

FILIPA JUSTO

**Operações de fusão entre entidades hospitalares:
uma revisão sistemática da literatura**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

2022

FILIPA JUSTO

**Operações de fusão entre entidades hospitalares:
uma revisão sistemática da literatura**

Mestrado em Gestão em Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Luís Miguel Serra Coelho



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2020

**OPERAÇÕES DE FUSÃO ENTRE ENTIDADES HOSPITALARES:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Filipa Alexandra Domingos Justo

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: Filipa Alexandra Domingos Justo

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta jornada foram várias as pessoas que contribuíram para a sua concretização, pelo que, para mim é fundamental expressar o meu agradecimento:

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Luís Coelho, pelo desafio proposto em realizar a tese de mestrado, pela instrução, acompanhamento e disponibilidade demonstrada ao longo do desenvolvimento da dissertação, assim como por todas as críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

Aos meus pais, João e Vivelinda que foram essenciais nesta caminhada, pela força, apoio nos bons momentos e nos menos bons, pelo incentivo que sempre me deram e por acreditarem em mim.

À minha mana Emília, presença fundamental nesta etapa da minha vida, pela força, incentivo, ânimo, partilha de conhecimentos, apoio nos bons e maus momentos e por acreditar em mim.

Aos meus sobrinhos, Rita, Catarina e Ângelo por compreenderem a minha ausência, desculpem e obrigada por me proporcionarem energias positivas para não desistir desta caminhada, por serem a minha alegria e a minha motivação nos momentos menos bons.

Ao Mané que me apoiou nos bons e maus momentos, acreditou em mim, deu-me força e ânimo.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para o termo deste ciclo de estudos.

Obrigada a todos vós, por me ajudarem a crescer um pouco mais!

RESUMO

Esta dissertação revê a literatura existente sobre operações de fusão entre entidades hospitalares, tendo por objetivo analisar qual o efeito da fusão entre unidades hospitalares.

Os hospitais públicos são os maiores consumidores de recursos no Serviço Nacional de Saúde, razão pela qual se implementou as fusões hospitalares, que tinham como finalidade maximizar a eficiência, a produtividade, a qualidade e minimizar os custos.

A metodologia empregue neste trabalho é a revisão sistemática da literatura, que possibilitou a identificação e discussão de um conjunto de trabalhos relevantes sobre o tema. Os resultados sugerem que após as fusões hospitalares, os centros hospitalares resultantes não apresentam os resultados esperados, uma vez que se assiste a um aumento dos custos e a uma diminuição da eficiência, produtividade e qualidade. Ainda assim, a evidência analisada revela que hospitais de pequenas dimensões quando fundidos podem apresentar economias de escala.

Palavras-chave: Fusões Hospitalares; Centros Hospitalares; Economias de Escala; Eficiência; Produtividade; Qualidade

ABSTRACT

This study reviews the existing literature on merger transactions between hospital entities, aiming to analyze what the effect of merger between hospital units is.

Public hospitals are the largest consumers of resources in the Portuguese National Health Service, which is why hospital mergers were implemented, aimed at maximizing efficiency, productivity, quality, and minimizing costs.

The methodology of choice was the Systematic Literature Review, which allowed the identification and analysis of several relevant studies. The results suggest that after hospital mergers, the resulting hospital centers do not present the expected results, since there is an increase in costs and a decrease in efficiency, productivity and quality. Still, the evidence analyzed reveals that small hospitals when merged may show economies of scale.

Keywords: Hospital Mergers; Hospital Centers; Economies of Scale; Efficiency; Productivity; Quality

ÍNDICE

Página

ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
ÍNDICE DE TABELAS	12
LISTA DE ABREVIATURAS	13
Capítulo 1: INTRODUÇÃO	14
Capítulo 2: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1 Reforma da Gestão Hospitalar em Portugal	17
2.1.1 Parceria público-privada (P.P.P)	18
2.1.2 Hospitais sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (Hospitais S.A.)	19
2.1.3 Entidade pública empresarial (E. P. E.)	20
2.1.4 Criação de centros hospitalares	21
2.2 Fusões hospitalares.....	22
2.2.1 Fusões hospitalares e economias de escala	23
2.2.2. Fusões Hospitalares e Eficiência.....	25
2.2.3. Fusões hospitalares e produtividade.....	26
2.2.4. Fusões hospitalares e qualidade	28
2.3 Sumário do capítulo	29
Capítulo 3: METODOLOGIA	30
3.1 Revisão Sistemática da Literatura	30
3.2 Descrição das etapas que constituem a RSL	31
3.2.1 Planificação da revisão.....	31
3.2.1.1 Definição do tema	31
3.2.1.2 Scoping Study	32
3.2.1.3 Designação do painel de consultores	32

3.2.2 Delimitação dos estudos científicos	33
3.2.2.1 Definição das bases de dados	33
3.2.2.2 Definição das palavras-chave.....	33
3.2.2.3 Criação de cadeias de pesquisa	34
3.2.3 Seleção e avaliação	34
3.2.3.1 Critérios de exclusão	34
3.2.3.2 Critérios de inclusão.....	35
3.3 Sumário do capítulo	36
Capítulo 4: RESULTADOS	38
4.1 Síntese da literatura	38
4.1.1 Extração de artigos	38
4.1.2 Seleção de artigos.....	39
4.1.3 Aplicação dos critérios de inclusão.....	39
4.2 Estatística descritiva dos artigos	39
4.3 Publicação dos resultados.....	40
4.3.1 Gaynor, Laudicell e Propper (2012).....	40
4.3.2 Azevedo e Mateus (2014)	41
4.3.3 Azevedo e Mateus (2014a).....	43
4.3.4 Flokou, Aletras e Niakas (2017)	44
4.3.5 Schmitt (2017).....	46
4.3.6 Brekk, Siciliani e Straume (2017).....	46
4.3.7 Nunes (2017).....	49
4.3.8 Han, Kairies – Schawarz, Vomhof (2017)	50
4.3.9 Nunes (2018).....	52
4.3.10 Nunes (2020).....	53
4.4 Sumário do Capítulo	55

Capítulo 5: CONCLUSÃO	58
5.1 Reflexões Pessoais	58
5.2 Investigação Futura	58
5.3 Limitações	59
5.4 Considerações finais.....	60
Referências bibliográficas	61
Apêndice 1 – Literatura identificada nas cadeias de pesquisa que cumpre todos os critérios de seleção	65
Apêndice 2 – Resumo dos artigos incluídos na RSL	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 Etapas da RSL, adaptado de Denyer e Tranfield (2009)	31
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 Número de artigos por ano	39
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.1 Constituição do painel de consultores.....	32
Tabela 3.2 Palavras-chave	33
Tabela 3.3 Cadeias de pesquisa construídas	34
Tabela 3.4 Critérios de exclusão.....	35
Tabela 4.1 Extração de artigos.....	38
Tabela 4.2 Artigos excluídos da RSL	39

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
B-ON	Biblioteca do Conhecimento Online
DEA	<i>Decision-Making Unit</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
DID	<i>Decision-Making Unit</i>
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
P.P. P	Parcerias Público Privadas
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SA	Sociedade Anónima
SNS	Serviço Nacional de Saúde

Capítulo 1: INTRODUÇÃO

António Arnaut, proclamado de “pai” do Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹, foi o responsável pela Lei n.º 56/79², publicada a 15 de setembro de 1979 no Diário da República, e que viria a marcar o início da existência do Serviço Nacional de Saúde. O presente Serviço de Saúde tinha como objetivo primordial garantir o direito à proteção da saúde, ou seja, o acesso à prestação de cuidados globais de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. No seu livro “Serviço Nacional de Saúde – SNS: 30 Anos de Resistência”, Arnaut, defende que o SNS não cumpre com os ideais com que foi criado.

O envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida, a inovação e desenvolvimento tecnológico, são fatores responsáveis pelo aumento das despesas hospitalares (Campos, 2008). Segundo Barros (2013), as despesas hospitalares correspondem em média a 50% dos custos totais do Serviço Nacional de Saúde. A necessidade de garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem levado a diversas reformas, com o objetivo de obter ganhos em saúde através de obter maior eficiência, maior produtividade, melhor desempenho do setor da saúde, qualidade e equidade de acesso (Pinto, 2018).

De acordo com Arnaut (2009), a Lei das Bases da Saúde, Base XXXVI, da Lei n.º 48/90³, divulga a possibilidade de as unidades de saúde poderem usufruir das normas de gestão empresarial e/ou ser disponibilizada a gestão dessas unidades de saúde ao setor privado, através da concretização de contratos de gestão.

Simões (2004), refere que as medidas reformistas implementadas na Europa e em Portugal, tinham como objetivos: aumentar a eficiência e a autonomia de gestão e responsabilidades dos hospitais, diminuir os custos e melhorar quer a produtividade, quer o desempenho desses mesmos hospitais, levando assim a aumentos de ganhos em saúde e satisfação dos utentes.

¹ O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979 com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, no qual veio assegurar o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde.

² Lei n.º 56/79. Diário da República n.º 214, I Série, 15 de setembro, p.2357.

³ Lei n.º 48/90. Diário da República n.º 195, I Série, 24 de agosto, p.3453

Nunes (2016), defende que em Portugal a empresarialização dos hospitais públicos, tem como objetivo controlar o aumento da despesa, de modo a que essas unidades de saúde passem a usufruir de uma gestão eficiente e sustentável.

Para Pereira (2005), a implementação da gestão empresarial nos hospitais portugueses, prende-se com a preocupação sobre a procura de eficiência da gestão, a responsabilização, a qualidade, a equidade no acesso e a utilização de recursos diminutos e limitados. Pretende-se um aumento da eficiência e da produção e, concomitantemente, uma diminuição dos custos, mantendo, no entanto, os padrões de qualidade. Assim, uma utilização mais eficiente dos recursos, pode levar a um sistema de saúde mais equitativo e de melhor qualidade (Nunes, 2009).

A 21 de outubro de 1999, pelo Decreto de Lei n.º 426/99⁴, assiste-se à criação do primeiro Centro Hospitalar em Portugal, o Centro Hospitalar da Cova da Beira, o qual resulta da junção dos hospitais distritais da Covilhã e do Fundão. Os centros hospitalares, resultam da fusão de unidades hospitalares de diferentes dimensões, especialidades e capacidades, com o objetivo de proporcionar um aumento da eficiência, através do incremento da racionalização dos recursos (Pinto, 2018). Um dos instrumentos de gestão passíveis de ser utilizado neste contexto é a promoção de operações de fusão entre hospitais públicos. De facto, segundo Azevedo (2011), este tipo de movimento permite promover a eficiência técnica, criar economias de escala e uma melhor diversificação da oferta de cuidados de saúde diferenciados. Assim, a presente dissertação tem como objetivo a realização de uma revisão sistemática da literatura (RSL) sobre a temática das fusões hospitalares. O objetivo fundamental passa por perceber as razões que impulsionam os movimentos de fusão em ambiente hospitalar. Espera-se que os resultados obtidos permitam a identificação de lacunas na literatura sobre este tema e que estas possam ser estudadas em investigações futuras ao nível de um programa de Doutoramento.

⁴ Decreto-Lei n.º 426/99. Diário da República n.º 246, I Série A, de 21 de outubro, p.7052.

A presente dissertação está organizada da seguinte forma: o capítulo introdutório, o capítulo 2 que sintetiza as principais ideias acerca das reformas de gestão hospitalar efetuadas em Portugal e um resumo sobre o impacto que as mesmas têm a nível de eficiência, produtividade e qualidade nos cuidados de saúde hospitalares. Segue-se o capítulo 3, em que se descreve a metodologia utilizada. No capítulo 4, apresenta-se e discutem-se os resultados e no capítulo 5 apresentam-se as reflexões pessoais, as limitações e as propostas para estudos futuros.

Capítulo 2: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para compreender o enquadramento e pertinência do tema, é fundamental contextualizar a área de estudos em que o mesmo se insere, nomeadamente as Fusões Hospitalares, bem como os fatores que desencadearam o seu surgimento e as consequências resultantes das mesmas. Deste modo, o presente capítulo reúne uma descrição das reformas de gestão hospitalar efetuadas em Portugal, bem como um resumo sobre o impacto que as mesmas têm a nível de eficiência, produtividade e qualidade nos cuidados de saúde hospitalares.

2.1 Reforma da Gestão Hospitalar em Portugal

As maiores reformas instituídos no Serviço de Saúde Português realizaram-se ao longo da década de 70 (Barros, 2011).

Em 1974 nasce o Serviço Nacional de Saúde¹ (SNS), dependente da Secretaria de Estado da Saúde e criado com um objetivo muito democrático: universalidade, generalidade e gratuidade.

O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa⁵ alínea d), implementa que o estado deve: Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o Serviço Nacional de Saúde, de modo a garantir adequados padrões de eficiência e de qualidade nas instituições de saúde públicas e privadas.

Desde 1976 que se realizam diversas tentativas com o intuito de se encontrar um modelo de gestão ideal para o setor público, que forneça resultados mais eficientes nas unidades hospitalares (Nunes, 2016).

O SNS é, desde 1990, regulado por dois diplomas essenciais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto)³ e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de janeiro)⁶.

⁵ Artigo 64º “o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (...) para assegurar o direito à proteção da saúde incumbe prioritariamente ao Estado”; Constituição da República Portuguesa foi redigida pela Assembleia Constituinte eleita na sequência das primeiras eleições gerais livres no país em 25 de Abril de 1975

⁶ Lei n.º 22/93. Diário da República nº 12, I Série A, 15 de janeiro, p.129

A Lei de Bases veio questionar, alguns princípios da Lei do SNS, são eles, a responsabilidade do Estado pela proteção da saúde, a gratuidade, o método de funcionamento e a natureza da entidade, serviço ou instituição prestadora dos serviços de saúde.

As práticas administrativas tradicionais adotadas pelos hospitais públicos nacionais, originaram inúmeros problemas de sustentabilidade económica e financeira, refletindo ineficiências, quer na prestação de cuidados de saúde, quer na despesa dos hospitais, colocando em risco o futuro da prestação de cuidados de saúde no que respeita à sua sustentabilidade e qualidade (Campos, 2008).

O início da reforma da gestão hospitalar em Portugal, remota ao ano 2002, com a implementação de práticas de gestão empresarial pelos hospitais públicos, dando início à era da empresariação (Harfouche, 2012). Esta reforma teve a influência da perspetiva teórica da Administração Pública (*New Public Management*).

Os hospitais públicos são os maiores consumidores de recursos do Serviço Nacional de Saúde, quer seja pelo elevado volume de atividade que apresentam e pela aposta na inovação tecnológica, quer pelo elevado volume de desperdícios na gestão de recursos (Barros, 2013). Ainda de acordo com este autor, foram os elevados custos apresentados por estes hospitais que estiveram na base da procura de eficiência para essas unidades.

2.1.1 Parceria público-privada (P.P.P)

O Decreto-Lei n.º 185/2002⁷, de 20 de agosto, regulamenta o Modelo Parcerias Público Privadas (Modelo PPP) e implementa-o em diversos sectores, incluindo o setor da saúde.

O respetivo decreto de lei, defende que, antes de se implementar este Modelo na unidade de saúde, deve ser realizado um estudo prévio ao nível da economia, eficiência e eficácia, assim como uma análise da respetiva suportabilidade financeira

⁷ Decreto-Lei n.º 185/2002. Diário da República n.º 191, I Série A, 20 de agosto, p.5852

Estas medidas pretendem que os estabelecimentos de saúde sejam mais competitivos, eficientes e eficazes, e incentivam ao investimento privado no Serviço Nacional de Saúde.

As Parcerias público-privadas estão munidas de três instrumentos: o contrato de gestão, o contrato de prestação de serviços e o contrato de colaboração, sendo que estes instrumentos poderão ser utilizados em simultâneo. O Modelo PPP, quando passível de concretizar, destina-se a ser aplicado de forma duradoura e normalmente contempla uma ou mais das seguintes fases: a conceção, a construção, o financiamento, a conservação e a exploração destas parcerias (Decreto-Lei n.º 185/2002)⁷.

Os cuidados de saúde hospitalares nas parcerias são contratualizados na sua globalidade com o Serviço Nacional de Saúde e financiados através de uma negociação contratual em função da produção a realizar, tendo por base os seguintes princípios: acessibilidade, equidade e gratuidade (Nunes, 2016).

O presente modelo emprega o regime de financiamento de preço misto. Ou seja, o financiamento de um determinado serviço é pago por um valor pré-definido, podendo, mediante o caso tratado, ser pago um valor adicional. Detém ainda dois estatutos de recursos humanos: o Funcionário Público e o Contrato Individual de Trabalho (Gonçalves, 2008).

2.1.2 Hospitais sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (Hospitais S.A.)

As Sociedades Anónimas (SA) são criadas em 2002 através da Lei n.º 27/2002⁸, de 8 de novembro. Apesar de serem sociedades anónimas, estão dotados de capitais públicos, mas, no entanto, são regidos por direito privado.

Este novo modelo de gestão tem por base estratégias que concentram no gestor da unidade uma maior autonomia para gerir, adquirir bens e serviços e para contratar profissionais sem estar submisso à decisão da tutela, o Ministério da Saúde.

⁸ Lei n.º 27/2002. Diário da República n.º 258, I Série A, 8 de novembro, p.7150

Por conseguinte, esse aumento de autonomia levou à responsabilização dos gestores pelas suas decisões.

A ligação com o Ministério da Saúde realiza-se através do estabelecimento de um contrato-programa. Do não cumprimento dos termos e dos procedimentos incorre em sanções quer para a instituição, quer para o gestor da mesma. Implementa-se, então, o presente modelo às unidades hospitalares que têm como objetivo recuperar de questões de desempenho, produção, qualidade e custos elevados que comprometem a sustentabilidade (Nunes, 2016).

Num total de 90 hospitais, aplicou-se este modelo a 36 deles. Passados 3 anos, verificou-se que os resultados obtidos não são os desejados, pois os hospitais mantinham problemas na produção e na qualidade (Nunes, 2020). Apesar da indicação ser para reduzir os custos, era ao, mesmo tempo, exigido às unidades hospitalares acompanhar os avanços tecnológicos e científicos no desenvolvimento de equipamentos de diagnóstico e de medicação, originando assim a um aumento dos custos (Ministério da Saúde, 2010). A despesa era superior a 50% do total das despesas do Serviço Nacional de Saúde (Barros, 2013).

2.1.3 Entidade pública empresarial (E. P. E.)

No ano 2005, assiste-se a uma nova reforma na gestão de saúde em Portugal. O Ministério da Saúde, através do Decreto-Lei n.º 233/2005⁹, decide transformar todas as unidades hospitalares do tipo SA (31 na totalidade) em Entidades Públicas Empresariais (EPE). Estas são estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia financeira, administrativa, patrimonial e natureza empresarial. Inicia-se assim, um novo modelo mais empresarial, caracterizado por uma gestão mais eficiente e transparente que defende o interesse público, a participação de capitais é apenas de natureza pública (Nunes, 2020). Assim sendo, deverão reger-se pelos respetivos estatutos, pelos diplomas, pelas normas em vigor, pelos regulamentos internos,

⁹ Decreto-Lei n.º 233/2005. Diário da República n.º 249, I Série A, 29 de dezembro, p.7323

¹⁰ Decreto-Lei n.º 558/99. Diário da República n.º 292, I Série A, 17 de dezembro, p.9017.

e pelas disposições legais aplicadas às entidades públicas empresariais (número 1, artigo 18º da Lei n.º 27/2002⁸; artigos 23º a 34º do Decreto-Lei n.º 558/99¹⁰, de 17 de dezembro) (Nunes, 2016).

O Relatório Primavera (2009), refere que os Hospitais E.P.E. desejam usufruir de um rigoroso modelo de gestão empresarial, que permita aos utentes beneficiar de melhorias concretas, quer ao nível da qualidade clínica, da facilidade de acesso a profissionais especializados e, conseqüentemente, da melhoria do serviço e do atendimento.

O modelo E.P.E. é financiado através de contratos-programa. Estas unidades de saúde recebem o seu financiamento de acordo com a produção/intervenções que realizam (Pêcego, 2010).

A transformação de hospitais SA em E.P.E., tem como objetivo aumentar o desempenho, a eficiência e a qualidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, inicia-se assim uma nova reestruturação hospitalar: a criação de centros hospitalares através da fusão de hospitais (Cruz, 2013).

2.1.4 Criação de centros hospitalares

O 2.º artigo do Decreto-Lei n.º 284/99¹¹, de 26 de julho, designa a pessoa coletiva de centro hospitalar como “uma pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio (...) que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica”.

A criação de centros hospitalares, tem o objetivo de interligar serviços e instituições, na mesma área geográfica, de forma a maximizar a capacidade instalada e a aumentar a rentabilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde. O presente decreto de lei tem como intuito estabelecer o regime aplicável a dois modelos de integração de cuidados horizontais no SNS: centros hospitalares e grupos de hospitais.

¹¹ Decreto-Lei n.º 284/99. Diário da República n.º 172, I Série A, 26 de julho, p.4684.

O regime enquadrador da criação e funcionamento dos centros hospitalares é posteriormente implementado com o Decreto-Lei n.º 30/2011¹², de 2 março,

“os centros hospitalares criados ao abrigo do presente regime sucedem às unidades de saúde que lhes deram origem em todos os direitos e obrigações”, (...) “por outro lado, estabelece-se a forma como é fixado o capital estatutário dos novos centros hospitalares com natureza de entidades públicas empresariais e o regime jurídico que é aplicável ao pessoal com relação jurídica de emprego público com as unidades de saúde objeto de reestruturação. O capital estatutário dos centros hospitalares é detido pelo Estado e pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde (...)”. (Decreto-Lei n.º 30/2011: 1275)

A Entidade Reguladora da Saúde (2012) refere que os fatores que estão na base da criação dos centros hospitalares são: intuito de adquirir sinergias entre as diferentes unidades hospitalares existentes numa mesma área geográfica; otimizar os recursos humanos, técnicos e financeiros existentes e os serviços prestados aos utentes; necessidade de fortalecer a articulação e complementaridade técnica e assistencial (seja entre as unidades hospitalares integradas em cada centro hospitalar, seja entre as unidades de cuidados primários); necessidade de racionalização dos meios técnicos; garantia da mobilidade dos profissionais e utentes entre as diferentes unidades integradas em cada centro hospitalar.

2.2 Fusões hospitalares

A Política de fusão hospitalar é denominada na literatura internacional por “*hospital mergers*” (Nunes, 2018). A fusão hospitalar consiste numa reorganização de dois ou mais hospitais, não acarretando necessariamente o fecho de unidades, nem a criação de uma nova para substituição das antigas. Pode expressar uma redução de serviços numa das unidades e a concentração de serviços noutra, para que uma unidade detenha apenas um número muito limitado de especialidades assistenciais (Troels, Bogetoff e Pedersen, 2010).

Para Fulop *et al.* (2002) os objetivos das fusões hospitalares são: a poupança de custos de gestão e o reinvestimento de recursos para cuidados a doentes;

¹² Decreto-Lei n.º 30/2011. Diário da República n.º 43, I Série A, 2 de março, p.1274

a salvaguarda de unidades especializadas; a garantia de desenvolvimento dos Serviços; manutenção da qualidade dos serviços prestados; a garantia e melhoria da perspectiva das condições das carreiras profissionais; melhoria da qualidade clínica; aumento de unidades especializadas; melhoria na qualidade da formação médica; recrutamento e a retenção de especialistas mais eficiente, tomada de posições políticas de novos regimes de gestão; a redução de déficits acumulados e resposta aos diferentes stakeholders (que compreendem o governo central, os grupos de pressão e as instituições influentes).

Em Portugal, assistiu-se a 2 tipos de fusão: a fusão vertical (fusão entre uma ou mais unidades de saúde hospitalares originando a criação de centros hospitalares) e a fusão horizontal (numa área geográfica próxima, fundem-se unidades de saúde primária com hospitais que permanecem sobre a mesma administração – Unidades Locais de Saúde) (Nunes, 2017).

Para a fusão surtir resultados positivos, é necessário proceder-se à definição de objetivos claros, tais como: a nomeação dos órgãos gestores e a criação de um bom sistema de comunicação. A comunicação é fundamental, pois permite aos profissionais compreenderem as razões e os objetivos da fusão (Olafsson, 2008).

Para Olafsson (2008) existem vários fatores que podem levar ao insucesso da fusão. São eles: uma definição de objetivos pouco claros; o facto de as negociações pré-fusão não serem realizadas de forma adequada; o planeamento e a coordenação não serem exercidos de forma efetiva na nova organização e a diferença de culturas organizacionais (aspeto problemático em termos de compreensão e ajustamento mútuo).

2.2.1 Fusões hospitalares e economias de escala

Os centros hospitalares são criados pela integração horizontal de dois ou mais hospitais que produzem os mesmos serviços, ou seus substitutos, criando uma única instituição, com todos os direitos e obrigações que os respetivos hospitais possuíam.

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2012:20), a criação de centros hospitalares tem como objetivo “gerar economias de escala e poder de mercado”, através da otimização dos serviços prestados, do reforço da articulação e da complementaridade técnica ou assistencial.

Barros (2013), refere que nos hospitais portugueses, existem unidades com economias de escala por implementar e outras já sobredimensionadas.

Segundo Sinay (1998), o aumento das fusões hospitalares insinua que a fusão é efetivamente uma forma de aumentar a eficiência e garantir a sobrevivência a longo prazo das instituições, uma vez que essas fusões pretendem a redução de custos de produção pela exploração de economias de escala e de diversificação.

Hospitais de maior dimensão, com uma gestão informada e racional, tendem a promover economias de escala, adquirindo melhores níveis de eficiência, do que as unidades pequenas, nomeadamente quando se reconhece que as economias de escala estão para além da produção (Brooks e Jones, 1997).

Como fontes de economias de escala para a concentração de unidades de saúde poderiam contribuir: a diminuição da subutilização das unidades, a redução de custos de gestão, a distribuição das despesas fixas da unidade por um maior volume produtivo; a reafectação de recursos e um incremento de poder de mercado (Nunes, 2016).

A presença de economias de escala pode ser justificada também pela existência de custos fixos substanciais, tais como: a redução dos custos administrativos, mais oportunidades de especialização na aplicação de recursos, a diminuição de redundâncias e da capacidade subutilizada e o aumento do poder de mercado. A distribuição dos custos fixos de capital, para um maior volume de produção é uma das razões com mais atenção na literatura (Azevedo e Mateus, 2014).

A divisão de custos relacionados com a gestão e administração por mais unidades de produção, origina economias de escala nos hospitais. Se alguns desses custos são fixos, a sua divisão por mais do que um hospital, resulta numa diminuição dos custos médios (administrativos e gerais).

Há economias de escala relacionadas com a prestação de serviços de alta tecnologia, uma vez que estes exigem equipamentos dispendiosos, sendo natural haver redução de custos com o aumento da produção (Dranove, Shanley e Simon, 1992).

Para Sinay (1998), a ineficiência das fusões hospitalares, surge quando se fundem

hospitais de pequena dimensão, porque estes não conseguem usufruir de economias de escala, ou quando a fusão engloba hospitais de dimensões muito grandes, porque ficam subutilizados. Para obter ganhos em eficiência, deve-se efetuar um ajuste na escala de produção.

De acordo com Azevedo e Mateus (2014), foram realizados diversos estudos internacionais, tendo concluindo que as economias de escala são justificadas apenas quando aplicadas a hospitais de pequena dimensão (número de camas inferior a 200). Outros estudos que revelam que, com base nas características dos hospitais, pode ocorrer, em simultâneo, economias de escala e deseconomias de escala.

2.2.2. Fusões Hospitalares e Eficiência

A nova política de fusões de unidades de saúde, tem como objetivo promover uma maior eficiência dos hospitais, poupando os recursos que se encontram subutilizados (Campos, 2008).

Para Pereira (2004), a eficiência é definida como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos numa determinada organização. Diz-se que uma produção eficiente é aquela que aumenta os resultados obtidos a partir de um dado nível de recursos ou a que diminui os recursos para obter um determinado resultado.

A nível hospitalar, este conceito remete para o modo como os recursos são geridos e indica, com base na produção em termos de cuidados de saúde, a boa aplicabilidade dos mesmos (Gannon, 2004).

Kalirajan e Shand (2002), referem que a eficiência técnica é a capacidade que uma unidade de saúde dispõe para garantir a máxima produção possível perante um determinado conjunto de recursos. Quando relacionado com a produtividade, indica para a maximização dos fatores de produção perante um determinado *input* (orientação *output*) ou que os resultados máximos são alcançados utilizando a quantidade mínima de fatores de produção (orientação *input*).

Farrel em 1957, revela que eficiência pode ser definida em três tipos: a eficiência técnica, a eficiência alocativa (na afetação de recursos) e a eficiência económica.

De acordo com Nunes (2016):

- ✓ A eficiência técnica mede a relação entre os *outputs* obtidos (produção) e os *inputs* utilizados (fatores de produção), ou seja, relaciona a produção ótima (maximização dos recursos – *inputs*) com a possibilidade de produção (*outputs*). Uma produção é eficiente quando produz um determinado resultado (*output*) com uma quantidade mínima de fatores de produção (*inputs*); e/ou quando os seus resultados (*outputs*) são alcançados pelo consumo de um determinado conjunto de recursos;
- ✓ A eficiência alocativa contempla a noção de custos, ou seja, reflete a capacidade de utilizar uma determinada quantidade de fatores de produção numa proporção ideal, tendo por base os preços e a tecnologia de produção;
- ✓ A eficiência económica apresenta duas componentes distintas: a eficiência alocativa e a eficiência técnica. A eficiência económica traduz a operação de uma unidade em função da diminuição do custo, do aumento da produção e, conseqüentemente, o aumento das receitas e do lucro.

Os autores Gholami, Higón e Emrouznejad (2015), defendem a existência de uma fronteira de produção que representa a produção máxima a alcançar perante a aplicação de uma determinada combinação de *inputs* e *outputs*. As restantes unidades são consideradas tecnicamente ineficientes, à medida que se distanciam dessa fronteira. Assim sendo, uma unidade tecnicamente eficiente trabalha ao nível da fronteira de produção e uma unidade ineficiente trabalha abaixo desta.

Bowlin (1998), defende que fronteira, é o termo comparativo que se encontra sempre presente quando se realiza uma avaliação da eficiência entre instituições. Por isso, deve ser utilizado o mesmo modelo, com as mesmas condições e considerando os mesmos *inputs* e *outputs*.

2.2.3. Fusões hospitalares e produtividade

Para Drucker (1999), a produtividade é usualmente definida como a relação existente entre os resultados de uma determinada produção e os fatores de produção usados no seu processo. É calculada em função dos produtos obtidos. A produtividade de uma determinada entidade ou agente económico é, ao longo do tempo, um indicador medido em função da eficiência, ou seja, uma entidade mais produtiva é também uma entidade

mais eficiente em todos os seus processos, diminuindo os seus recursos para maximizar os resultados.

De acordo com Sousa (1990), a produtividade reflete a relação entre os resultados (*outputs*) de uma organização e os recursos (*inputs*) usados no processo de produção ao longo dos anos, divulgando o resultado, em termos dos bens e/ou serviços produzidos, face aos fatores de produção utilizados, não se limita somente à análise de relação de eficiência (consumo/resultados) em cada ano. O grau de eficiência na utilização de recursos é representado pela produtividade.

Nunes (2016), defende que, na gestão hospitalar, a produtividade é a capacidade que uma entidade hospitalar dispõe para gerar um produto, a partir de um conjunto de fatores de produção.

Os problemas de sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde são, em grande parte, um problema resultante do crescimento económico do País, reconhecendo como os principais responsáveis pelo aumento crescente das despesas públicas na área da saúde: o envelhecimento da população, o crescimento do rendimento disponível da população, a inovação tecnológica e o crescimento dos preços de cuidados de saúde como resultado de um menor crescimento da produtividade no setor da saúde (Barros, 2013).

As práticas de gestão empresarial introduzidas em Portugal, não conduziram ao esperado aumento da eficiência dos hospitais num curto espaço de tempo. O estado pretendia não só aumentar a eficiência, como também a produtividade dos hospitais de menor dimensão, cuja capacidade não estava a ser rentabilizada. Assim, assiste-se a uma nova alteração do modelo organizacional: a criação das fusões hospitalares (Nunes, 2018).

Nunes (2017), refere que criação de centros hospitalares, através da fusão de hospitais, foi decidida e defendida pelo Governo como uma medida de produzir mais eficiência e ganhos em produtividade, esta medida encontra-se, entre outras, explícita no Decreto de Lei nº284/99 de 26 de julho.

A implementação do modelo *New Public Management*, leva à desagregação do setor público e a um corte com modelos anteriores, que se manifesta a nível de interesses de produção e ganhos de eficiência distintos, seja dentro ou fora do setor público,

provocando competição e concorrência como plano para diminuir custos, aumentar a produtividade e melhorar os padrões (Bilhim, 2013). Este novo modelo decorre da tomada de consciencialização e da necessidade de aumentar a produtividade e surge como meio de superar o excesso de despesa e de dívida pública (Rego, 2006). A contratualização, articulada com a empresarialização dos hospitais, é tida como uma das medidas inovadoras de maior relevância na aquisição de eficiência, produtividade e desempenho (OPSS, 2009).

2.2.4. Fusões hospitalares e qualidade

A fusão dos hospitais em centro hospitalar, prevista pelo Decreto-Lei n. °30/2011 (2011:1275), de 2 de março, preconiza que a “fusão dos hospitais descritos pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços”.

De entre as principais medidas de gestão empresarial propostas pelo modelo New Public Management, implementadas nos hospitais portugueses, encontram-se: a redução de custo; aumento de produtividade e eficiência; promoção da melhoria de padrões de qualidade. Estas medidas têm como objetivo melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços, possibilitando assim um maior controle dos custos e uma melhoria na produção hospitalar (Nunes e Harfouche, 2015).

Para Campos (2008), as reformas no setor hospitalar devem levar à obtenção de uma melhoria da qualidade e eficiência.

Para existir qualidade na prestação de cuidados de saúde, estes devem ser eficientes, de forma a maximizar os recursos disponíveis e evitar desperdícios, com uma resposta atempada e centrada no doente. A assistência disponibilizada deve ser equitativa, com profissionais de saúde de excelência que garantam um risco mínimo, contribuindo assim para a manutenção de saúde dos utentes (Organização Mundial de Saúde, 2006).

A Direção Geral da Saúde (2015) menciona no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 revisão e extensão a 2020, que qualidade em Saúde é a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, executados com elevado profissionalismo, tendo em conta os

recursos disponíveis, conquistando por conseguinte a adesão e a satisfação do cidadão.

Quando se avalia a eficiência e a produtividade de uma instituição de saúde é fundamental não descurar conceitos que lhes são indissociáveis, nomeadamente a qualidade.

2.3 Sumário do capítulo

Este capítulo abrange as áreas de estudo sobre os quais incide a presente RSL, nomeadamente as diversas reformas de saúde introduzidas a nível hospitalar em Portugal, resultantes de uma má gestão, o que culminou num aumento da despesa no setor da saúde. A presença de fusões hospitalares, resultam em centros hospitalares, que dispõem do seu estatuto devidamente definido na lei portuguesa. Estas fusões têm como objetivo melhorar a eficiência, a produtividade, a qualidade e minimizar os custos.

Este enquadramento permite consolidar alguns conceitos e compreender a relevância deste tema no âmbito da economia. Os conceitos de eficiência e produtividade emergem regularmente associados e relacionados com a melhor utilização dos recursos. Possibilitou, ainda, a identificação de potenciais palavras-chave, de acordo com as principais linhas de pensamento. As seguintes secções apresentam a metodologia utilizada para este trabalho e os seus resultados, bem como as principais conclusões.

Capítulo 3: METODOLOGIA

A metodologia da presente dissertação consiste na análise da revisão sistemática da literatura (RSL). Esta metodologia permite estruturar a informação decorrente da investigação primária sem ser necessário a leitura individual de todas as publicações obtidas.

O capítulo 3 encontra-se dividido em duas fases, sendo que na primeira fase são apresentados os conceitos básicos e a justificação da aplicação da revisão sistemática da literatura. Na segunda fase, realiza-se uma descrição de todas as etapas que constituem o processo de revisão.

3.1 Revisão Sistemática da Literatura

Os autores Tranfield, Denyer e Smart (2003), defendem que a revisão da literatura é fundamental à investigação, visto que esta facilita organização da diversidade de informação disponível em relação a determinada área de investigação. Para além disso, permite ao investigador adquirir conhecimentos e analisar o que foi criado na área da sua investigação, possibilitando assim a identificação de lacunas que facilitem aumentar o conhecimento existente.

A revisão sistemática da literatura tem por base um protocolo pré-definido e validado, que comanda todo o processo de revisão, apoiando-se numa técnica de pesquisa bem definida, com o intuito de encontrar o máximo de literatura pertinente. Logo, este protocolo cumpre uma sequência de etapas, permitindo posteriormente, se necessário, replicar os resultados obtidos no trabalho inicial.

Para os autores Denyer e Tranfield (2009), são cinco as etapas que constituem a RSL, tal é possível constatar com base da análise da figura 3.1.

Figura 3.1 Etapas da RSL, adaptado de Denyer e Tranfield (2009)



3.2 Descrição das etapas que constituem a RSL

Tendo por base os Denyer e Tranfield (2009), segue-se uma descrição pormenorizada das etapas que constituem a RSL.

3.2.1 Planificação da revisão

A planificação da RSL, primeira etapa, engloba três fases, sendo elas pela seguinte ordem: escolha do tema, *scoping study* (estudo exploratório do tema) e formação de um painel de consultores.

3.2.1.1 Definição do tema

A primeira fase consiste na escolha de um tema, este será o fio condutor da RSL. A escolha do tema do presente trabalho, teve origem no decorrer das aulas de Análise e Gestão Financeira de Unidades de Saúde lecionadas pelo Professor Doutor Luís Coelho. Após alguma pesquisa e aconselhamento com o Professor Doutor Luís Coelho, surge o tema fusões hospitalares, o mesmo suscitou-me um enorme interesse, pois trata-se de um tema que nas duas últimas décadas suscitou bastante curiosidade, seja no meio académico, seja no campo da investigação, quer a nível nacional como internacional. O facto de trabalhar num centro hospitalar, também contribuiu para o aumento do meu interesse sobre este tema.

3.2.1.2 Scoping Study

Posteriormente à escolha do tema, realiza-se um estudo exploratório sobre o mesmo, *scoping study*, o investigador tem o dever de se capacitar para definir conceitos fundamentais à realização da sua investigação.

3.2.1.3 Designação do painel de consultores

O painel de consultores, deverá ser composto por um grupo de especialistas da área de estudo, quer a nível teórico, quer a nível prático. Dever-se-á incluir também profissionais que trabalhem atualmente no campo em questão. Estes consultores têm como função auxiliar o investigador durante o percurso da realização da RSL, contribuindo através da sua experiência para a definição da base de artigos a estudar.

O painel de consultores apresenta a seguinte constituição (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 Constituição do painel de consultores

Nome	Função
Professor Doutor Luís Coelho	Orientador e membro do painel

O painel de consultores é composto por um membro:

Professor Doutor Luís Miguel Serra Coelho, Professor Auxiliar com Agregação na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Doutorado em Gestão com Especialização em Finanças e Contabilidade pela Universidade de Edimburgo (2008), Mestre em Investigação em Gestão pela Universidade de Cranfield (2005), Mestre em Finanças pela Universidade do Algarve (2003) e Licenciado em Economia pela mesma Universidade (2001). É membro integrado do Centro de Estudos e Formação Avançada em Gestão e Economia (CEFAGE), ocupando ainda as funções de Subdirector da Faculdade de Economia e diretor do Mestrado em Finanças da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve. As suas áreas de investigação são as Finanças Empresariais, o Mercado de Capitais e a Contabilidade.

O membro do painel foi essencial para o desenvolvimento e a conclusão da dissertação, pelo aconselhamento, orientação e validação durante o decorrer da revisão. Estes

aspectos são importantes e fundamentais devido à inexperiência do investigador na área.

3.2.2 Delimitação dos estudos científicos

A segunda etapa deste processo é essencial para delimitar os limites da RSL. Compreende três fases: definição das bases de dados, definição das palavras chaves e criação das cadeias de pesquisa.

3.2.2.1 Definição das bases de dados

Para realização deste trabalho, foi selecionada e utilizada a Biblioteca do Conhecimento *online* (B-ON), esta biblioteca, é uma base de dados que disponibiliza textos das principais editoras de revistas científicas internacionais. Aqui nesta fase pretende-se identificar, selecionar e avaliar toda a literatura pertinente para o presente estudo.

3.2.2.2 Definição das palavras-chave

De forma a orientar e a aprovar a escolha das palavras-chaves, recorreu-se à ajuda do membro do painel de consultor, pois são estas palavras-chave que permitem a identificar os estudos mais relevantes. Simultaneamente, ajudam também a delimitar a vasta literatura disponível sobre os mais diversos temas. As palavras-chave definidas encontram-se na Tabela 3.2:

Tabela 3.2 Palavras-chave

Área	Fusões Hospitalares
Palavras-chave	<i>Fusões Hospitalares; Hospital Mergers</i>
	<i>Centros Hospitalares; Hospital Centers</i>
	<i>Economias de Escala; Economies of Scale</i>
	<i>Eficiência; Efficiency</i>
	<i>Produtividade; Productivity</i>
	<i>Qualidade; Quality</i>
Fundamentação	Este grupo de palavras-chave incide sobre a questão a investigar.

3.2.2.3 Criação de cadeias de pesquisa

As palavras-chave anteriormente definidas, são agora combinadas através de operadores booleanos em cadeias de pesquisa, ver Tabela 3.3:

Tabela 3.3 Cadeias de pesquisa construídas

Cadeia de pesquisa	Finalidade
("Hospital mergers" OR "Hospital centers")	Estudos relevantes sobre o impacto das fusões hospitalares e/ou criação de centros hospitalares.
("Hospital mergers" OR "Hospital centers") AND "Economies of scale"	Estudos relevantes sobre economias de escala no comportamento dos centros hospitalares.
("Hospital Mergers" OR "Hospital centers") AND "Efficiency"	Estudos relevantes sobre a eficiência nos centros hospitalares.
("Hospital Mergers" OR "Hospital centers") AND "Productivity"	Estudos relevantes sobre a produtividade nos centros hospitalares.
("Hospital Mergers" OR "Hospital centers") AND "Quality"	Estudos relevantes sobre a qualidade nos centros hospitalares.

3.2.3 Seleção e avaliação

É fundamental que a RSL seja clara e auditável. Deste modo, é essencial a criação de um conjunto de critérios de seleção de artigos com o intuito de avaliar o conteúdo e a pertinência dos estudos. Esta etapa delimita o conjunto de artigos fundamentais para chegar ao objetivo pretendido. Para se selecionar o material de estudo, é necessário aplicar as cadeias de pesquisa apresentadas na Tabela 3.3 na B-ON. Sucede que muitas das vezes a leitura do título ou *abstract* não é suficiente para reconhecer a importância dos trabalhos no contexto da investigação. Logo, é essencial analisar a introdução e a conclusão dos artigos obtidos. Posteriormente, aplica-se um conjunto de critérios de exclusão de forma a garantir a qualidade e pertinência dos artigos selecionados.

3.2.3.1 Critérios de exclusão

A Tabela 3.4 sintetiza os critérios de exclusão aplicados durante a leitura dos títulos e *abstracts* dos artigos encontrados com base nas cadeias de pesquisa referidas anteriormente.

Tabela 3.4 Critérios de exclusão

Critério	Justificação
Estudos publicados em jornais não científicos	Este critério visa excluir fontes de informação com falta de rigor científico, como é o caso de notas de conferências e revistas e jornais de carácter não científico.
Artigos duplicados	Este critério visa excluir artigos repetidos apresentados dentro da mesma base de dados.
Estudos acerca das fusões hospitalares sem qualquer relação com economias de escala, ou eficiência, ou produtividade ou qualidade	Este critério visa excluir publicações que fujam ao âmbito da questão de investigação que é central a esta dissertação.
Artigos escritos em idioma diferente do português ou inglês	Este critério visa excluir artigos escritos em idiomas que não permitam a sua análise, por representarem idiomas cuja linguagem técnica não se domina.

Independentemente do seu potencial interesse, fontes que ainda não foram validadas através do processo científico, têm que ser excluídas, pois a sua qualidade e validade poderá ser questionada. O segundo critério de exclusão resulta do facto de haver casos de repetição de resultados dentro da mesma base de dados. Tal acontece em virtude da formatação utilizada na citação dos artigos, nomeadamente em relação ao nome dos autores. Excluem-se ainda todas as publicações que se afastem da área de investigação, tais como as que se relacionam com áreas da psicologia, antropologia ou história, as quais são identificadas com frequência pela B- ON, devido à multiplicidade de áreas de investigação que abrange. Por fim, excluíram-se os estudos escritos em idioma que não seja português e/ou inglês, pelo facto de a investigadora dominar apenas a linguagem técnica nesses dois idiomas.

3.2.3.2 Critérios de inclusão

Com base no protocolo da revisão sistemática da literatura, é essencial proceder-se à aplicação de critérios de inclusão. Um artigo pode não ser excluído pelos critérios de exclusão, mas isso não significa que o mesmo seja incluído na revisão final. Como tal, procede-se à aplicação dos critérios de inclusão. Estes devem garantir que os estudos de investigação considerados na versão final da revisão são verdadeiramente importantes

para o tema a que se preconiza analisar.

Assim sendo, aplicam-se os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ O estudo é explícito quanto aos seus objetivos e pressupostos;
- ✓ O estudo define de forma clara a amostra que lhe serve de base;
- ✓ O estudo apresenta uma definição clara das variáveis e metodologias aplicadas;
- ✓ Verifica-se a presença de uma relação clara entre o estudo, a teoria e os trabalhos anteriores;
- ✓ O estudo contribui de forma significativa para o conhecimento existente;
- ✓ Os autores apresentam uma clara interpretação dos resultados obtidos no contexto do tema em estudo e em relação à literatura existente.

3.3 Sumário do capítulo

No presente capítulo realiza-se a diferenciação entre a RSL e a revisão tradicional da literatura. Por conseguinte, apresentam-se as três etapas principais que constituem a RSL. As respetivas etapas são cumpridas em oito fases, de acordo a seguinte ordem:

- ✓ Primeira: escolha do tema a estudar, o qual se enquadra na área de Análise e Gestão Financeira em Unidades de Saúde;
- ✓ Segunda: realização de um estudo exploratório do tema em questão, o qual contribui para o aumento do conhecimento do investigador sobre a área de estudo;
- ✓ Terceira: criação de um painel de consultores composto por um especialista no campo de estudos;
- ✓ Quarta: seleção da base de dados a usar para a recolha da informação, optando-se neste caso pela plataforma *online* B-ON;
- ✓ Quinta: definição das palavras-chave pertinentes para o tema em estudo, a partir da análise exploratória. O conjunto de palavras-chave utilizado neste trabalho encontra-se na Tabela 3.2;
- ✓ Sexta: criação de cadeias de pesquisa (ver Tabela 3.3) que advêm do ajuste das palavras-chave definidas;
- ✓ Sétima: definição e aplicação dos critérios de exclusão para avaliar os artigos selecionados com base na leitura dos seus títulos e *abstracts*;
- ✓ Oitava e última fase: definição dos critérios de inclusão, que delimitam o conjunto de estudos a incluir na revisão final.

O próximo capítulo retrata a extração, seleção, avaliação e principais conclusões dos estudos identificados com base no protocolo de pesquisa apresentado, RSL.

Capítulo 4: RESULTADOS

Este capítulo está dividido em quatro partes. A primeira condensa a literatura analisada na área deste estudo. A segunda fornece uma breve caracterização da literatura incluída na revisão final efetuada. A terceira parte sintetiza os artigos compreendidos na revisão final. A quarta e última parte resume as principais conclusões do presente estudo.

4.1 Síntese da literatura

Esta secção condensa os resultados da aplicação da metodologia definida no capítulo anterior.

4.1.1 Extração de artigos

A extração dos artigos realiza-se de acordo com os critérios previamente definidos (tabela 3.4), e catalogada por cadeias de pesquisa (tabela 3.3). Os resultados podem ser analisados na tabela que se segue.

Tabela 4.1 Extração de artigos

Cadeia de pesquisa	Número
<i>("Hospital Mergers" OR "Hospital Centers")</i>	20
<i>("Hospital Mergers" OR "Hospital Centers") AND "Economies of scale"</i>	5
<i>("Hospital Mergeers" OR "Hospital Centers") AND "EffiCiency"</i>	32
<i>("Hospital Mergeers" OR "Hospital Centers") AND "Productivity"</i>	27
<i>("Hospital Mergeers" OR "Hospital Centers") AND "Quality"</i>	10
Total	94

De acordo com a tabela 4.1, a aplicação das cadeias de pesquisa definidas originou de um total de 94 artigos.

4.1.2 Seleção de artigos

Aplicam-se de seguida os critérios de exclusão. São assim rejeitados 84 artigos de acordo com o sumariado na tabela seguinte:

Tabela 4.2 Artigos excluídos da RSL

Critério de exclusão	N.º de artigos excluídos
Artigos duplicados	20
Publicações sem rigor científico	7
Tema não relacionado com a questão em estudo	55
Idioma diferente do português ou inglês	2
Total de artigos excluídos	84

Tal como referido na Tabela 4.2, 20 estão duplicados, 7 dizem respeito a publicações sem rigor científico, 51 abordam temas não relacionados com o tema em estudo nesta RSL. Dois são excluídos por estarem redigidos em idiomas diferentes do português ou inglês (grego e alemão).

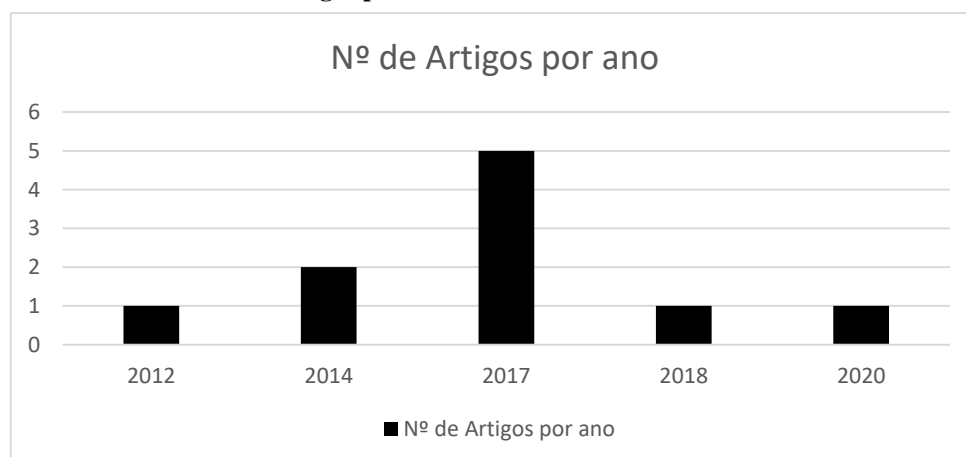
4.1.3 Aplicação dos critérios de inclusão

O conjunto de 10 artigos, que resultou da aplicação dos critérios de exclusão, foi submetido a nova análise de acordo com os critérios de inclusão anteriormente definidos. Todos os artigos cumprem estes critérios. Assim, da amostra inicial de 94 artigos, obtêm-se 10¹³ para a fase da revisão final.

4.2 Estatística descritiva dos artigos

Esta secção resume o número de artigos da amostra final por ano.

Gráfico 4.1 Número de artigos por ano



¹³ Ver Apêndice 1 e 2

Através do gráfico 4.1 verifica-se que é no ano 2017 que a temática desta RSL teve mais impacto na literatura, pois, de uma amostra total de 10 artigos, 5 deles são publicados em 2017.

4.3 Publicação dos resultados

Nesta secção, os artigos que constituem a amostra final são revistos individualmente. A ordenação segue uma lógica cronológica.

4.3.1 Gaynor, Laudicell e Propper (2012)

Estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), que concluíram que as fusões hospitalares entre os hospitais privados geram poucos benefícios em termos de preços e custos, pelo facto de o Reino Unido ter assistido a inúmeras fusões hospitalares entre os anos de 1997 – 2006, os autores Gaynor et al (2012) propuseram-se realizar o presente estudo. O mesmo tem como objetivo avaliar as fusões hospitalares do NHS, comparando a alteração do desempenho entre os hospitais fundidos e os não fundidos. O período do estudo compreende 2 anos antes da fusão e 4 anos após a fusão.

A metodologia utilizada no estudo compreende a Abordagem por diferença em diferença (DID)¹⁴ e uma revisão da literatura. São definidos 2 conjuntos de variáveis, o primeiro engloba medidas de desempenho financeiro (admissões, pessoal, desempenho financeiro e produtividade) e o segundo compreende medidas de qualidade (tempos de espera e resultados clínicos).

Como resultados, os autores verificam que, após as fusões hospitalares, existe: uma diminuição da atividade total e de pessoal, uma diminuição do desempenho financeiro, um aumento dos tempos de espera, a produtividade laboral e a qualidade clínica não sofrem alterações. Os hospitais que se fundiram são pequenos hospitais.

Este estudo permitiu aos autores concluir que, no caso dos hospitais britânicos, as fusões hospitalares realizadas pelo governo não originaram benefícios e defendem que o governo deveria avaliar individualmente as unidades hospitalares antes de as fundir. Conclui ainda, que as fusões entre hospitais pequenos podem trazer mais benefícios, do que as fusões entre grandes hospitais.

¹⁴ DID - Abordagem por diferença em diferença – estudo paramétrico, que controla as características observáveis e não observáveis

4.3.2 Azevedo e Mateus (2014)

De acordo com Azevedo e Mateus (2014), Portugal assistiu a um aumento da despesa do setor da saúde o que implicou reestruturações nesse setor, nomeadamente fusões hospitalares, pois os decisores políticos defendem que os hospitais de maiores dimensões apresentam custos médios mais baixos. Ocorreram dois tipos de fusões, fusões horizontais (entre hospitais – criação de centros hospitalares) e fusões verticais (entre hospitais e centros de cuidados primários – criação de unidades locais de saúde). Este estudo analisa apenas as fusões horizontais. Os autores referem que nos EUA existe uma enorme oferta literária sobre a temática economias de escala e fusões hospitalares, a qual não é muito estudada na Europa, por pressões financeiras.

O presente estudo tem como objetivos: Analisar a presença de economias de escala antes da fusão e averiguar a dimensão ótima do hospital; comparar o antes e o depois dos hospitais que se fundiram com os hospitais que não se fundiram, de forma a saber se houve poupanças na criação de centros hospitalares; contribuir para o aumento da literatura internacional, nomeadamente europeu sobre fusões hospitalares.

Como metodologia abordada, os autores escolhem a revisão da literatura e a utilização de duas abordagens paramétricas: a abordagem DID (diferença em diferença) e a função de custos translog¹⁵. Os autores começam por analisar a presença de economias de escala nos hospitais antes do início da fusão. Desta forma, começam por construir uma base de dados referentes aos hospitais públicos para o período em estudo, 2003-2009. Seguidamente, avaliam se os respetivos hospitais capitalizam em potenciais economias de custos após a fusão, comparando assim os centros hospitalares antes e depois da fusão. Para tal, utilizam a técnica de função de custos flexível, tendo posteriormente decidido adotar a função de custos de translog (para avaliar a existência de economias de escala a explorar antes das fusões, pressupondo qual seria a dimensão ótima para o hospital) para o período temporal compreendido entre 2003 - 2009. Os autores referem que o ideal seria disporem dos custos dos hospitais em fusão, se estes não se tivessem fundido. Não sendo possível ter acesso a estes dados, seguem a informação disponível na literatura, a qual se centra na redução dos custos para as empresas em fusão, relativamente às empresas que não se fundiram.

¹⁵ Estudo paramétrico – forma funcional que permite a entrada de vários outputs como variáveis separadas. É das funções custo mais utilizadas no estudo da tecnologia de produção. É uma função custo variável influenciada pelo fator de dimensão.

Assim sendo, para realizarem uma análise retrospectiva, a fim de estimar o efeito causal das fusões no desempenho financeiro, utilizam a abordagem da diferença em diferenças (esta abordagem controla as características observáveis e não observáveis que afetam os custos hospitalares) para o período temporal correspondido entre 2004 - 2007.

Os dados financeiros foram recolhidos do relatório anual do Serviço Nacional De Saúde (SNS) e as variáveis de produção foram identificadas nos relatórios anuais publicados pela Direção Geral de Saúde (DGS), entre o período, 2003 e 2009. A amostra compreende 69 hospitais, sendo que alguns hospitais foram fundidos e outros não reportaram dados durante este período, reduzindo assim a amostra para 26 hospitais e 12 centros hospitalares até 2009.

Foram definidas quatro categorias de variáveis: custos (variável dependente), resultados, inputs (custos unitários de pessoal) e número de camas (número fixo - de acordo com a literatura, este número é representativo do capital social e da dimensão da empresa).

Para os autores, a inclusão do conceito qualidade é definido pela literatura, como uma variável importante para a descrição da produção hospitalar. Uma vez que alguns estudos empíricos determinam que a inclusão deste conceito não é significativa nas funções de custos hospitalares, concordam que a qualidade é homogénea entre os hospitais.

Os resultados obtidos: existe uma extensa literatura sobre economias de escala. Os resultados dessa literatura não são coerentes entre si, mas verifica-se algum consenso no que respeita à presença de retornos constantes ou de deseconomias de escala num hospital médio; maioria dos estudos aponta para a presença de economias de escala nas fusões de hospitais pequenos; existem duas formas de obter economias de escala, quer pelo crescimento interno das empresas, quer pela fusão de dois ou mais hospitais com reestruturação dos ativos de produção e especialização. São poucos os estudos que avaliam os ganhos resultantes de fusões, comparando as eficiências de custos antes e depois de uma fusão; a literatura internacional defende que o número ótimo de camas varia entre as 200 e as 400, sem se assistir a um aumento do custo médio; os estudos nacionais apresentam como número ótimo de camas, um valor compreendido entre as 215 a 241; mais de 70% dos hospitais foram fundidos em centros hospitalares; a função de custos translog indica que as fusões hospitalares levam a um aumento dos custos; as economias de escala revelam que, se houver um aumento da produção hospitalar em 10%, em média, observa-se um aumento de 9,3% dos custos totais. Espera-se, portanto, que os centros hospitalares se

encontrem, na área de deseconomias de escalas; abordagem da diferença em diferenças (DID) revela que as fusões em centros hospitalares não geram poupanças, não há uma diferença estatisticamente significativa entre os hospitais que foram fundidos e o que não foram.

Este estudo conclui então: que as economias de escala esgotam-se quando um hospital atinge uma dimensão com cerca de 230 camas. Assim, hospitais que apresentem um número de camas inferior a este, beneficiam de uma fusão entre si. A abordagem da diferença em diferenças não admite a presença de economias de escala como razão principal para a fusão; a falta de ganhos de eficiência esperados através das fusões hospitalares, deve-se provavelmente ao facto de os hospitais serem empresas multiprodutos, sendo a combinação de operações e especialização de serviço algo difícil de determinar.

Como limitações os autores identificaram: o período pós-fusão como sendo excessivamente curto para avaliar os resultados autênticos da reorganização, pois a integração de serviços e pessoal leva tempo, podendo resultar em custos inesperados no início; a utilização de um pequeno número de hospitais observados (não existem muitos hospitais em Portugal, devido à dimensão do país); a falta da avaliação de melhorias de qualidade não foi considerada no estudo); ausência da análise individual de cada fusão (potenciais economias de custos fixos e níveis de eficiência diferem entre fusões).

Os autores advertem que o governo português antes de proceder a fusões hospitalares deve ter em conta as perdas decorridas de fusões anteriores, assim como analisar cuidadosamente de forma individual como a reestruturação estratégica será implementada e não considerar apenas a localização geográfica.

4.3.3 Azevedo e Mateus (2014a)

Os objetivos da investigação desenvolvida por Azevedo e Mateus (2014a) passam por compreender qual o impacto das fusões hospitalares nos ganhos de eficiência pelo redimensionamento hospitalar a nível nacional e internacional e por analisar os métodos de medição dessa eficiência, métodos fronteira e a especificação da função custo.

Para estes autores, deve-se integrar também a qualidade na análise de eficiência após a criação de centros hospitalares e não cingir apenas à análise da redução de custos. É importante ter em conta esta ligação entre custos e qualidade, pois um centro hospitalar

não é menos eficiente se apresentar serviços com maior qualidade. A qualidade deverá ser igual nos hospitais que formam o centro hospitalar, pois a variação de custos pode ser um resultado da variação da qualidade, supostamente a qualidade deverá aumentar com o aumento da especialização de cuidados de saúde.

A metodologia utilizada é revisão da literatura.

Em suma concluem que: a literatura empírica sobre economias de escala é grande e reflete vários métodos e países; os resultados obtidos em outros estudos são consistentes, na medida em que a presença de economias de escala, só faz sentido se a fusão ocorrer entre hospitais relativamente pequenos, de dimensão ótima com 200 a 400 camas; a estimação paramétrica de economias de escala e da dimensão ótima dos hospitais públicos é influenciada pela especificação da função custo, a função quadrática não deteta economias de escala ao contrário da função translogarítima; frequentemente diversos investigadores recorrem a modelos de regressão tradicionais para medir a eficiência dos hospitais, sabendo no entanto que a esta metodologia se encontram associados problemas de quantificação do nível de eficiência de cada hospital; existem poucos estudos retrospectivos que analisam a diferença de custos antes e após a fusão dos hospitais, sendo a sua maioria realizados nos EUA, os mesmos sugerem ligeiras poupanças anuais; existem poucos estudos que integram uma variável de controlo da qualidade de serviços prestados.

4.3.4 Flokou, Aletras e Niakas (2017)

O serviço nacional de saúde grego, foi criado em 1983, no entanto o elevado custo de manutenção, a longa duração de ineficiências e deficiências no serviço, juntamente com a crise económica, levou inevitavelmente em 2009 a uma reforma (Flokou et al, 2017).

Os autores decidiram realizar o presente estudo, pelo facto de nenhum dos estudos anteriores terem quantificado os potenciais ganhos de eficiência que poderiam surgir após as fusões hospitalares, assim sendo este estudo tem como objetivos: avaliar a eficiência técnica de 71 hospitais públicos gregos e avaliar potenciais ganhos de eficiência resultantes de 13 fusões hospitalares.

A metodologia utilizada foi técnica de DEA para a avaliação da eficiência e a técnica de Bogetoft e Wang¹⁶ para avaliar os potenciais ganhos de eficiência pós fusão.

A amostra é constituída por 71 hospitais, as 13 fusões ocorreram da seguinte forma: 10 fusões entre 2 hospitais e 3 fusões entre 3 hospitais O período de análise corresponde a 1 ano, ano de 2009.

Os resultados obtidos através da técnica de Bogetoft e Wang: revelam que das 13 fusões, 4 apresentam um efeito de aprendizagem de 100% que resultou da eliminação das ineficiências técnicas individuais; o índice de eficiência global das 13 fusões revela uma variação grande nos potenciais ganhos resultantes destas fusões. A amostra é caracterizada por uma enorme falta de eficácia.

Os resultados obtidos após a utilização de DEA, indicam quais os ganhos de eficiência global que podem ser esperados a partir das fusões planeadas, assim como a origem desses mesmos ganhos. Assim sendo os ganhos de eficiência podem ser alcançados através da eliminação das ineficiências técnicas individuais na pré-fusão.

Em conclusão os autores relatam que para alcançar potenciais ganhos de eficiência, pode não ser necessário implementar uma verdadeira fusão em grande escala, pois os potenciais de aprendizagem podem ser alcançados individualmente pelos hospitais ineficientes através da adoção de intervenções de gestão corretas. Mas admitem, no entanto, que uma fusão real pode ser mesmo necessária, visto que a reorganização induzida atuará fundamentalmente como um estímulo na obtenção de ganhos de eficiência, que não poderiam ser alcançados através de intervenções em base individual hospitalar. As fusões podem permitir aos hospitais concorrer entre si de forma mais eficaz, pois a duplicação de serviços e despesas administrativas pode ser limitada, certos serviços podem ser mais eficazes se utilizarem recursos combinados.

Este estudo apresenta algumas limitações de acordo com os autores, tais como: o facto de os resultados corresponderem apenas 54% do número total de hospitais públicos;

¹⁶ Permite decompor os ganhos globais da fusão em três componentes principais de ineficiência, são eles efeitos técnicos (aprendizagem), âmbito (harmonia) e de escala (dimensão)

determinadas restrições colocadas pelo próprio método, não possibilitam a inclusão de todos os hospitais no estudo; ausência de dados no que respeita à qualidade dos cuidados de saúde.

4.3.5 Schmitt (2017)

Schmitt (2017), defende que a fusão entre hospitais resulta numa redução dos custos e leva a uma melhoria da qualidade de cuidados de saúde, os serviços duplicados podem ser eliminados e verifica-se economias de escala. De forma a comprovar a veracidade do que defende, o autor realizou o presente estudo que tem como objetivo avaliar se as fusões entre hospitais ocorridas entre 2000 e 2010 geram economias de custos.

Metodologia utilizada foi o método DID (Diferença em Diferença),

variáveis dependentes: custo paciente (alta ou dia); custo total; Índice salarial; número total de camas; percentagem de altas de doentes internados pela Medicare (dados disponíveis na HCRIS); percentagem de altas de doentes internados pela Medicaid (dados disponíveis na HCRIS); características do Hospital AHA; área Demográfica; rendimento da área; qualidade. Hospitalar. Amostra dados de custos dos Centros de Medicare & Medicaid Services (CMS); Healthcare Cost Report Informação Sistema (HCRIS), Relatório anual da Associação Hospitalar Americana (AHA) e o mercado da saúde, empresa de inteligência Irving Levin. Período de estudo 2000-2010.

Como resultados obteve: no ano de fusão o crescimento permanece semelhante nos dois grupos de hospitais (grupo de controlo e hospitais-alvo); provas de ordem económica e estatística nas reduções de custos pelos hospitais fundidos em média, essas poupanças de custos compreendem 4 e 7 % nos anos seguintes à sua fusão.

Em termos de conclusão, o autor menciona que as fusões entre hospitais independentes surtem pequenos efeitos e estatisticamente insignificantes nos custos, ao contrário dos sistemas multi-hospitalar que produzem estatisticamente reduções mais significativas. De um modo geral, não existem provas de que as fusões ofereçam grandes poupanças a nível de custos.

4.3.6 Brekk, Siciliani e Straume (2017)

Brekk et al (2017) mencionam que as razões apontadas para a importância das fusões hospitalares, prendem-se com os ganhos de eficiência e a melhoria dos cuidados. Porém

verifica-se uma preocupação crescente, que as fusões hospitalares levem a um aumento do poder do mercado da indústria hospitalar, levando assim a uma menor qualidade dos cuidados de saúde.

Assim sendo, apresentam como objetivos deste estudo, dar resposta às seguintes questões:

“Como é que uma fusão hospitalar afeta os incentivos à qualidade e contenção de custos dos hospitais que se fundem? “

“Como é que os hospitais concorrentes respondem à fusão? “

“Os efeitos de uma fusão dependem do facto de a fusão envolver ou não o encerramento de hospitais? “

“Quais os efeitos no bem-estar dos consumidores?”

“Que tipo de fusões hospitalares devem ser aprovadas?”²

Para dar resposta a estas questões os autores utilizam a abordagem do círculo de Salop¹⁷ - um quadro de competição espacial. Amostra é constituída por 3 hospitais, idênticos, simetricamente localizados no círculo de Salop, são semi-altruísticos, e escolhem a qualidade e o esforço de contenção de custos, para maximizar uma soma ponderada dos lucros e da utilidade do tratamento para pacientes.

Consideram que os hospitais enfrentam preços regulados, e que uma fusão pode ou não envolver o encerramento de um dos hospitais em fusão.

Os autores obtiveram os seguintes resultados:

- ✓ A fusão hospitalar tem mais probabilidades de melhorar a eficiência dos custos, do que de estimular o fornecimento de qualidade. Embora o incentivo para contenção de custos possa ser mais baixo para um dos hospitais após a fusão, uma fusão hospitalar leva, em média, a uma maior eficiência de custos no mercado hospitalar.
- ✓ A fusão que não melhore o bem-estar dos consumidores não será aprovada, mesmo que ela produza ganhos de eficiência.

¹⁷ Modelo teórico que mede o ótimo social minimizando os recursos que as empresas usam e as perdas de utilidade do consumidor

- ✓ As fusões que levam à diminuição dos preços que originem grandes ganhos de eficiência serão aprovadas.
- ✓ O encerramento de um hospital, leva ao aumento da eficiência de custos nos restantes hospitais.
- ✓ A fusão permite aos dois participantes na fusão reduzir a concorrência entre eles, coordenando entre si as escolhas de qualidade.
- ✓ Quando um hospital aumenta a oferta de qualidade, por conseguinte os hospitais concorrentes perdem procura, o que amortece os incentivos destes hospitais para conterem os custos de tratamento.

Em termos de conclusão, os presentes autores concluem que:

- ✓ O efeito da fusão sobre a oferta de qualidade, depende essencialmente da natureza estratégica da concorrência de qualidade.
- ✓ A menos que os hospitais sejam suficientemente altruístas, ou que a margem de contenção de custos seja suficientemente grande, uma fusão conduzirá a uma qualidade inferior para todos os hospitais no mercado. Independentemente de uma fusão englobar ou não o encerramento de um hospital, uma condição necessária para que uma fusão aumente a oferta média de qualidade, é que as qualidades sejam substitutos estratégicos, o que requer que os hospitais sejam suficientemente altruístas, ou que o esforço de contenção de custos seja suficientemente eficaz. A prestação de qualidade média mais elevada é uma condição necessária, mas não suficiente, para uma maior utilidade dos pacientes, uma vez que uma fusão implica também um aumento dos custos médios de deslocação.
- ✓ Um hospital aumenta a sua qualidade, então os hospitais concorrentes perdem procura, o que, por sua vez, redireciona o seu custo marginal da qualidade e aumenta os seus incentivos para a prestação de serviços de qualidade. Contudo, o altruísmo contribui para fazer das qualidades, substitutos estratégicos.
- ✓ Os efeitos de uma fusão sobre a qualidade, eficiência de custos e utilidade para o paciente, dependem essencialmente da magnitude do preço regulado que os hospitais recebem por tratamento.

- ✓ O controlo das fusões exige que os ganhos resultantes da fusão sejam partilhados com os consumidores em termos de maior qualidade (em vez de preços mais baixos).
- ✓ As fusões hospitalares, na prática, podem também abranger outros tipos de sinergias de custos variáveis (para além das reduções de custos relacionadas com o esforço de contenção de custos). Qualquer sinergia de fusão que aumente a margem de lucro, aumentará a margem para fusões hospitalares que melhorem a qualidade.

4.3.7 Nunes (2017)

Em Portugal a implementação das fusões hospitalares tem por base as recomendações internacionais (Nunes, 2017). A presente análise tem como objetivo comparar a produtividade dos Centros Hospitalares, criados antes e depois da fusão com os hospitais que não foram submetidos a esse processo.

A metodologia adotada pelo autor, é o Índice de Malquist. População alvo 44 hospitais agrupados em 20 centros hospitalares. Período temporal 2003 a 2013. Como variáveis, inputs, são os custos totais dos hospitais, sendo eles: custos com pessoal, com medicamentos, com produtos e bens de consumo, e outros custos indiretos), neste estudo não foram consideradas as amortizações, os custos com perdas financeiras e os custos extraordinários. As variáveis, outputs, são variáveis clínicas de avaliação da produtividade: o número de episódios de emergências, o número de consultas nos hospitais, o número de doentes internados e o número de cirurgias.

A análise de resultados compreende duas fases: a primeira fase analisa, numa perspetiva geral a evolução da produtividade dos hospitais antes e depois da fusão, são selecionados 20 centros hospitalares constituídos por 44 unidades hospitalares. De modo calcular a produtividade das unidades, no antes e pós fusão, considerou-se os somatórios dos inputs e outputs dos hospitais que integram os respetivos centros hospitalares em análise.

A segunda fase estabelece uma comparação com a evolução da produtividade de hospitais não sujeito a fusões, assim sendo é avaliada a produtividade de cinco hospitais, para estabelecer uma comparação com os restantes.

Os resultados obtidos na primeira fase - etapa pré fusão, verifica-se que as unidades hospitalares individuais, apresentam um crescimento anual positivo de 0,4%, por sua vez após-fusão, 12 centros hospitalares exibem uma queda produtividade de 2,73%. Os

restantes 8 centros hospitalares após fusão beneficiam de um melhoramento na sua produtividade. Na segunda fase, os hospitais que não foram submetidos a fusão, revelam um crescimento médio de 0,6% em produtividade. Nos anos 2003, 2004, 2007, 2010 e 2011, os centros hospitalares vêm a sua produtividade ser superior aos hospitais, nos restantes anos são os hospitais que apresentam um maior desempenho médio superior, ao centros hospitalares. Uma vez que os resultados são equilibrados, não é possível obter dados precisos sobre a presente variação.

O autor conclui assim que 60% dos hospitais fundidos não apresentaram melhoria da produtividade. A fusão de unidades de saúde não produziu ganhos de produtividade a médio prazo, em média, os hospitais não fundidos são mais produtivos.

4.3.8 Han, Kairies – Schawarz, Vomhof (2017)

A concorrência na qualidade é peculiarmente importante quando os doentes dispõem de um seguro de saúde, que lhes permite escolher de forma independente um hospital, o que levou a que os hospitais reduzam os custos e compitam pela qualidade dos cuidados. (Han et al, 2017)

Os autores Han, Kairies – Schawarz e Vomhof (2017), definem como objetivo da presente experiência laboratorial, investigar a qualidade dos cuidados de saúde antes e após a fusão hospitalar num mercado competitivo.

Abordagem metodológica utilizada, método experimental e modelo teórico Salop. Variáveis em estudo comportamento altruísta, sinergias de custos e decisões de equipa. A experiência foi conduzida no Laboratório de Economia Experimental de Essen na Universidade de Duisburg- Essen, Alemanha, em 2015. Amostra total, 353 participantes, todos eles estudantes da Universidade de Duisburg-Essen, foram recrutados através do sistema de recrutamento ORSEE, 164 homens e mulheres 189. Qualquer estudo experimental tem por base a formulação de hipóteses, para o presente estudo os autores definiram 4 hipóteses, sendo elas:

Hipótese 1. Fundir qualidades sem sinergias: Num cenário pós-fusão assimétrico onde dois em cada três hospitais unem os seus esforços de maximização de lucros,

(a) todos os três hospitais baixam as suas qualidades no equilíbrio de Nash¹⁸ em comparação com o cenário pré-fusão, e (b) as pessoas de dentro diminuem os níveis de qualidade mais do que as pessoas de fora.

Hipótese 2: Fusão de lucros sem sinergias: Num cenário pós-fusão assimétrico onde dois em cada três hospitais unem os seus esforços para maximizar os lucros, (a) os três aumentam os lucros em comparação com o cenário anterior à fusão, e (b) as pessoas de fora são capazes de aumentar mais os lucros.

Hipótese 3: Fusão com sinergias: Num cenário pós-fusão assimétrico onde dois de três hospitais unem os seus esforços de maximização de lucros e realizam sinergias de custos, os três hospitais proporcionam uma qualidade superior à do caso sem sinergias de custos.

Hipótese 4.: Os hospitais altruístas proporcionam níveis de qualidade mais elevados e realizam lucros mais baixos, do que os hospitais que maximizam o lucro puro.

Procedimento e resultados obtidos:

- ✓ Na experiência, os sujeitos têm o papel de chefe de um hospital e concorrem pelos doentes tomando decisões de qualidade, inicialmente há três hospitais concorrentes, sendo que dois deles são fundidos a meio da experiência. Depois esta fusão, um dos dois chefes é escolhido aleatoriamente para ser o único a tomar decisões de qualidade para ambos os hospitais fundidos, enquanto um hospital permanece independente.
- ✓ Resultado correspondente à Hipótese 1: Num cenário pós-fusão assimétrico em que dois em cada três hospitais unem os seus esforços de maximização de lucros: a) Todos os três hospitais baixam significativamente a sua qualidade em comparação com o cenário pré-fusão. (b) Os de dentro diminuem significativamente mais as escolhas de qualidade do que os de fora. (c) No entanto, tanto os de dentro como os de fora estabelecem qualidades significativamente mais elevadas do que as escolhas de equilíbrio de Nash previstas. Este desvio ascendente é significativamente mais elevado para os hospitais fundidos.

¹⁸ Este equilíbrio é o resultado da interação entre dois jogadores quando pelo menos um dos jogadores tem uma estratégia dominante

- ✓ Resultado correspondente às Hipóteses 2 e 4: Os lucros médios antes da fusão são significativamente mais baixos do que os níveis de equilíbrio de Nash. No cenário pós-fusão, tanto os lucros médios internos como externos são significativamente inferiores à previsão do equilíbrio de Nash.
- ✓ Resultado correspondente a Hipótese 3: Num cenário pós-fusão assimétrico em que dois dos três hospitais, unem os seus esforços de maximização de lucros e realizam sinergias de custos, os três hospitais proporcionam uma qualidade significativamente mais elevada do que no caso de sinergias de custos.

Os autores concluem que a qualidade média pós-fusão é claramente inferior à qualidade média pré-fusão, por conseguinte as escolhas de qualidade média são expressivamente mais elevadas do que o previsto para os hospitais que maximizam o lucro puro. Concluem também que os hospitais sem fins lucrativos, são mais altruístas e proporcionam melhor qualidade que as sinergias de custos nos hospitais fundidos, geram um aumento das escolhas de qualidade média em comparação com o cenário sem sinergias. Dados da experiência revelam que um processo de decisão em equipa, não resulta numa perda de qualidade.

4. 3.9 Nunes (2018)

Os hospitais públicos portugueses, são os principais clientes no que respeita aos recursos do Serviço Nacional de Saúde, resultando num grande aumento da despesa do setor da saúde. Deste modo, de forma a diminuir os gastos, mas gerar mais e melhores ganhos em saúde, foram introduzidas várias reformas no setor da saúde, tendo sido uma delas a política de fusão entre hospitais. (Nunes 2018). Para a realização do presente estudo, o autor Nunes (2018), tem como objetivos analisar o comportamento da produtividade e eficiência nos centros hospitalares ao longo dos anos.

Como metodologia o autor, realiza revisão da literatura nacional e internacional, a aplicação da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliar a eficiência técnica, e a aplicação do índice de Malmquist para avaliar a produtividade. Período de tempo de estudo compreendido entre 2005 – 2012. As variáveis do estudo dividem-se em inputs (recursos) e outputs (em termos de produção). Como inputs define-se o custo total efetivo em euros utilizado por cada unidade hospitalar em cada ano (custos com pessoal, custo com medicamentos, com produtos e bens de consumo, e outros custos indiretos, à exceção das amortizações, custos com perdas financeira e dos custos extraordinários) e o número

de camas. Output são as principais linhas de produção da atividade hospitalar: o número de doentes internados; o número total de episódios de urgência; o número total de consultas externas e o número total de cirurgias. Para calcular o índice de Malmquist, o autor reúne os dados (antes da fusão) correspondentes aos hospitais que vão formar os centros hospitalares, 18 centros hospitalares.

Em termos de resultados obtidos, o autor verifica: um aumento em 3,4% de eficiência global entre 2005 a 2012 (no entanto, é necessário ter em conta que as medidas de austeridade de que Portugal foi alvo em 2011 e dividir o período de estudo em 2, em que o primeiro intervalo de tempo abrange os anos de 2005 a 2010, reflete um aumento médio anual de eficiência de 7,7%, o segundo intervalo corresponde a 2011 e 2012 e mostra uma redução significativa de 12% de eficiência, em comparação com o ano de 2010 e de 4,7% em relação ao ano de 2005); A produtividade dos centros hospitalares apresenta um crescimento de 29,3%, quando se compara o ano de 2005 com 2012; uma variação dos resultados de produtividade entre 2011 – 2012, é maior, com um crescimento de 34% (influenciada pelo aumento de investimento após crise económica em 2011), contrariamente entre 2010 – 2011 verifica-se uma redução significativa de 21%; Três dos 18 centros hospitalares não apresentam melhoria na produtividade, ou seja 15 centros hospitalares (83,3%) apresentam melhorias a nível de produtividade.

O autor conclui que de um modo geral, a política de fusão de unidades hospitalares leva a um aumento médio da produtividade entre os anos 2005 – 2012, sendo que dos 18 centros hospitalares, 15 apresentam um aumento da produtividade. No que respeita a eficiência os centros hospitalares não apresentam diferenças significativas no período em análise.

4.3.10 Nunes (2020)

A rede hospitalar pública portuguesa não especializada inclui um total de 40 hospitais: 7 hospitais, Entidades Públicas Empresarias (E. P.E); 4 hospitais parceria público-privada (PPP); 20 Centros Hospitalares, E.P.E.; e 8 Unidades Locais de Saúde, E.P.E., apresentam diferentes tipos de resposta e resultados (Nunes, 2020).

Nunes (2020) ao realizar este estudo, tem como objetivo mostrar os resultados de desempenho, produção, eficiência, qualidade e custos para os vários modelos de organização (Hospital, Centro Hospitalar e Unidade Local de Saúde) e formato jurídico (Entidade Publica Empresarial e de Parceria Público-Privada) dos hospitais públicos portugueses no ano 2015.

A abordagem metodológica abordada consiste na revisão da literatura e análise de indicadores dos hospitais públicos, indicadores de: acesso, eficiência e qualidade. A análise dos indicadores, por sua vez baseia-se no estudo das atividades que compõem esses indicadores, sendo elas: internamento, consulta externa, urgência, cirurgia e hospital de dia. A amostra é constituída por 39 hospitais, abrangendo todos os hospitais públicos não especializados, sujeitos a processos de reforma. A colheita de dados decorre entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2015.

Os resultados obtidos do estudo dos indicadores são:

- ✓ Produção das unidades hospitalares (comparação operacionalizada através da produção média por unidade hospitalar) – as unidades hospitalares em estudo produziram um total de 10,97 milhões de consultas, 5,95 milhões de urgências/emergências, 758,5 mil doentes internados, 614,7 mil cirurgias, 70,25 mil partos e 18,9 mil cesarianas. Os Centros Hospitalares e os Hospitais em Parceria Público Privada são as unidades com maior número de consultas, as Unidades Locais de Saúde têm menor atividade. O número de atendimentos em urgência também é maior nos Centros Hospitalares e nos Hospitais PPP e menor nas Unidades Locais de Saúde, bem como os internamentos, as cirurgias e o total de partos.
- ✓ Eficiência/produtividade das unidades hospitalares – um médico está para 44 doentes nos hospitais PPP e para 90 doentes nos E.P.E. Os hospitais PPP e as Unidades Locais de Saúde apresentam maior número de doente / enfermeiro.
- ✓ Os centros hospitalares têm um maior número de camas, logo apresentam um maior número de dias de internamento/ano/leito. As taxas de ocupação são mais elevadas nos Hospitais PPP e nos Hospitais E.P.E., no entanto, apresentam menor tempo de internamento. Os hospitais PPP (média de 28,4 cirurgias/dia) e nas Unidades Locais de Saúde (média de 13,2 cirurgias/dia), apresentam um maior número de intervenções cirúrgicas.
- ✓ Qualidade nas unidades hospitalares – Nos centros hospitalares a taxa de o internamento é de 3,67%, os doentes têm um tempo médio de permanência superior a 30 dias. Os hospitais PPP têm uma taxa de internamento de 2,74% e as Unidades Locais de Saúde 2,87%. Os reinternamentos também são superiores nos

centros hospitalares (8,81%) e nos hospitais PPP 7,85%. Os hospitais PPP e as ULS que apresentam a maior número de consultas. As cirurgias exibem diferentes resultados em vários indicadores analisados nos diferentes hospitais em estudo.

- ✓ Financiamento e custos das unidades hospitalares – Os centros hospitalares, devido à sua dimensão e número detêm custos mais elevados, num total de 168,7 milhões de euros.

Após analisados os resultados obtidos, o autor conclui que o modelo Organizacional da rede pública de hospitais, que permite um maior acesso, eficiência, produtividade, desempenho, qualidade e controlo de gastos, são as Unidades Locais de Saúde.

4.4 Sumário do Capítulo

Esta RSL identifica um conjunto de artigos relevantes no âmbito do estudo sobre operações de fusões entre unidades hospitalares. Constatou-se que é possível analisar esta temática de diferentes formas, pelo que alguns autores decidem avaliar diferentes conceitos recorrendo a diferentes métodos de estudo. Por exemplo, Gaynor et al (2012) aplicam a abordagem DID, verificando que as fusões hospitalares realizadas na Grã-Bretanha não originaram benefícios pois a sua produtividade e nível de qualidade não sofreram alterações significativas. Ainda assim, os mesmos autores concluíram fusões entre hospitais pequenos podem trazer benefícios, já que estas operações permitem obter economias de escala. Azevedo e Mateus (2014) recorrem à mesma metodologia focando a sua atenção em Portugal. Os autores concluem então que a criação de centros hospitalares não gera poupanças significativas entre os hospitais fundidos e os não fundidos. No entanto, Azevedo e Mateus (2014) também enfatizam que as fusões entre hospitais de pequena dimensão parecem possibilitar a existência de economias de escala. É de realçar que tanto Gaynor et al (2012) como Azevedo e Mateus (2014) alertam para o facto de que os governos devem proceder a uma avaliação individual de cada unidade antes de realizarem o processo de fusão. Schmitt (2017) aplicou a técnica DID, chegando às mesmas conclusões de Gaynor et al (2012) e Azevedo e Mateus (2014). De facto, este autor (Schmitt, 2017) mostra que, de um modo geral, não existe evidência significativa de que as fusões ofereçam grandes poupanças ao nível de custos.

Azevedo e Mateus (2014a) reveem a literatura e concluem, mais uma vez, que a presença de economias de escala apenas faz sentido quando os hospitais fundidos são de pequena dimensão. Azevedo e Mateus (2014) alertam ainda para a importância e necessidade de se

avaliar a qualidade no âmbito dos processos de fusão já que a sua revisão de literatura deixa claro que existe uma ligação entre qualidade e custos. Estes autores defendem ainda que a variação de custos pode resultar de uma variação do nível de qualidade, uma vez que esta deverá aumentar de acordo com o aumento da especialização dos cuidados de saúde. Já Han et al (2017) e Brekk et al (2017) utilizam o Círculo de Salop para avaliar a qualidade resultante das fusões. Brekk et al (2017) centram-se apenas no período pós-fusão e relatam que qualquer sinergia de fusão que aumente a margem de lucro aumentará, por conseguinte, a margem para fusões hospitalares que melhorem a qualidade. Por sua vez, Han et al (2017) avaliam os períodos pré- e pós-fusão, concluindo que a qualidade média pós-fusão é claramente inferior à qualidade média pré-fusão. Estes autores revelam ainda que hospitais sem fins lucrativos são mais altruístas e proporcionam melhor qualidade. Han et al (2017) sugerem ainda que as sinergias de custos nos hospitais fundidos geram um aumento das escolhas de qualidade média relativamente a um cenário onde não existem sinergias significativas.

Flokou et al (2017) recorrem ao DEA e a técnica Bogetoft e Wang e notam que, se as ineficiências técnicas individuais forem eliminadas no período pré-fusão, poder-se-á alcançar ganhos em eficiência sem ser necessário recorrer à fusão. No entanto, estes autores admitem que, em certas circunstâncias, poderá ser benéfico materializar uma operação de fusão hospitalar. De facto, esta induz uma reorganização, a qual potencia a obtenção de ganhos de eficiência, os quais dificilmente seriam alcançáveis com intervenções em base individual hospitalar. De facto, a fusão limita a duplicação de serviços e despesas administrativas, permitindo que certos serviços sejam mais eficazes ao utilizarem recursos combinados.

Nunes (2017) compara a produtividade dos Centros Hospitalares criados antes e depois da fusão com os hospitais que não foram submetidos a esse processo. Através da aplicação do Índice de Malquist, verifica que a fusão de unidades de saúde não produziu ganhos de produtividade a médio prazo, uma vez que 60% dos hospitais fundidos não apresentou melhoria da produtividade. Em 2018, Nunes aplica novamente o Índice de Malquist, adicionando o DEA para analisar o comportamento da produtividade e eficiência nos centros hospitalares ao longo dos anos. Nunes (2018) conclui, no período em análise, que os centros hospitalares não apresentam diferenças significativas ao nível da eficiência. No entanto, na mesma janela temporal, 15 dos 18 centros hospitalares considerados na análise aumentaram a sua produtividade média. A este propósito, Nunes (2020) revê a literatura

sobre indicadores dos hospitais públicos no que toca ao acesso, eficiência e qualidade. Este autor conclui então que as unidades locais de saúde exibem maior acesso, eficiência, produtividade, desempenho, qualidade e controlo de gastos quando comparadas com os centros hospitalares e hospitais.

Em suma, os estudos incluídos nesta revisão comprovam a preocupação que existe com a avaliação do impacto das fusões hospitalares na eficiência, produtividade e qualidade das unidades resultantes desse processo. Estes estudos também fornecem ideias interessantes para trabalhos futuros, temática desenvolvida na secção seguinte.

Capítulo 5: CONCLUSÃO

Este capítulo encerra o presente estudo apresentando as suas principais conclusões. O capítulo está dividido em quatro pontos: o primeiro compreende as minhas reflexões pessoais sobre o processo desenvolvido; o segundo expõe algumas hipóteses de investigação futura que se revelam interessantes em face das conclusões obtidas; o terceiro revela as limitações do estudo, o quarto e último apresenta as considerações finais.

5.1 Reflexões Pessoais

Pessoalmente, considero a RSL uma metodologia de investigação interessante. Distingue-se visivelmente da revisão tradicional da literatura, respondendo diretamente a várias das suas limitações. Neste sentido, é importante abordar alguns pontos, sendo eles:

- ✓ Definir o tema, como fio condutor da RSL.
- ✓ Adquirir conhecimentos sobre o tema em estudo, através de uma pesquisa sobre os conceitos fundamentais desse campo de pesquisa. A orientação e a contribuição do membro do painel de consultores foi fulcral, pois o trabalho por conta própria seria bem mais difícil;
- ✓ Definir as palavras-chaves e a organizar pensamentos, de forma a facilitar a identificação dos estudos mais pertinentes;
- ✓ Estabelecer um conjunto de critérios de exclusão para a análise do título e do *abstract* dos artigos inicialmente encontrados, fase essencial, pois permitiu diminuir o volume de literatura a considerar na revisão final.
- ✓ Garantir que todos os critérios sejam corretamente sustentados, de forma a prevenir a indevida exclusão de literatura relevante para o estudo, ou incluir literatura que não apresente rigor e qualidade científica.

A correta utilização da RSL permite não só replicar os resultados obtidos no trabalho inicial, como também identificar possíveis lacunas existentes na literatura, devendo essas lacunas serem abordadas em investigações futuras.

5.2 Investigação Futura

Este trabalho de revisão possibilitou investigar um conjunto de literatura relevante no campo de estudo operações de fusão entre unidades hospitalares. Existem diversas

questões que se podem investigar, tais como:

- ✓ Analisar os fatores ambientais que possam ter influenciado os resultados nos centros hospitalares que não produziram aumentos de produtividade;
- ✓ Realizar um estudo de caso que averigue os efeitos na qualidade assistencial nos centros hospitalares no período pós-fusão.
- ✓ Comparar o desempenho dos centros hospitalares através da metodologia quantitativa paramétrica e não paramétrica.
- ✓ Comparar o desempenho dos centros hospitalares através da análise de fronteiras de eficiência estocásticas.
- ✓ Avaliar se existe relação entre a eficiência, a produtividade, a qualidade dos centros hospitalares e a localização geográfica em que estes se encontram inseridos.
- ✓ Realizar um estudo de caso que avalie a obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos após a criação dos centros hospitalares.
- ✓ Avaliar a presença de economias de escala e de diversificações para cada centro hospitalar, tendo em conta o período pré e pós-fusão.

5.3 Limitações

A presente dissertação usufrui da metodologia da RSL para verificar um conjunto de literatura científica importante face ao tema das operações de fusão entre unidades hospitalares.

A respetiva metodologia dispõe de inúmeras vantagens face à revisão tradicional da literatura. No entanto, a mesma apresenta limitações, como qualquer outro método, das quais podemos destacar a impossibilidade em garantir a total isenção do investigador, uma vez que é o próprio investigador que define as palavras-chave e as cadeias de pesquisa a utilizar; a não utilização de uma determinada palavra-chave poderá levar à exclusão de literatura pertinente (razão pela qual as palavras-chave e as cadeias que delas advêm foram testadas por mim); a possibilidade do estudo não identificar toda a literatura significativa para o campo de estudo, visto que existem autores dos artigos que definem palavras-chave que não se adequam totalmente ao conteúdo do seu trabalho, o que de igual forma afeta o rigor das revisões que sobre ele recaiam.

5.4 Considerações finais

A presente dissertação selecionou a RSL enquanto metodologia de investigação e análise da literatura existente sobre o campo de estudos, mais sobre as operações de fusão entre as unidades hospitalares.

O presente estudo permitiu-me concluir que as fusões hospitalares têm como objetivos maximizar a produtividade, a eficiência e a qualidade, através da minimização dos custos das mesmas. No entanto estes objetivos nem sempre foram alcançados, pois as fusões hospitalares só são benéficas, se apresentarem economias de escalas, tal só se verifica para fusões entre hospitais de pequenas dimensões. Outro aspeto a ter em conta, quando se pretende realizar uma fusão entre unidades hospitalares é a localização geográfica das respetivas unidades. Pois o facto de se encontrarem na mesma área geográfica, não significa que a sua fusão seja benéfica, quer para as instituições, quer para a população local.

Deste modo, o objetivo do presente estudo passa pela identificação e análise da literatura presente com o intuito de reconhecer possíveis lacunas que possam vir a ser analisadas no âmbito da investigação futura. Em face do reduzido desenvolvimento do campo de estudos e das lacunas identificadas, é possível concluir que esta área de investigação tem um forte potencial de desenvolvimento e muitos outros campos a explorar.

Esta área apresenta um enorme interesse para estudos posteriores no âmbito do doutoramento.

Referências bibliográficas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*. Lisboa: ACSS.

Arnaut, A. (2009). *Serviço Nacional de Saúde - SNS: 30 Anos de Resistência*, Coimbra, Coimbra Editora.

Azevedo, H., Mateus, C., (2014). *Economias de escala e diversificação: uma análise bibliográfica no contexto das fusões hospitalares*. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32(1), 106-117.

Azevedo, H.S.T. (2011). *Economias de Escala em Centros Hospitalares*. Tese de Mestrado de Gestão de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

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

Barros, P. (2011), *As parcerias público privadas na saúde em Portugal*, Coimbra, Edições Almedina.

Bilhim, J. (2013). *Gerir a Administração Pública como uma empresa*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Brooks, G., Jones, V. (1997), *Hospital mergers and market overlap*, *Health Services Research*, 31(6), 701-722.

Campos, A. (2008), *Reformas da saúde – o fio condutor*, Coimbra, Edições Almedina.

Cruz, I. (2013). *Percursos da New Public Management num Hospital EPE*. Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa.

Denyer, D. & Tranfield, D. (2009). *Producing a Systematic Review*. In D. A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage handbook of organizational research methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 671-689.

Dranove, D., Shanley, M., Simon, C. (1992), *Is hospital competition wasteful?*, *Rand Journal of Economics*, 23, 247-262.

Drucker, P. (1999), *Knowledg - Worker Productivity: The Biggest Challenge*. California Review Management, 41(2), 79-94.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Lisboa: ERS.

Farrell, M. (1957). *The measurement of productive efficiency*. Journal of Statistics and Social Series, 120, 253-281.

Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C., Walters, R. (2002). *Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis*. British Medical Journal, 325,1-7.

Gannon, B. (2004). *Technical Efficiency of Hospitals in Ireland*. In *Research Programme on Health Services, Health Inequalities and Health and Social Gain* (pp.1-31) Dublin: University College Dublin and University of Ulster.

Gholami, R., Higón, D., & Emrouznejad, A. (2015), *Hospital performance: Efficiency or quality? Can we have both with IT?* Expert Systems with Applications, 42, (12), 5390–5400. doi:10.1016/j.eswa.2014.12.019

Gonçalves, L. (2008) *Análise da Eficiência dos Hospitais SA e SPA Segundo uma Abordagem de Fronteira de Eficiência*. Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Harfouche, A. (2012), *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*, Edições Almedina, Coimbra.

Kalirajan, K.; Shand, R. (2002). *Economics in Disequilibrium: an Approach from the Frontier*. Macmillan Education, Londres

Ministério da Saúde (2015), *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Revisão e Extensão a 2020*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Ministério Da Saúde (2010), *Relatório do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais*. A organização interna e a governação dos hospitais, Ministério da Saúde, Lisboa.

- Nunes, A. (2020). *Rede Hospitalar Pública em Portugal: Resultados de Diferentes Modelos Organizacionais*. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde,9(1)154-172
- Nunes, A. (2018). *Política de Fusão de Entidades Hospitalares em Portugal; Avaliação da Produtividade*, Revista de Administração e Inovação em Saúde,15(1)94-109
- Nunes, A. (2017). *Gestão Hospitalar:Quatroze anos de Empresarização em Portugal*. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde,6(2)154 -162
- Nunes, A. (2016). *Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa
- Nunes, A. M., & Harfouche, A. (2015). *A Gestão Empresarial Hospitalar na perspetiva dos gestores hospitalares*. Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (15), 8-11.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde*. 2ª Edição. Porto: Vida Económica.
- Olafsson, G. A. (2008), *Merging Hospitals: Motives, Methods and Outcomes*. Master of Public Health. Nordic School of Public Health.
- OPSS - *Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). 10 anos de OPSS, 30 anos de SNS: razões para continuar*. Relatório Primavera. Lisboa: OPSS.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Pêcego, L. (2010) *O Modelo de Governação dos Hospitais EPE: Estudo de Caso Comparado*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa.
- Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: glossário de termos e conceitos*, (4ª ed.). Lisboa: APES
- Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Gradiva.
- Pinto, A. (2018). *A racionalização da Rede Hospitalar Pública. Aplicação prática ao Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. Tese para obtenção de grau de Mestre em Gestão Empresarial*. Coimbra: Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra

Rego, G.M. (2006), *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: uma aplicação ao sector da saúde*; Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Porto

Sousa, A. (1990). *Introdução à Gestão. Uma abordagem sistémica*. Lisboa: Editorial Verbo.

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

Sinay, U. (1998). *Pre-and post-merger investigation of hospital mergers*. Eastern Economic Journal, 24, 83–97.

Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). *Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review*. British Journal of Management, 14, (3), 207–222.

Troels, K., Bogetoft, P., Pedersen, K.M. (2010), *Potential Gains from Hospital Mergers in Denmark*. *Health Care Management Science*, 13, 334-345.

Referências legais

Lei n.º 56/79. Diário da República n.º 214, I Série, 15 de setembro, p.2357.

Lei n.º 48/90. Diário da República n.º 195, I Série, 24 de agosto, p.3452.

Lei n.º 22/93. Diário da República n.º 12, I Série A, 15 de janeiro, p.129

Decreto-Lei n.º 284/99. Diário da República n.º 172, I Série A, de 26 de julho, p.4683

Decreto-Lei n.º 426/99. Diário da República n.º.246, I Série A, de 21 de outubro, p.7052.

Decreto-Lei n.º 558/99. Diário da República n.º 292, I Série A, 17 de dezembro, p. 9012.

Lei n.º 27/2002. Diário da República n.º 258, I Série A, 8 de novembro, p.7150.

Decreto-Lei n.º 185/2002. Diário da República n.º 191, I Série A, 20 de agosto, p. 5852

Decreto-Lei n.º 233/2005. Diário da República n.º 249, I Série A, 29 de dezembro, p.7323.

Apêndice 1 – Literatura identificada nas cadeias de pesquisa que cumpre todos os critérios de seleção

- 1) Gaynor, M., Laudicella, M., Popper,C.(2012).*Can Governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in English NHS*. Journal of Health Economics, 31 (2012),528-543.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.03.006>

- 2) Azevedo, H., Mateus,C., (2014).*Economias de escala e diversificação: uma análise bibliográfica no contexto das fusões hospitalares*. Revista portuguesa de saúde pública,32(1),106-117.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.12.001>

- 3) Azevedo, H., Mateus,C. (2014 a).*Cost effects of hospital mergers in Portugal*. Journal of Health Economics,15,999-1010

DOI 10.1007/s10198-013-0552-6

- 4) Flokou, A., Vassillis, A., Niakas,D.(2017).*Decomposition of potential efficiency gains from hospital mergers in Grece*. Health Care Manag Sci, 20,467-484.

DOI 10.1007/s10729-016-9365-3

- 5) Schmitt, M. (2017). *Do hospital mergers reduce cost?*. . Journal of Health Economics,52,74-94.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.01.007>

- 6) Brekke, K., Siciliani, L., Straume,O.(2017).*Hospital Mergers whit Regulates Prices*. The Scandinavian Journal of Economics, 119 (3),597-627.

DOI: 10.1111/sjoe.12191

- 7) Nunes, A. (2017). *Análise da produtividade da política de fusão de unidades hospitalares em Portugal integradas no Serviço Nacional de Saúde*. J Bras Econ Saúde,9(1)93-9

DOI: 10.21115/JBES.v9. n1.p93-9

8) Han, J., Kairies-Schwarz, N., Vomhof, M. (2017). *Quality competition and hospital mergers – An experiment*, *Health Economics*, 26(3)36-51

DOI: 10.1002/hec.3574

9) Nunes, A., (2018). *Política de Fusão de Entidades Hospitalares em Portugal; Avaliação da Produtividade*, *Revista de Administração e Inovação em Saúde*, 15(1)94-109

DOI: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v15i1.4153>

10) Nunes, A. (2020). *Rede Hospitalar Pública em Portugal: Resultados de Diferentes Modelos Organizacionais*. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 9(1)154-172

<https://doi.org/10.5585/rgss.v9i1.13286>

Apêndice 2 – Resumo dos artigos incluídos na RSL

N.º	Autores	Ano	Título	Publicação	Palavras-Chaves	Objetivo	Resumo
1	Gaynor, Laudicella, Propper	2012	<i>Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS</i>	<i>European Journal of Health Economics</i>	Fusões hospitalares, Estudo de eventos, Qualidade, Influência política	Avaliar o impacto das fusões hospitalares em termos de desempenho financeiro, produtividade, tempos de espera, qualidade clínica.	O governo britânico defende que as fusões hospitalares resultam em benefícios para os doentes, apesar da literatura demonstrar o contrário. De 1997 a 2006 cerca de metade dos hospitais passaram por um processo de fusão. Conclui-se que a fusão pode não ser a forma mais adequada para lidar com os hospitais que apresentam um mau desempenho, pois neste estudo a fusão não trouxe benefícios a nenhum dos hospitais fundidos.
2	Azevedo, Mateus	2014	<i>Cost effects of hospital mergers in Portugal</i>	<i>European Journal of Health Economics</i>	Fusões hospitalares, Economias de escala, Função de custos de translação, Abordagem de diferenças em diferenças	Comparar as economias de escala com as economias de custos após a fusão hospitalar.	As fusões hospitalares decorreram de uma reestruturação do setor hospitalar, os efeitos resultantes dessas fusões não têm sido devidamente avaliados. Período de estudo 2003 – 2009. Metodologia aplicada: função de custos de translog e DID (diferença em diferenças para o pré e pós fusão hospitalar). Conclui-se que: antes da fusão existe economias de escala com uma dimensão hospitalar ótima com 230 camas; pós fusão há um aumento de 8% nos custos
3	Azevedo, Mateus	2014 a)	<i>Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares</i>	<i>Revista Portuguesa de Saúde Pública</i>	Economias de escalas, Economias de diversificação, Análise de fronteira, Função custo, Fusões hospitalares	Compreender os motivos implícitos no redimensionamento hospitalar; Verificar o seu impacto nos ganhos e eficiência através do benefício de economias de escala	A preocupação com a necessidade de redução de custos e com a manutenção da eficiência do setor da saúde, resultou na criação de fusões hospitalares. Metodologia aplicada: revisão da literatura. Conclui-se que a literatura recomenda a analisar economias de escala e economias de diversificação; simplesmente fusões entre hospitais de pequena dimensão e de natureza idêntica podem beneficiar de ganhos de escala.

N.º	Autores	Ano	Título	Publicação	Palavras-Chaves	Objetivo	Resumo
4	Flokou, Aletras, Niakas	2017	<i>Decomposition of potencial efficiency from hospital mergers in Greece</i>	<i>Health Care Management Science</i>	DEA (análise envoltória de dados), Eficiência hospitalar, Benchmarking, Bootstrapping, Análise de fusões	Avaliar a eficiência técnica de 71 hospitais públicos gregos; Avaliar potenciais ganhos de eficiência resultantes da fusão de 13 hospitais	As avaliações de eficiência são realizadas através da técnica de DEA e a análise de fusão hospitalar realizada através da metodologia Bogetoft e Wang. Verificou-se que quase todas as fusões revelam um grande potencial de melhoria da eficiência.
5	Schmitt	2017	<i>Do hospital mergers reduce cost?</i>	<i>Journal of Health Economics</i>	Fusões hospitalares, Eficiência de custos	Comparar os custos dos centros hospitalares com os custos dos hospitais não fundidos.	Com base no modelo DID procede-se à comparação dos os custos dos centros hospitalares com os custos dos hospitais não fundidos. Período temporal de estudo compreendido entre 2000-2010. Os centros hospitalares nos anos seguintes após as fusões, adquirem em média, poupanças de custos entre 4 – 7%.
6	Brekke, Siciliani, Straume	2017	<i>Hospital Mergers with Regulated Prices</i>	<i>Scandinavian Journal of Economics</i>	Antitrust, Eficiência de Custos, Fusões hospitalares, Competição de qualidade	Estudar os efeitos de uma fusão de hospitais semi-altruístas que escolhem a qualidade e o esforço de contenção de custos.	Metodologia abordada, modelo Círculo de Solap. As fusões hospitalares, abrangem vários tipos de sinergias de custos variáveis (para além das reduções de custos relacionadas com o esforço de contenção de custos). Qualquer sinergia de fusão que aumente a margem de lucro, aumentará a margem para fusões hospitalares que melhorem a qualidade.
7	Nunes	2017	<i>Análise da produtividade da política de fusão de unidades hospitalares em Portugal integradas no Serviço Nacional de Saúde</i>	<i>Jornal Brasileiro de Economia da Saúde</i>	Eficiência, Produtividade, Custos e análise de Custos, produção, Fusão de hospitais	Avaliar a variação da produtividade dos hospitais sujeitos a uma política de fusão entre os anos 2005 e 2013.	Através da utilização do índice de Malmquist, verifica-se que 60% dos hospitais não apresentam melhoria de produtividade. A política de fusão de unidades de saúde não gerou ganhos de produtividade.

N.º	Autores	Ano	Título	Publicação	Palavras-Chaves	Objetivo	Resumo
8	Han, Kairies-Scwarz, Vomhof	2017	<i>Quality competition and hospital mergers – An experiment</i>	<i>Health Economics (United Kingdom)</i>	Altruísmo, Fusões Hospitalares, Experiência laboratorial, Competição de qualidade	Estudar o comportamento dos hospitais concorrentes antes e após a fusão tendo por base o conceito de qualidade.	Utilizando o modelo de Salop, constata-se que a qualidade média pós-fusão é claramente inferior à qualidade média pré-fusão. As fusões internas/externas e as escolhas de qualidade média são claramente maiores do que o previsto para os hospitais que maximizam o lucro, tal prende-se com o comportamento altruísta por parte dos hospitais em relação aos pacientes. Existe um aumento significativo nas escolhas de qualidade média, quando as sinergias de custos são realizadas pelos hospitais fundidos, o que não se verifica com a ausência de sinergias. Os presentes resultados não sofrem qualquer alteração quando comparamos decisões individuais com decisões de equipa
9	Nunes	2018	<i>Política de fusão de entidades hospitalares em Portugal: Avaliação da produtividade</i>	<i>Revista de Administração e Inovação hospitalar</i>	Índice de Malquist, Centros Hospitalares, Fusão de hospitais, Eficiência Produtividade	Avaliar a produtividade de 18 centros hospitalares entre os anos 2005 – 2012	Através da criação de centros hospitalares espera-se uma redução dos custos e uma maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Abordagem metodológica aplicação do Índice de Malquist. Conclui-se que a formação de 18 centros hospitalares gerou uma melhoria da produtividade, sendo delimitada após o ano de 2011.
10	Nunes	2020	<i>Rede Hospitalar Pública em Portugal: Resultados de Diferentes Modelos Organizacionais</i>	<i>Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS</i>	Hospitais públicos, Gestão hospitalar, Acesso, Desempenho, Eficiência, Qualidade	Apresentar e comparar os resultados dos hospitais públicos com base nos diferentes modelos de organização e estatuto jurídico em 2015, através dos indicadores de acesso, eficiência e qualidade	Metodologia abordada, revisão da literatura e análise dos indicadores de acesso, eficiência e qualidade (informação fornecida pelo Ministério da Saúde). os Centros Hospitalares exibem ótimos resultados na assistência, os hospitais em parceria público-privada, apresentam os melhores resultados em relação ao tempo de permanência e à utilização da capacidade instalada (geral e em ambulatório). As Unidades Locais de saúde apresentam os melhores resultados na articulação com a atenção primária, na cirurgia de ambulatório, na execução dos tempos máximos de resposta e no controlo da infeção. As Unidades Locais de Saúde apresentam maior harmonia no acesso, eficiência, produtividade, desempenho, qualidade e controle de custos

