões de



trabalho regulares (mensais ou trimestrais) para analisar os resultados alcançados e tomar medidas corretivas no caso de os indicadores não estarem a ser cumpridos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, ao nível da gestão de topo podemos afirmar que o planeamento estratégico se institucionalizou nos hospitais portugueses, sendo hoje uma prática “*taken-for-granted assumptions*”, ou seja, o planeamento é visto como um o meio formal reconhecido através do qual as coisas devem ser feitas (Burns, & Scapens, 2000: 6).

Apesar de diferentes realidades técnicas e clínicas, os hospitais analisados partilham o mesmo contexto e apresentam evidências de práticas isomórficas (Dimaggio, & Powell, 1983). Para auxiliar esse planeamento os Hospitais recorrem a indicadores e ferramentas de monitorização estratégica. Embora a adoção dos instrumentos de monitorização não seja percebida como uma mera obrigação imposta superiormente, a sua utilização está intimamente ligada ao acompanhamento das metas contratualizadas com o Ministério da Saúde.

De uma maneira geral, todos os Hospitais consideram que a gestão hospitalar encerra em si uma grande necessidade de adoção de técnicas, mecanismos e ferramentas de monitorização estratégica, destacando-se o *Tableau de Bord* e a Contabilidade Analítica, ambos impostos a nível ministerial, como uma prática transversal a todos os hospitais analisados. Paralelamente, a adoção do BSC e do *Benchmarking* aparece associada aos hospitais onde a cultura empresarial é mais claramente assumida na narrativa dos respetivos Presidentes do CA.

O trabalho apresentado contribui para o entendimento dos processos de mudança organizacional em situação de crise. Interessa sobretudo a responsáveis políticos, a administradores hospitalares e a médicos com cargos de gestão.

Contudo, sendo um trabalho exploratório e descritivo, apresenta diversas limitações do ponto de vista metodológico. Em futura investigação sugerimos uma análise mais aprofundada a cada um dos casos, com a recolha de testemunhos ao nível da gestão intermédia e operacional. Seria igualmente importante estender a análise no tempo, procurando acompanhar o processo de mudança de modo a captar a complexidade da dinâmica social do hospital em contexto de mudança e alto nível de pressão interna e externa. De igual modo, estudos comparativos com hospitais de outros países, em que fossem controladas as variáveis de contexto, podem proporcionar ensinamentos mais ricos e potenciar a generalização das conclusões a nível teórico.

REFERÊNCIAS

Alexander, K. (2006). Advancing Strategic Planning. *Frontiers of Health Services Management*, 23(2): 39-41.



Bruton, P. (1982). A Reasoned Approach to Hospital Planning in an Uncertain World. *Health Care Management Review*, Fall: 39-43.

Buchanan, D., Jordan, S., Preston, D., & Smith, A. (1997). Doctors in the process. The engagement of clinical directors in hospital management, *Journal of Management in Medicine*, 11: 132-56.

Burns, J., & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management accounting research*, 11(1), 3-25.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Edições Afrontamento: Porto. ISSN: 0873-6529

Chenhall, R. H. (2003). Management control system design within its organizational context: Findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28(2-3): 127-168.

Cleverley, W. & Harvey, R. (1992). Critical strategies for successful rural hospitals. *Health Care Management Review*. 17(1): 27-33.

Cody, M., Friss, L., & Hawkinson, Z. C. (1995). Predicting hospital profitability in short-term general community hospitals. *Health Care Management Review*, 20(3): 77-87.

Dallora, M. E. L., & Forster, A. C. (2008). A importância da gestão de custos em hospitais de ensino-considerações teóricas. *Medicina* (Ribeirao Preto. Online), 41(2): 135-142.

Dimaggio, P. J., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review*: 147-160.

Domanicao, L. (1981). Long Range Hospital Development Necessitates Strategic Planning. *Hospital Financial Management*, (June): 38-48.

Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2005). New Public Management Is Dead—Long Live Digital-Era Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16 (3): 467-494.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A. (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.



Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The new public management in action*. Oxford, Oxford University Press.

Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The social structure of medical care*. Aldine Transaction, London.

Ginn, G., Young, G., & Beekun, R. (1995). Business strategy and financial structure: an empirical analysis of acute care hospitals. *Hospital and Health Services Administration*, 40(2):191-209.

Gore, A. (1993). *The Gore report on reinventing government: Creating a government that works better and costs less*. Times Books.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1992). Specific and general knowledge and organizational structure. *Knowledge Management & Organizational Design*: 17-18.

Langland-Orban, B., Gapenski, L., & Vogel, W. B. (1993). The determinants of hospital profitability. *Hospital and Health Services Administration*, 38(1): 63-80.

Langland-Orban, B., Gapenski, L., & Vogel, W. B. (1996). Differences in characteristics of hospitals with sustained high and sustained low profitability. *Hospital and Health Services Administration*, 41(3): 385-99.

Lawrence, P., & Lorsch, J. (1986). *Adapter les structures de l'entreprise*. Paris: Les éditions d'organisation.

Luke, R. D., Walston, S. L., & Plummer, P. M. (2004). *Healthcare Strategy*. Chicago: Health Administration Press.

Meyer, J. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83 (2): 440-463.

Mintzberg, H. (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. Prentice-Hall, New York.

Naranjo-Gil, D., & Hartmann, F. (2007). How CEO's use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health Policy*, 81: 29-41.

Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ*, 320:114-116.



Ready, R. K., & Ranelli, F. E. (1982). Strategic and Nonstrategic Planning in Hospitals. *Health Care Management Review*, (Fall), 27-38.

Ritzer, G., & Walczak, D. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*, 67(1): 1-22.

Rossetto, C. R., & Rossetto, A. M. (2005). Teoria Institucional e Dependência de Recursos na Adaptação Organizacional: uma Visão Complementar, *RAE-eletrônica*, 4(1): 1-22.

Rynne, T. J. (1980). The Third Stage of Hospital Long-Range Planning: The Marketing Approach. *Health Care Management Review*. (Summer): 7-15.

Scott, W.R. (1981). Organizations: Rational, Natural, and Open Systems. *Englewood Cliffs*, Prentice Hall.

Swayne, L. E., Duncan, J. E., & Ginter, P. M. (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations*. 5th Ed. Maiden, MA: Blackwell Publishing.

Topping, S., & Hernández, R. (1991). Health care strategy research, 1985-1990: a critical review. *Medical Care Review*. 48(1): 47-89.

Vlastarakos, P., & Nikolopoulos, T. (2008). The interdisciplinary model of hospital administration: do health professionals and managers look at it in the same way. *European Journal of Public Health*, 18(1): 71-76.

Williamson, O. E. (1975). *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York: Free Press.

Yin, R. (2003). *Case study research: Design and Methods*. Third Edition. SAGE Publications. London.

Zalocco, R.L., Joseph, W.B., & Doremus, H. (1994). Strategic Market Planning for Hospitals. *Journal of Health Care Marketing*, 4(2): 19-28.

Zuckerman, A.M. (2005). *Healthcare Strategic Planning*. 2nd ed. Chicago: American College of Healthcare Executives, Health Administration Press.