

CICLO DE ESTUDOS

MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Impacto na organização da estandardização de produtos a nível económico e rentabilização de tempo para os profissionais, sem prejuízo da qualidade dos serviços

Sandra Ferreira Lima

M

2018



Impacto na organização da estandardização de produtos a nível económico e rentabilização de tempo para os profissionais, sem prejuízo da qualidade dos serviços

Sandra Ferreira Lima

—

Dissertação

Mestrado de Gestão e Economia de Serviços de Saúde

—

Orientado por

Professor Doutor Rui Alves

—

Impacto na organização da standardização de produtos a nível económico e rentabilização de tempo para os profissionais, sem prejuízo da qualidade dos serviços

Resumo

A standardização define-se como o processo de configuração geral das características uniformes para um determinado bem ou serviço. É, geralmente utilizada para ajudar no controlo e gestão, prever e minimizar os erros e reduzir o desvio entre os funcionários.

A standardização também fornece um meio de manter a confiabilidade e estar livre de defeitos. Outros benefícios associados com a standardização incluem a facilitação de contratação, monitorização de execução e preços na prestação de serviços, aumentando a proteção dos consumidores, e a confiança e satisfação dos consumidores.

Como objetivo geral passa por perceber o impacto na organização da standardização de produtos quer a nível económico, quer em termos de rentabilização de tempo para os profissionais sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados, se verificou.

Partindo do objetivo geral foram elaborados os seguintes objetivos específicos: avaliar o impacto da efetividade da standardização de produtos e da rentabilização de tempo para os profissionais na organização; analisar a importância da implementação de um modelo de avaliação comparativo e as melhores práticas; o impacto na gestão dos stocks locais (clínicas); aferir o grau de satisfação com a implementação das novas medidas, nomeadamente, os profissionais de saúde (Enfermeiros Chefes).

O presente estudo visa a aplicação uma metodologia retrospectiva, descritiva, quantitativa e longitudinal através de uma pesquisa de recolha de dados com os vários departamentos envolvidos (departamento de logística, direção de enfermagem e clínicas). Será elaborado um questionário ao corpo de enfermeiros-chefes que integra as 37 clínicas existentes.

Palavras-Chave: standardização; efetividade; modelo de avaliação comparativo; satisfação dos clientes; preços; rentabilidade de tempo.

Abstract

Standardization is defined as the process of general configuration of uniform characteristics for a particular good or service. It is generally used to assist with control and management, predict and minimize errors, and reduce employee mismatch.

Standardization also provides a means of maintaining reliability and being free of defects. Other benefits associated with standardization include facilitating hiring, monitoring performance and pricing in service delivery, increasing consumer protection, and consumer confidence and satisfaction.

The general objective is to understand the impact on the organization of the standardization of products, both economically and in terms of the profitability of time for professionals, without prejudice to the quality of the services provided.

Based on the general objective, the following specific objectives were elaborated: to evaluate the impact of the effectiveness of the product standardization and the profitability of time for the professionals in the organization; analyze the importance of the implementation of a benchmarking model and best practices; the impact on the management of local stocks (clinics); to measure the degree of satisfaction with the implementation of the new measures, namely, health professionals (Chief Nurses).

The present study aims to apply a retrospective, descriptive, quantitative and longitudinal methodology through a research of data collection with the various departments involved (logistics department, nursing direction and clinics). A questionnaire will be elaborated to the body of nurse-heads that integrates the 37 existing clinics.

Keywords: standardization; effectiveness; comparative evaluation model; Clients satisfaction; prices; profitability of time,

Índice geral

Resumo.....	III
Abstract	IV
Índice de figuras.....	VII
Índice de gráficos.....	VIII
Abreviaturas e siglas	IX
Introdução	1
Motivação para a escolha do tema	3
Estrutura da Tese.....	4
1 – Enquadramento teórico.....	5
Capítulo 1 - Impacto na organização da standardização.....	5
1.1 Contextualização e evolução histórica	5
1.2 A busca pela qualidade e pelo controlo dos custos	6
1.3 Interação entre standardização e a personalização	8
1.4 standardização como benefício da redução de custos no domínio da saúde.....	10
1.5 A importância do controlo interno nos hospitais	13
1.6 Deficiências/Problemas de Controlo de Qualidade.....	14
1.7 Políticas para Melhor Desempenho do Sistema de Saúde.....	20
1.7.1 Legislação	22
1.8 Impacto da efetividade da standardização de produtos.....	22
1.8.1 Em Portugal	23
2 – Estudo metodológico.....	28
2.1 Opções metodológicas.....	28
2.2 Objetivos de Investigação.....	30
2.3 Design do estudo.....	31

2.4 Amostra, Método de Amostragem e Cálculo da Dimensão da Amostra	31
2.5 Técnicas e Instrumentos	32
2.6 A apresentação e implementação inicial de standardização do NephroCare nas clínicas do estudo	37
2.7 Apresentação de resultados.....	35
2.7.1 Dados sociodemográficos.....	35
2.7.2 Questões.....	35
Discussão de resultados.....	47
Conclusão	50
Bibliografia.....	52

Índice de figuras

Figura 1 - benefícios da estandardização na saúde	12
Figura 2 – Objetivos do Modelo COSO.....	14
Figura 3 - medidas de qualidade avaliam os cuidados no continuum completo da prestação de cuidados de saúde,	17
Figura 4 – tendências dos indicadores nos diversos países.....	24
Figura 5 - percentagem de pessoas com demência.....	25
Figura 6 – indicadores de álcool, tabaco, drogas e tranquilizantes.....	25

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Género.....	35
Gráfico 2 - a estandardização de produtos, contribui a organização e otimização da sua atividade enquanto gestor de recursos materiais?	36
Gráfico 3 - Do conhecimento e informação que lhe é disponibilizada na sua opinião a estandardização contribui para redução de custos?	36
Gráfico 4 - Michael Porter afirmou que as empresas para obter elevado nível de diferenciação não têm que necessariamente gastar mais.....	37
Gráfico 5 - Considera que na sua unidade contribui como fator facilitador de acessibilidade e acondicionamento de produtos?	38
Gráfico 6 - A estandardização também implica eficiência dos recursos ambientais nomeadamente na sua redução, desde a conceção até ao destino final.....	39
Gráfico 7 - Na sua opinião o facto de existir um “Kit”, adequado a um determinado tipo de procedimento, contribui para o combate ao desperdício.....	40
Gráfico 8 - A redução do portefólio de produtos, melhorou o tempo despendido para esta tarefa?.....	41
Gráfico 9 - Considera que a estandardização dos procedimentos com a introdução do Set HD foi um benefício.....	41
Gráfico 10 - Considera que a utilização do set de HD aumentou a produtividade, nomeadamente pela disponibilidade de todos os consumíveis no local de utilização.....	42
Gráfico 11 – resistência.....	43
Gráfico 12 - satisfação.....	43
Gráfico 13 - recetividade.....	44
Gráfico 14 - qualidade de cuidados.....	44
Gráfico 15 - otimização de recursos	45
Gráfico 16 - sustentabilidade da organização.....	45
Gráfico 17 - produtividade.....	46

Abreviaturas e siglas

AICPA	American Institute of Certified Public Accountants
COSO	Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
CQ	Controlo de Qualidade
DRA	Direção Regional do Ambiente
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação

Introdução

A estratégia é um ingrediente chave para o sucesso de uma organização. Uma boa estratégia pode não garantir o sucesso, mas aumenta as probabilidades de o alcançar. As estratégias com sucesso assentam em determinados elementos, tais como: devem ser claras, devem ser estabelecidos objetivos a longo prazo, deve existir um vasto conhecimento do ambiente externo, uma avaliação magnânima dos recursos internos e capacidades, e uma efetiva implementação. Nos tempos atuais a estratégia não se pode preocupar só com detalhes baseados nas previsões, mas sim cada vez mais com a direção escolhida, com a sua identidade, e com o desenvolvimento. Porque é que as organizações precisam de uma estratégia? A estratégia ajuda na gestão das organizações, por um lado reforça a qualidade da tomada de decisão, e por outro lado facilita a coordenação e por fim concentra as organizações na busca dos objetivos de longo prazo. (Grant,2013)

A standardização ajuda a reduzir, simplificando e organizar questões que estão aptas a tornar-se diversificadas e complicadas. É um processo de formulação, emissão e aplicação das normas criando valor a vários níveis. Pode ser aplicada em várias vertentes, no entanto é necessário ter em atenção, que o que é aplicável numas circunstâncias, poderá não ter os mesmos resultados aplicado noutras situações semelhantes.

Importa salientar que a gestão eficaz do atendimento ao cliente representa um tema bastante interessante para os académicos, devido ao seu impacto no comportamento do cliente e desempenho eficaz (Homburg et al. 2005, Morgan et al. 2005, Rust et al. 2002, Zeithaml, et al., 1996).

Vários estudos identificaram que o nível de satisfação do cliente leva a uma maior fidelidade e recomendações boca a boca (Anderson & Sullivan 1993, Bolton & Drew 1991; Guo e outros 2009, Lai et al., 2009, Oliver 1980)

À medida que as empresas de serviços se concentram cada vez mais nas necessidades de pequenos segmentos de clientes ou clientes individuais, existe uma questão fundamental é como oferecer valor superior aos seus clientes de uma forma rentável, de modo a garantir a sua satisfação.

Do ponto de vista da entrega de serviços, o desafio tem sido a gestão da qualidade do serviço e a produtividade. Como a chave para a redução de custos, alcançar a confiabilidade e melhorar a produtividade é padronizar o processo e o produto ou serviço, a chave para garantir que as necessidades dos clientes são atendidas é personalizar a oferta de serviços, este desafio resume-se ao equilíbrio de padronização e customização de processos e ofertas de serviços (Parasuraman et al. 1988, Roses et al., 2009).

Tendo em conta a análise do contexto elaborado na introdução, importa agora definir os objetivos geral e específicos, cujo atingimento se espera alcançar com a elaboração do presente estudo de investigação.

Segundo Sousa e Batista (2011) *“o objetivo geral indica a principal intenção de um projeto e os objetivos específicos permitem o acesso gradual e progressivo aos resultados finais”*. Como objetivo geral passa por perceber o impacto na organização da estandardização de produtos quer a nível económico, quer em termos de rentabilização de tempo para os profissionais sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados, se verificou.

Partindo do objetivo geral foram elaborados os seguintes objetivos específicos: avaliar o impacto da efetividade da estandardização de produtos e da rentabilização de tempo para os profissionais na organização; analisar a importância da implementação de um modelo de avaliação comparativo e as melhores práticas; o impacto na gestão dos stocks locais (clínicas); aferir o grau de satisfação com a implementação das novas medidas, nomeadamente, os profissionais de saúde (Enfermeiros Chefes).

Segundo Sousa e Batista (2011) a metodologia consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona por si só, a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequadas aos objetivos que se pretende atingir.

O presente estudo visa a aplicação uma metodologia retrospectiva, descritiva, quantitativa e longitudinal através de uma pesquisa de recolha de dados com os vários departamentos envolvidos (departamento de logística, direção de enfermagem e clínicas). Será elaborado um questionário ao corpo de enfermeiros-chefes que integra as 37 clínicas existentes.

A aplicação de um questionário permite-nos recolher conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos. É importante ter em conta logo à partida do que se quer e do que se vai avaliar, de forma a que o questionário seja um instrumento bem utilizado e o mais credível possível na informação que nos fornece.

Motivação para a escolha do tema

A qualidade e segurança dos cuidados de saúde, são cada vez mais, uma prioridade das organizações nacionais e internacionais, dos prestadores e dos pagadores, dos profissionais e das pessoas doentes. Contudo, a conjuntura atual em Portugal e no mundo exige novas soluções e procura eficiência nos processos. O grande desafio está assim, em obter ganhos de eficiência sem comprometer a segurança e qualidade dos cuidados.

Enquanto membro de uma organização de prestação de cuidados de saúde internacional, a operar em Portugal, sou exposta a novas metas e objetivos, no sentido de conciliar ambos os princípios: Eficiência e Qualidade. Foi-me, pois, natural a escolha do tema a desenvolver e que irei expor posteriormente.

No que diz respeito a sermos cada vez mais a eficientes, reduzindo custos sem interferir na qualidade dos serviços prestados na área da Saúde, assim como trabalhar numa empresa multinacional que nos coloca metas e desafios constantemente, foram as principais razões que me levaram a desenvolver o tema que irei expor posteriormente.

O meu percurso profissional ao longo dos últimos 9 anos, que se foca essencialmente na área de gestão, contém em si mesmo uma necessidade constante de aprendizagem e de procura constante de otimização de recursos (materiais, humanos, tempo). Grande parte do meu trabalho assenta na gestão de materiais e produtos que sob o ponto de vista financeiro e económico, produzem um grande impacto na organização. Naturalmente “o meu trabalho”, por outros atores é realizado de modo semelhante em 37 clínicas em Portugal, onde necessidades e desafios semelhantes são sentidos. Sobretudo nos últimos anos, a organização sentiu a necessidade de standardizar alguns materiais e produtos, cujo objetivo principal era tornarmo-nos mais eficientes sem diminuir a qualidade de

cuidados prestados. Um dos pilares da standardização de produtos assentou no investimento realizado na standardização das práticas, sem a qual acredito seria necessário um esforço ainda maior e com resultados provavelmente menos previsíveis.

O propósito da minha investigação é compreender se com as medidas adotadas pela organização com os respetivos departamentos nomeadamente a direcção de enfermagem, o departamento de logística e clínicas, conseguimos cumprir o objetivo a que nos propusemos, ou seja, perceber o impacto na organização da standardização de produtos quer a nível económico, quer em termos de rentabilização de tempo para os profissionais sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados se verificou.

Estrutura da Tese

A tese está dividida em dois capítulos.

O primeiro capítulo trata do impacto na organização da standardização, incluindo os principais conceitos e todos os elementos adjacentes a este aspeto.

O segundo capítulo representa a base da dissertação, o estudo metodológico que inclui o estudo de campo efetuado com um conjunto de profissionais de saúde, para a auscultação de temas associados à standardização de produtos e serviços.

1 – Enquadramento teórico

Capítulo 1 - Impacto na organização da standardização

1.1 Contextualização e evolução histórica

A standardização forma a nossa vida profissional e privada e a inovação é a principal fonte de crescimento e bem-estar nas nossas economias. O desafio tanto para os tomadores de decisão na indústria e política, é um uso eficaz e eficiente de padronização e, especialmente desde que a visão tradicional sempre foi um dos padrões fundamentais.

O ponto-chave é que a standardização é um processo voluntário para o desenvolvimento de outros tipos de especificações baseadas em consenso entre as partes interessadas em si, ou seja, a indústria em primeiro lugar, mas também uma variedade de utilizadores, grupos de interesse e autoridades públicas (Safizadeh et al., 2008)

Em termos históricos, principalmente nos anos 80, as novas circunstâncias industriais criadas pelo crescimento da economia dos países emergentes do Leste Asiático como o Japão, e a industrialização das economias. Com a ascensão destes países emergentes, os EUA e a Europa foram instigados a reorganizar a sua competitividade para lançar novas políticas industriais, proteger os direitos da propriedade intelectual e da lei anti-truste. Estas políticas, foram introduzidas para reforçar os seus sistemas de inovação na competição global (Sandoff, 2005)

O uso cada vez maior de standardização consensual está intimamente ligado ao relaxamento da lei Anti-truste para promover a formação de firmas para a pesquisa conjunta e desenvolvimento.

No ano de 1985, a Comissão Europeia promulgou uma importante resolução, uma nova abordagem em matéria de harmonização técnica e de utilização da standardização. Para complementar o mercado interno no final de 1992, a Comissão Europeia propôs que os métodos e procedimentos fossem revistos. As standardizações nacionais foram

estabelecidas separadamente por cada país, embora tenha sido necessário a introdução de um padrão uniforme na Região Europeia.

Primeiro, na fase inicial da formulação de consenso, as partes relacionadas reúnem-se e chegam a um consenso sobre a questão de qual área de um produto (sistema) deve ser estandardizada. Existe uma variedade de áreas possíveis a serem estandardizadas, ou seja, interconectar áreas que necessitam de confiabilidade, áreas desejáveis de melhor eficácia e eficiência. (Sandoff, 2005; Zhou et al., 2009).

Uma vez que a configuração padrão é aplicada à área candidata, o conhecimento e know-how na área são revelados e tornam-se explícitos, embora esta tecnologia implícita costumava ser uma fonte de diferenciação. A área estandardizada é referida como uma área aberta.

1.2 A busca pela qualidade e pelo controle dos custos

Nos últimos anos, as empresas foram forçadas a rever e controlar eficazmente os seus custos (Douglas, 2009). Rasamanie e Kanapathy (2011) enfatizaram que o ambiente de negócios altamente competitivo e globalizado de hoje tornou-se uma ferramenta útil na monitorização e redução de custos, com a finalidade de permanecer competitivo.

Chopra e Garg (2011) referem que os custos da qualidade podem auxiliar a quantificar níveis de qualidade específicos e, melhorar a produtividade. Diversos estudos analisaram a medição de custos da qualidade e os níveis de qualidade.

No ano de 1993, Juran e Gryna (1993) assumiram que nas empresas de produção, os custos anuais de má qualidade foram de 15% das vendas e, nas empresas de serviços, 30% dos custos de produção.

Kent (2005) refere que os custos totais da qualidade situaram-se no ano de 2005, entre os 5 e os 15% do volume de negócios. A alta proporção de custos de qualidade na estrutura de custos globais da empresa confirma que a quantificação dos custos da qualidade não pode ser ignorada e, exige uma abordagem mais interdisciplinar.

A informação sobre o custo de qualidade é um insumo importante para a tomada de decisões de gestão (Hansen e Mowen, 2009). Tradicionalmente, os custos de qualidade

foram limitados aos custos de inspeção e testes de produtos acabados. Outros custos de má qualidade eram geralmente classificados como custos indiretos e não foram tratados como custos de qualidade

Segundo Omurgonulsen (2009), apenas os custos de qualidade não melhoram a qualidade. A implementação de custos de qualidade fornece entrada e feedback para a os sistemas de qualidade que são responsáveis pela melhoria da qualidade (Tsai e Hsu, 2010).

Pires et al. (2013) constataram que a maioria das empresas portuguesas com certificação de sistemas ISO não identificam de forma explícita, e separada os custos relacionados com a qualidade na gestão e, portanto, são incapazes de gerir melhorias.

A medição de custos de qualidade deve fazer parte integrante do programa de gestão da qualidade de uma empresa (TYe et al., 2011). É necessário apresentar os custos da qualidade sob a forma de linguagem, para que os membros da alta gestão possam comunicar os benefícios de forma clara e eficaz (Yang, 2008).

No entanto, Sansalvador e Brotons (2013) afirmam que um dos principais problemas com a estimativa de custo de qualidade é a existência de custos ocultos de qualidade, cuja quantificação é incerta e subjetiva.

De acordo com Sedevich Fons (2012), apesar do facto dos diretores recorrerem a sistemas de contabilidade e custos de qualidade, para apoiar os processos de tomada de decisão, estas ferramentas de controlo de gestão são frequentemente utilizadas de forma separada, promovendo a ineficácia e ineficiência.

Yang (2008), Chiadamrong (2003) e Cheah (2011) salientam que o sistema tradicional de contabilidade / custeio é inadequado para a necessidade de acompanhar os custos da qualidade.

Para Peršip e Jankovič (2006) a gestão do custo da qualidade deve ser com base no pressuposto de que, a curto prazo, os custos da não-qualidade devem ser reduzidos e a longo prazo, eles devem ser eliminados porque o cliente é que não está disposto a pagar mais. Ao mesmo tempo, deve-se levar em conta que os produtos de qualidade que

chegam ao mercado ameaçam o negócio a longo prazo da empresa, bem como a sua sobrevivência no ambiente cada vez mais competitivo.

Portanto, a administração da empresa tem que introduzir programas de qualidade, com a finalidade de melhorar a qualidade dos produtos e os processos de negócios, enquanto a contabilidade de custos precisa de fornecer a base metodológica e as ferramentas para gerir os custos de qualidade (TYe et al., 2011)

Os mesmos autores afirmam que os resultados de uma implementação e controlo de qualidade de programas de qualidade são baseados em dados confiáveis, quantidade, estrutura e carácter de todas as categorias de custos de qualidade. Como não há contas especiais para registrar os custos da qualidade, é importante garantir um sistema que possa extrair estes custos de contas existentes, onde estão escondidos e são causados por atividades relacionadas com o programa de introdução de qualidade (Cheah, 2011).

1.3 Interação entre standardização e a personalização

Gerir com eficácia a satisfação do atendimento ao cliente e, ao mesmo tempo melhorar a lealdade foi abordada por profissionais de marketing e gestão (Blut et al., 2015; Rust e Chung, 2006; Zeithaml et al., 1996).

Diversos estudos, identificaram a existência de um nível mais alto de satisfação do cliente, o que conduz a uma maior lealdade e fidelização bucais (Yoo et al., 2015; Guo et al., 2009; Lai et al., 2009).

O aumento da concorrência na comercialização de produtos e serviços forçou as empresas a pensar nas estratégias de diferenciação com a finalidade de atrair e fidelizar os clientes. A principal diferenciação de estratégias que têm sido utilizadas pelas empresas é a personalização de produtos para atender às necessidades do cliente (Beatty et al., 2015; Tam e Ho, 2005).

A personalização, em particular, tornou-se cada vez mais popular em comparação com a standardização, porque a personalização permite que os consumidores especifiquem os produtos que são adequados aos seus desejos (Jin et al., 2012).

Jin et al. (2012) demonstram no seu estudo que os operadores de pacotes turísticos geralmente adaptam as viagens para atender às necessidades e requisitos pessoais dos viajantes. A standardização tem sido usada para aumentar a comparabilidade e a credibilidade das avaliações económicas e como meio de determinar os custos decrescentes e aumento da produtividade (Krol et al., 2013).

A standardização é definida como o processo de configuração geral das características uniformes para um determinado bem ou serviço. É, geralmente utilizada no controlo de gestão, previsão e minimização de erros, bem como reduzir os desvios entre os funcionários (Jones et al., 1994).

A standardização também fornece um meio de manter a confiabilidade e estar livre de defeitos. Outros benefícios associados com a standardização são a facilidade de contratação, monitorização de execução e preços na prestação de serviços, aumento da proteção dos consumidores, e aumento da confiança e satisfação dos consumidores.

Pelo contrário, o produto ou serviço personalizado é definido no contexto onde um novo produto tem variações nas configurações existentes. Assim, os clientes expressam as suas necessidades em consonância com os seus requisitos específicos e isso pode ajudar os profissionais de marketing a atender exatamente as necessidades específicas dos clientes (Wind e Rangaswamy, 2001)

Ding e Keh (2016) investigam os prós e contras da standardização de serviços (vs. customização) da perspectiva do consumidor. Os autores identificaram que as vantagens da personalização do serviço incluem maior controlo percebido e maior satisfação do consumidor.

As desvantagens da personalização do serviço incluem maior perceção de risco. Estas descobertas sugerem que a preferência dos consumidores por um (vs. personalizado) serviço depende do seu objetivo de consumo. Especificamente, os consumidores com um objetivo hedónico (objetivo com foco no prazer) tendem a preferir serviços personalizados, enquanto aqueles com um objetivo utilitarista (meta com foco funcional) tendem a preferir serviços standardizados (Ding e Keh, 2016).

1.4 Estandarização como benefício da redução de custos no domínio da saúde

Atualmente, o desenvolvimento de normas e regras técnicas nas instituições, tanto públicas como privadas é um elemento essencial da infraestrutura económica de uma nação e influência muito a sua competitividade, capacidade e estratégica das empresas. O aumento da globalização tem mudado dramaticamente o ambiente de negócios internacional.

De acordo com Berwick, o triplo objetivo do sistema de saúde deve ser melhorar a experiência individual, melhorar a saúde em geral e reduzir o custo da prestação de cuidados.

É pertinente referir que na ausência de planos de tratamento atualizados, as novas evidências que possam contribuir para melhores resultados ou redução na utilização de recursos desnecessários numa diretriz existente podem ser desconhecidas para os fornecedores. Outras limitações à implementação consistente de tais directrizes, são a variabilidade nas condições do paciente, necessitando de alterações nos diagnósticos ou terapêuticos recomendados pelo algoritmo. A implementação bem-sucedida e a função dos algoritmos de atendimento dependem da criação e do suporte contínuo da infraestrutura necessária para abordar os elementos do plano de cuidados. No entanto, melhorar a qualidade do atendimento deve sempre ter a intenção de otimizar os gastos para gerar valor (Algaze et al., 2016).

O estudo realizado por Ralston et al. (2016), envolveu 21 hospitais e, os fornecedores utilizaram uma via de consenso para pacientes com bronquiolite e demonstraram uma redução na utilização de recursos a partir de medições pré-implementação, incluindo o uso de broncodilatador (29%), uso de esteróides (68%), radiografia ao tórax (44%) e tempo de permanência (5h). Embora a redução de custos provavelmente possa ser assumida, nenhum dado de custo específico foi analisado.

Noutro estudo, uma via clínica para asma usada num hospital pediátrico terciário foi introduzida numa unidade pediátrica de um hospital comunitário adulto com conjuntos de pedidos estandarizados. Os dados de custos identificaram uma redução pré-pós nos custos por paciente (Dayal & Alvarez, 2015).

As diversas oportunidades para a redução de custos em condições específicas foram identificadas em diversas configurações individuais. Ao utilizar a estrutura para a estandardização do tratamento da bronquiolite, Akenroye et al. (2014) implementou um algoritmo para a redução da utilização desnecessária de recursos no departamento de emergência e, avaliou-o em 2929 pacientes com diagnóstico clínico de bronquiolite em mais de seis meses. Os custos totais incluíam os custos de internamento se os pacientes não recebessem alta do hospital. Em comparação com a prática pré-implementação, foram identificadas reduções nos custos de radiografias de tórax (-21%), teste de VSR (-11%) e uso de medicamentos para aerossóis (-6%). O custo médio total por paciente foi reduzido em 2 anos.

O papel da estandardização através de mudanças no processo pode desempenhar um papel valioso na redução de custos sem alterar a própria gestão. Baker et al. (2016) utilizou uma abordagem estandardizada para a alta de pacientes dependentes de ventilação, criou alternativas para facilitar o ensino em equipa e a comunicação que conduz à alta. O autor ao comparar estes pacientes com um grupo pré-intervencionado, determinou que a melhoria do processo reduziu o tempo de permanência na unidade de cuidados respiratórios em 56% e em 42% para o tempo total de internamento hospitalar.

Lindgren et al. (2016) abordou a redução de custos para terapia comportamental para crianças com autismo, comparou três abordagens diferentes para modificação comportamental, incluindo terapia domiciliar, telessaúde doméstica e telessaúde baseada em clínica. Os resultados do tratamento não variaram, mas os custos totais de instalação, fornecedor e família foram reduzidos num mínimo de 49% por período de tratamento. Outra oportunidade para reduzir custos é o uso de listas de verificação e apoio à decisão para limitar a utilização de testes laboratoriais desnecessários (Lindgren et al., 2016).

É possível, através de algumas considerações dos autores, determinar os benefícios da estandardização na saúde:

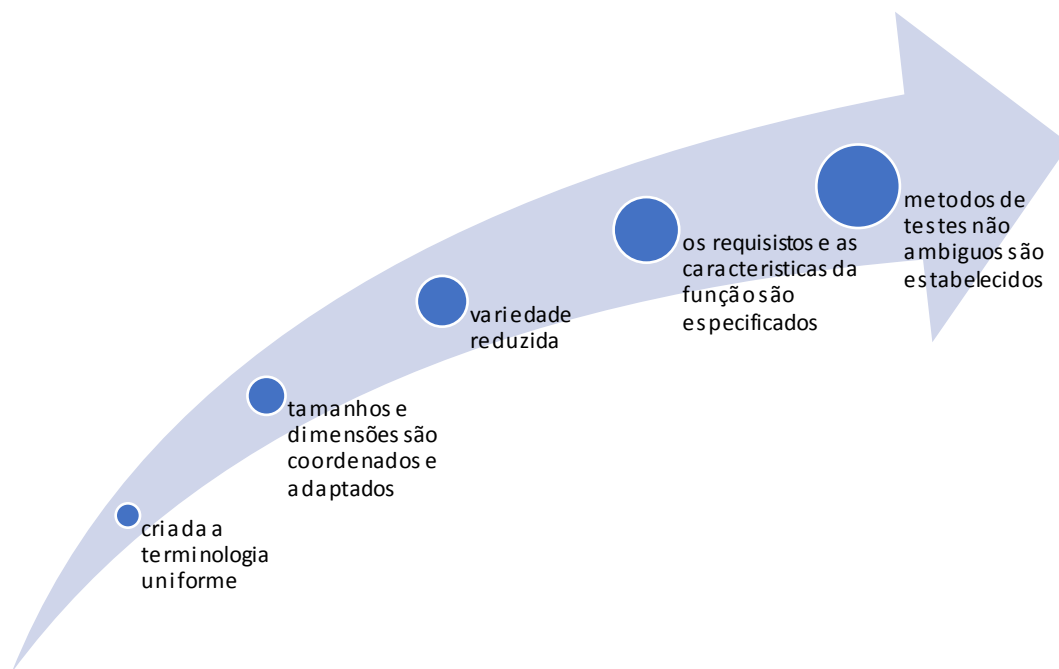


Figura 1 - benefícios da padronização na saúde

Para os padrões do produto, os benefícios podem ser amplamente resumidos de acordo com a redução de variedade, permutabilidade e disponibilidade, ou seja, os efeitos da redução de variedade são bem conhecidos e podem ser avaliados em termos de numerário, tendo devidamente em conta os efeitos adicionais de redução de custos em atividades médicas desnecessárias (Timmermans & Epstein, 2010)

A intercambialidade como resultado da padronização leva a maior produtividade e menores custos de fabricação. Estes benefícios são passados aos utilizadores como resultado do aumento da concorrência. A intercambialidade também é muito importante para a montagem, instalação, manutenção e reparação de equipamentos. Da mesma forma, tempos de espera mais curtos e menos capital que fica do lado do paciente (Brunsson et al., 2012).

Uma abordagem importante para reduzir o custo dos cuidados aos pacientes é diminuir a variação desnecessária nos cuidados que existem entre regiões, hospitais e fornecedores. Normalmente, a variabilidade é vista em termos de acesso desigual aos cuidados e subsequentes disparidades em saúde (Baker et al., 2016)

A variabilidade também pode ser vista diretamente em termos de custos. Este conceito é destacado por Garland et al. (2006, pp.1206-1210).

Ao utilizar os dados clínicos e administrativos de uma unidade de terapia intensiva médica acadêmica composta por vários médicos, os autores demonstram uma ampla variabilidade de fornecedores em custos variáveis ajustados. A identidade do médico foi responsável por mais de dois por cento da variabilidade nos custos. Isto pode parecer uma pequena quantia, no entanto, a gravidade da doença representou apenas sete por cento dos custos de variação, e na pesquisa econométrica é frequente o caso de todo o modelo representar apenas dez por cento ou menos da variação no custo dos cuidados de saúde.

1.5 A importância do controlo interno nos hospitais

O controlo interno é um aspeto crucial do sistema de governança de uma organização e a capacidade de efetuar a gestão de risco, sendo fundamental para apoiar a consecução de objetivos de uma organização e proteger o valor das partes interessadas. É um elemento-chave da confiabilidade dos relatórios financeiros, eficaz e eficiente. Este controlo aumenta a eficiência das operações e aplica os procedimentos padronizados, ou seja, agrega valor aos processos de controlo, definições padrão de processos e regulamentos de regras (Andrade et al., 2010).

Por outras palavras, impede a entidade de qualquer perda financeira ou patrimonial, tomada de decisão imprecisa, fraude, perda de renda e falha na consecução de objetivos que possam resultar da falta de controlos internos.

O papel do controlo interno, portanto, oferece suporte para a gestão na empresa, da salvaguarda de ativos, eliminação de qualquer renda e perda de recursos, e evitar a fraude.

Maior parte das empresas sejam públicas ou privadas têm como objetivo o bom funcionamento de um sistema de controlo interno e que esteja de acordo com as necessidades que são impostas pela realidade económica e social, embora possam por vezes ocorrer erros, irregularidades ou fraudes.

Tal como dito anteriormente, o organismo que deu maior ênfase ao conceito de controlo interno foi o AICPA, embora tenham sido desenvolvidos outros modelos como é o caso do Modelo COSO (*Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*), que consagra que o controlo interno representa um processo seguido pelo Conselho de Administração, Direção e outros membros da organização com vista a garantir um grau de confiança razoável na realização de vários objetivos como: (Morais & Martins, 2007, pp.30-31).

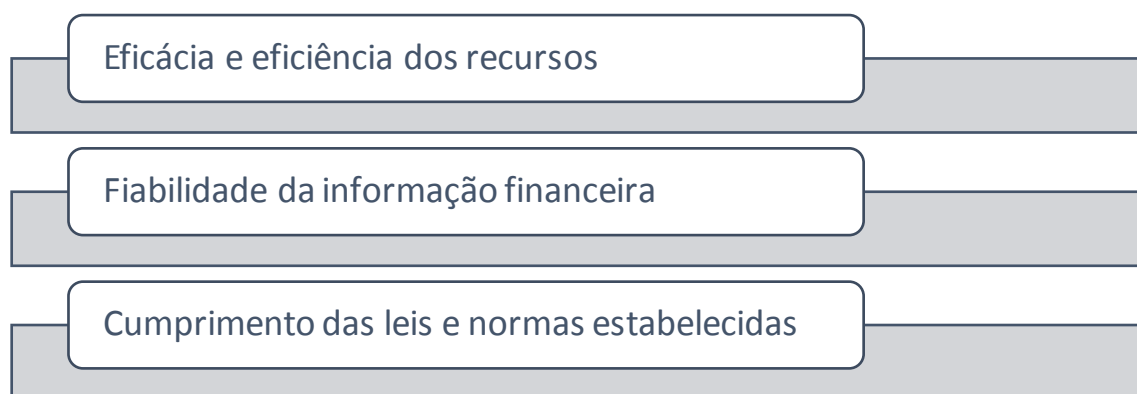


Figura 2 – Objetivos do Modelo COSO

Segundo Vieira (2007) o controlo interno deve apresentar uma grande amplitude e ser acessível a todos os funcionários da instituição, para que seja possível assegurar o conhecimento acerca de todo o processo e responsabilidades atribuídas aos diversos níveis da organização. Assim, deve ser capaz de prever a definição de responsabilidades dentro da instituição, a segregação das atividades atribuídas aos membros da instituição com a finalidade de evitar qualquer tipo de conflito de interesses, bem como identificar e avaliar os fatores internos e externos que possam afetar a realização dos objetivos e metas da organização.

1.6 Deficiências/Problemas de Controlo de Qualidade

Segundo Costa (2010) a implementação de um sistema de controlo de qualidade representa uma das mais importantes responsabilidades do órgão de gestão de qualquer empresa. No entanto, podem não ser atingidos os objetivos iniciais. O mesmo significa

que a existência de um SCI não é garantia de que seja operacional, eficaz e eficiente. Podem ocorrer erros, irregularidades e fraudes.

De acordo com o artigo 13º da DRA 410, o CQ pode proporcionar algumas limitações relacionadas com o controlo de qualidade e, essas limitações integram o não interesse por parte da gestão na implementação e manutenção de um bom SCI; a dimensão da entidade e o não interesse/envolvimento de todos os trabalhadores no objetivo comum; a faculdade para erros humanos devidos à falta de cuidado, distração, erros de julgamento ou má compreensão das instruções; a possibilidade de se iludirem os controlos internos através do conluio de um membro da gestão ou de um empregado com terceiros, fora ou dentro da entidade; a eventualidade de uma pessoa responsável pelo exercício de um CI poder fazer mau uso dessa responsabilidade; a maioria dos controlos tender a dirigir-se a transações de rotina, e não a transações fora de rotina; e análise de custo/benefício (DRA, 410).

A maior parte das deficiências nos controlos de qualidade internos estão relacionados com os sistemas de procedimentos financeiros. Envolve processos de encerramento financeiro ou mesmo os processos de inventário. Neste caso concreto poder-se-á exemplificar no caso em que uma empresa divulgou a existência de problemas com a conceção e eficácia dos controlos internos relativos a créditos de fornecedores, os quais são classificados como a segunda maior fraqueza. Esta categoria está relacionada com a segregação de funções, pessoal inadequado ou outros problemas de formação ou supervisão relacionados¹.

Outros tipos comuns de deficiências incluem a receita, o reconhecimento, documentação e sistema de TI e controlos como a segurança e acesso, backup e problemas de recuperação de documentos. Além disso, as questões relacionadas com as operações internacionais, fusões e aquisições são fontes de divulgação de alguma fraqueza, embora representam uma percentagem relativamente pequena de todas as deficiências e problemas de controlo de qualidade interno².

¹ Abbott, L., Parker, S., Peters, G. "Audit committee characteristics and restatements.", *Auditing: A Journal of Practice and Theory* 23 (1), 2004.

² Doyle, J., Ge, W., McVay, S. „Accruals quality and internal control over financial reporting. Working paper”, Utah State University, University of Washington, and New York University, 2006.

A qualidade do serviço relaciona-se com o atendimento das necessidades dos clientes, e a "qualidade de serviço percebida" para entender os consumidores. Grönroos (1984) e Parasuraman (1985) analisam a qualidade de serviço percebida como a diferença entre a expectativa dos clientes e as suas percepções sobre o serviço efetivo recebido. Os pesquisadores analisam a qualidade do serviço percebido como uma abordagem. Arnould et al., definiu a qualidade percebida ", quer através da referência a um produto ou serviço "como" a decisão avaliadora dos consumidores sobre a superioridade geral de uma entidade na prestação de benefícios preferidos ". Hoffman & Bateson define a qualidade do serviço como uma atitude "formada por um longo prazo, avaliação geral de uma performance ".

Os processos internos e operacionais dos hospitais são um importante motor de resultados financeiros e clínicos. As duas dimensões de qualidade de conformidade e qualidade experiencial, são o percentual de pacientes que recebem os cuidados mais adequados, baseados em evidências, atendendo aos seus cuidados médicos, condição e percepções dos pacientes sobre a medida em que os prestadores de cuidados os envolvem no processo de cuidados. Assim, a qualidade da conformidade mede o nível de adesão aos padrões de cuidados baseados em evidências alcançados pelos hospitais.

Do ponto de vista da gestão de operações, a conformidade e a qualidade experiencial, que ocorrem durante o atendimento, são medidas de qualidade do processo (Flynn et al., 1995, Choi e Eboch 1998). Estas são distintas das medidas dos resultados clínicos, como o comprimento de permanência e readmissões que podem ser influenciadas pela qualidade do processo.

A maior parte dos pesquisadores de saúde têm defendido a importância das dimensões individuais da conformidade e qualidade experiencial no desempenho clínico e de custo.

Battleman et al. (2002) analisaram a relação entre a qualidade de conformidade e os resultados clínicos, na forma de comprimento de internamento, enquanto Boulding et al. (2011) investigaram a relação entre a qualidade experiencial e os resultados clínicos, sob a forma de taxas de readmissão.

Da mesma forma, Jha e et al. (2009) estudam o custo das consequências da qualidade de conformidade, enquanto Bechel e et al. (2000) investigam o custo das consequências da

qualidade experiencial. No entanto, as diversas limitações existem neste fluxo de pesquisas. Por exemplo, alguns estudos sofrem de uma pequena limitação de amostra (Bechel et al, 2000, Battleman et al., 2002), ou uma incompatibilidade entre prazos em toda a qualidade do processo e desempenho (Jha et al. 2009, Boulding et al. 2011). Estes estudos também não conseguem analisar como as dimensões da qualidade do processo afetam tanto o custo clínico quanto o custo geral.

Redefinindo a concorrência nos cuidados de saúde, o artigo de revisão de saúde, de Porter e Teisberg, foca os tipos errados de competição. Neste caso, os pagamentos agregados funcionam como o motor que, motiva as equipes de fornecedores a trabalhar em conjunto para entender os custos reais de cada fase em todo o processo de cuidados e, aprender a melhorar as atividades.

Ao incentivar a concorrência para o tratamento de condições individuais com base na qualidade e no preço, os pagamentos associados também recompensam os fornecedores a standardizar os cuidados, eliminando serviços e terapias que não conseguem melhorar os resultados, enfatizar as suas habilidades e fornecimento de cuidados nas instalações certas.

As medidas de qualidade avaliam os cuidados no continuum completo da prestação de cuidados de saúde, ao nível individual, médicos até o nível dos planos de seguro de saúde. Centenas de medidas de qualidade diferentes são usadas em cuidados com a saúde. Essas medidas geralmente dividem-se em quatro categorias amplas: (Smith et al., 2012)

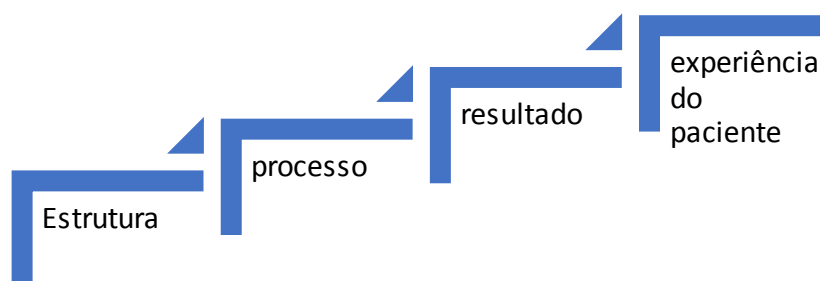


Figura 3 - medidas de qualidade avaliam os cuidados no continuum completo da prestação de cuidados de saúde,

A estrutura avalia as características de configuração do cuidado, incluindo as instalações, pessoal e/ou políticas relacionadas com a prestação de cuidados. Uma unidade de terapia intensiva possui um especialista em cuidados intensivos.

No processo, determina-se os serviços prestados aos pacientes e se são consistentes com os cuidados clínicos de rotina. Um médico, garante que os seus pacientes recebam os exames recomendados a tempo quase imediato para efetuar os tratamentos.

O resultado avalia a saúde do paciente, como resultado do cuidado recebido. A taxa de sobrevivência dos pacientes que sofrem um ataque cardíaco.

A experiência do paciente fornece o feedback sobre as experiências dos cuidados aos pacientes.

A eficiência, representa a otimização dos recursos disponíveis para o máximo de resultados e na adequação do serviço, inputs que se relacionam com os resultados e a utilização de tecnologia disponível para a excelência de cuidados aos pacientes (Starr et al., 2009)

A orientação para o pessoal é importante pelo facto do grau de qualificação do pessoal para os cuidados necessários, pela oportunidade de formação e aprendizagem contínua, que corresponde a satisfação dos clientes (Lavis et al., 2010).

Por outro lado, a estrutura de gestão responsiva representa o grau de responsabilidade do hospital em resposta às necessidades da comunidade, assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados, bem como a promoção da saúde e a inovação.

A satisfação dos pacientes nos cuidados de saúde teve origem num importante componente e medida de qualificação dos cuidados alguns anos atrás. Atualmente, a ênfase é dada através da qualidade do atendimento e a medição dos resultados, os quais conduziram ao aumento da apreciação do significado das percepções dos pacientes. Assim, a satisfação do paciente representa uma preocupação crucial na garantia da qualidade e no resultado esperado do serviço, com base numa constante redução de custos.

A satisfação do paciente é tão importante quanto as medidas de resultado convencionais, como a mortalidade ou o estado funcional e, portanto, um parâmetro-chave que se reflete na qualidade de Cuidado (Cleary et al., 1993). Como resultado, as organizações de saúde percebem a satisfação do paciente como um fator que desempenha um papel crítico num mercado de saúde competitivo

Como a satisfação é de natureza multidimensional, não há consenso sobre exatamente qual os domínios mais importantes e que devem ser incluídos nas pesquisas. A satisfação do paciente é muitas vezes tratada como uma medida de resultado (satisfação com o status de saúde após o tratamento) e, às vezes, como medida de processo (satisfação com a forma como o cuidado entregue)

Atualmente, e tendo em conta a concorrência externa e rígida regulamentação do setor privado da saúde, é cada vez mais necessário a adoção de sistemas de gestão da qualidade. Sem estes sistemas, as organizações não irão suportar os custos que provêm dos serviços de má qualidade.

Outras mudanças de pagamento que foram propostas ou implementadas num esforço para reduzir infeções, complicações e readmissões não são tão efetivas quanto à mudança de incentivos como um verdadeiro pagamento de episódios de cuidados que inclui uma garantia limitada. Por exemplo, os sistemas de pagamento por desempenho que dão incentivos aos hospitais para reduzir as infeções, não alteram o sistema de pagamento subjacente e as suas recompensas por fornecer mais serviços. As regras do Medicare que excluem as infeções adquiridas no hospital a partir da fórmula do grupo relacionado ao diagnóstico (DRG), não impedem que os hospitais sejam pagos pelas complicações decorrentes dessas infeções ou recebendo pagamentos atípicos para esses casos (Veillard et al., 2011).

Em contraste, se um hospital e um médico se comprometerem a uma "garantia limitada", semelhante ao que foi feito pelo Geisinger Health System através do seu programa ProvenCare (Casale et al., 2007), têm um incentivo financeiro e de qualidade para melhorar, e eles também podem anunciar a garantia aos pacientes e pagadores como um sinal de cuidados de alta qualidade.

Conforme mencionado anteriormente, o pagamento de cuidados abrangentes deve ser usado para condições como doenças crônicas, onde há preocupação com taxas de hospitalizações desnecessariamente altas. Também deve ser usado para condições em que há preocupação sobre o uso excessivo de certos tipos de procedimentos (por exemplo, cirurgia cardíaca versus administração médica de doença cardíaca). As áreas de subutilização, como a entrega de serviços de prevenção com impactos de longo prazo, podem ser melhor atendidas através de pagamento por serviço (Veillard et al., 2011; Kickbusch & Gleicher, 2012).

1.7 Políticas para Melhor Desempenho do Sistema de Saúde

Um debate importante na saúde global na última década tem preocupado o papel do Estado na saúde e a gestão de sistemas setoriais e de saúde (WHR 2000, p. 119; Saltman e Ferroussier-Davis 2000, p. 732; Reich 2002; Alvarez-Rosete 2008).

Por resultado, parte cresceu de um foco renovado na importância dos sistemas de saúde para melhorar a saúde da população (Durán et al. 2011; Hafner & Shiffman 2013), reconhecendo simultaneamente o crescimento e a diversidade das agências envolvidas na prestação de cuidados de saúde. Ao mesmo tempo, tem havido crescentes apelos para garantir que os serviços e o planejamento do setor de saúde sejam informados pelo uso rigoroso de evidências, e a literatura envolveu-se em determinar as estratégias para melhorar a captação ou uso de evidências sobre a performance na saúde (Kammen et al. 2006; Dobbins et al. 2009; Lavis et al. 2010).

No entanto, no quadro do setor de saúde em mudança, surgem dúvidas sobre qual o papel ou responsabilidade que é garantir que a política de saúde seja uma evidência, particularmente quando há mudanças de papéis de estado centralizados para os mais amplos e sistemas complexos de gestão do setor de saúde (Lavis et al. 2004; Starr et al. 2009; Brownson et al., 2009).

Na última década introduziram-se diversas abordagens para auxiliar os hospitais a melhorar a qualidade dos cuidados. Algumas dessas abordagens focam a competência profissional, através de normas clínicas, educação contínua dos médicos e a revisão da semelhança clínica e, por controlo externo, pela publicação de relatórios de

desempenho, abordagens organizacionais com base em experiências (Eggli & Halfon, 2003).

Em Portugal, o modelo de qualidade preconizado por Silva (2001) para todos os serviços públicos, considera o cliente como o juízo final, as pessoas, a melhoria continua, a inovação, a liderança e a consistência de objetivos. Embora os hospitais em Portugal se encontrem afastados deste modelo de qualidade total, têm vindo a demonstrar um crescente interesse e preocupação com a qualidade.

A estrutura da performance das práticas de satisfação hospitalares, está dividida em sub-dimensões, tais como, efetividade clínica, eficiência, orientação para o pessoal, estrutura de gestão responsiva, segurança e centralidade no cliente (Veillard, et al., 2005: 490).

A efetividade diz respeito à produção de resultados clínicos satisfatórios e com benefícios para o cliente, tendo em conta a conformidade do processo de cuidados, resultado de processo de cuidados.

A eficiência, representa a otimização dos recursos disponíveis para o máximo de resultados e na adequação do serviço, inputs que se relacionam com os resultados e a utilização de tecnologia disponível para a excelência de cuidados aos pacientes.

A orientação para o pessoal é importante pelo facto do grau de qualificação do pessoal para os cuidados necessários, pela oportunidade de formação e aprendizagem contínua, que corresponde a satisfação dos clientes.

Por outro lado, *a estrutura de gestão responsiva* representa o grau de responsabilidade do hospital em resposta às necessidades da comunidade, assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados, bem como a promoção da saúde e a inovação.

O estudo de Tarí, Molina e Castejón (2006) analisou a relação entre a gestão da qualidade e a performance em 106 empresas certificadas em Espanha, tendo em atenção os resultados do modelo EFQM. Os resultados do estudo demonstraram a existência de uma relação entre as práticas da qualidade e o impacto positivo dessas práticas nos resultados da qualidade.

1.7.1 Legislação

No que se refere aos preços em vigor em Portugal, relativamente à área de diálise, o Despacho n.º 7001/2002, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 79, de 4 de abril, foi aprovado o clausulado -tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise que consta em anexo ao referido despacho.

O clausulado -tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise sofreu, entretanto, as alterações introduzidas pelo Despacho n.º 4325/2008, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 19 de fevereiro.

Por seu turno, o Despacho n.º 19109/2010, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 249, de 27 de dezembro, veio estabelecer as condições da inclusão dos acessos vasculares no preço compreensivo. Posteriormente, o Despacho n.º 47 -A/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 1, de 3 de janeiro, em complemento do despacho anterior, veio estabelecer as regras a que deve obedecer a realização e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise, determinando um preço compreensivo alternativo para as situações em que os acessos vasculares não sejam assegurados pelas entidades convencionadas.

1.8 Impacto da efetividade da standardização de produtos

Além da transferência de conhecimento da pesquisa sobre a standardização, os próprios padrões podem servir como condições de enquadramento para a próxima geração de pesquisa. Isto é especialmente o caso de terminologia e padrões de classificação na área de pesquisa básica.

Qualidade, saúde e as normas de segurança são cruciais para a introdução no mercado, restringindo possíveis riscos de tecnologias e produtos. Finalmente, os padrões de compatibilidade podem promover a difusão de novas tecnologias e produtos, especialmente nas indústrias de rede. Em todas essas dimensões, as normas podem suplementar ou complementar os regulamentos governamentais (Goluchowicz e Blind 2011)

A medição do desempenho oferece aos decisores políticos a oportunidade de garantir a melhoria do sistema de saúde e a prestação de contas. O seu papel é melhorar a

qualidade das decisões tomadas por todos os atores do sistema de saúde, incluindo pacientes, profissionais, gestores, governos em todos os níveis, seguradoras e outros pagadores, políticos e cidadãos como financiadores (Hanney et al., 2011)

Os recentes avanços importantes em tecnologia da informação e necessidades crescentes de prestação de contas do sistema de saúde e da escolha do paciente tem impulsionado rápidos avanços na saúde e na medição de desempenho do sistema, que contribui para a redução de custos na saúde. Os sistemas de saúde, no entanto, ainda estão nos estágios relativamente iniciais de medição de desempenho e são necessárias ainda grandes melhorias na análise, metodologias e desenvolvimento de políticas e implementação (Dobbins et al. 2009; Lavis et al. 2010).

O primeiro requisito de qualquer sistema de medição de desempenho é formular uma estrutura conceitual robusta dentro da qual, as medidas de desempenho podem ser desenvolvidas. As definições de indicadores de desempenho devem então satisfazer um certo número de critérios, como validade aparente, reprodutibilidade, aceitabilidade, viabilidade, confiabilidade, sensibilidade e validade preditiva.

Além de prestar atenção a estas considerações técnicas, os decisores políticos devem prestar atenção ao contexto político e organizacional, dentro do qual os dados de desempenho devem ser colhidos e disseminados

1.8.1 Em Portugal

Ao nível nacional, existe uma posição favorável na publicação anual *Health at a Glance*, relativamente ao ano de 2017, divulgada pela OCDE. Portugal, apresenta indicadores com resultados bastante positivos, ou seja, está colocado numa posição acima da média da OCDE.

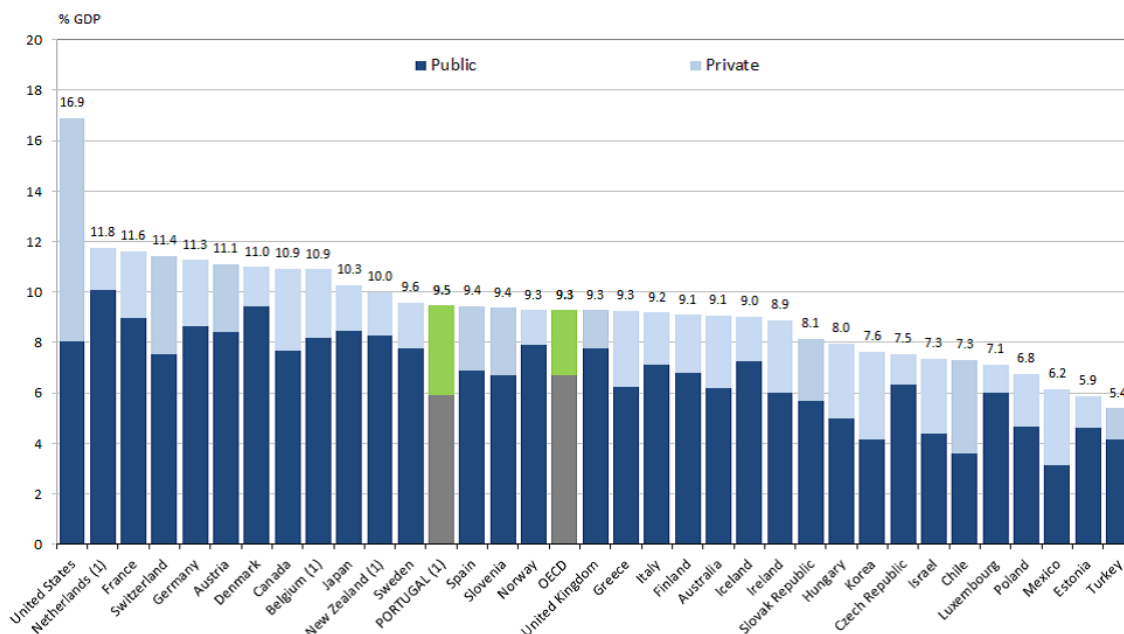


Figura 4 – tendências dos indicadores nos diversos países

Na análise da evolução de um conjunto de indicadores ao longo do tempo, observam-se igualmente tendências positivas. Destaca-se os seguintes indicadores:

*Estado de saúde:

Neste domínio, Portugal apresenta valores próximos da média da OCDE. Há uma esperança de vida aos 65 anos, mortalidade por principais causas e doenças mentais,

No caso da prevalência da demência, em que a média da OCDE é de 14,8/1.000 habitantes, em Portugal este valor atinge 19,9/1.000 habitantes, surgindo assim no quarto lugar com mais casos, atrás de Alemanha, Itália e Japão. A diabetes apresenta igualmente valores acima da média da OCDE, correspondendo a 9,9 % da população de 20-79 anos. O gráfico seguinte demonstra a percentagem de pessoas com demência, sendo que Portugal é o quarto país da OCDE com maior taxa de demência.

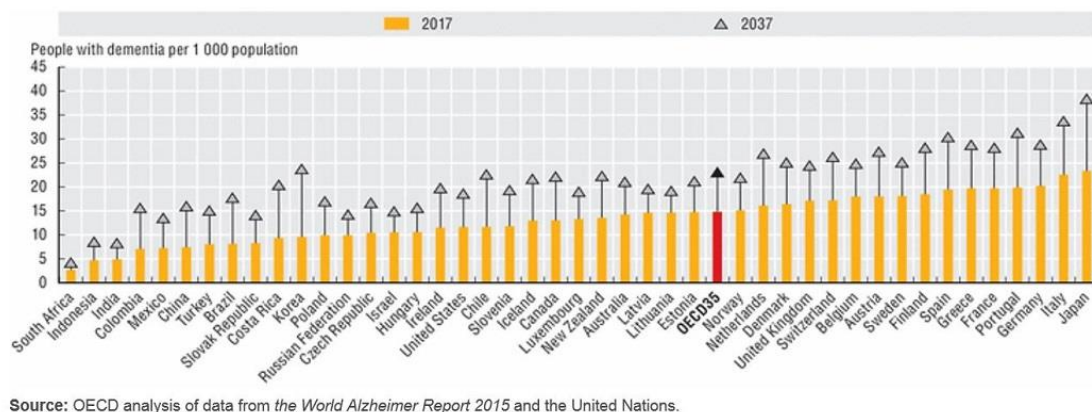


Figura 5 - percentagem de pessoas com demência

*Fatores de risco para a saúde

Dos indicadores disponíveis neste domínio, Portugal apresenta resultados favoráveis no consumo de tabaco (16,8 % de população que fuma diariamente, que comparam com os 18,4 % da média da OCDE); de álcool (9,9 litros, que comparam com a média de 9,0 da OCDE, tendo em consideração que o valor do ano 2000 foi de 11,9 litros per capita); na obesidade (16,6 %, contra 19,4 % da média da OCDE) e poluição do ar (24PM2.5, face a 68PM2.5).

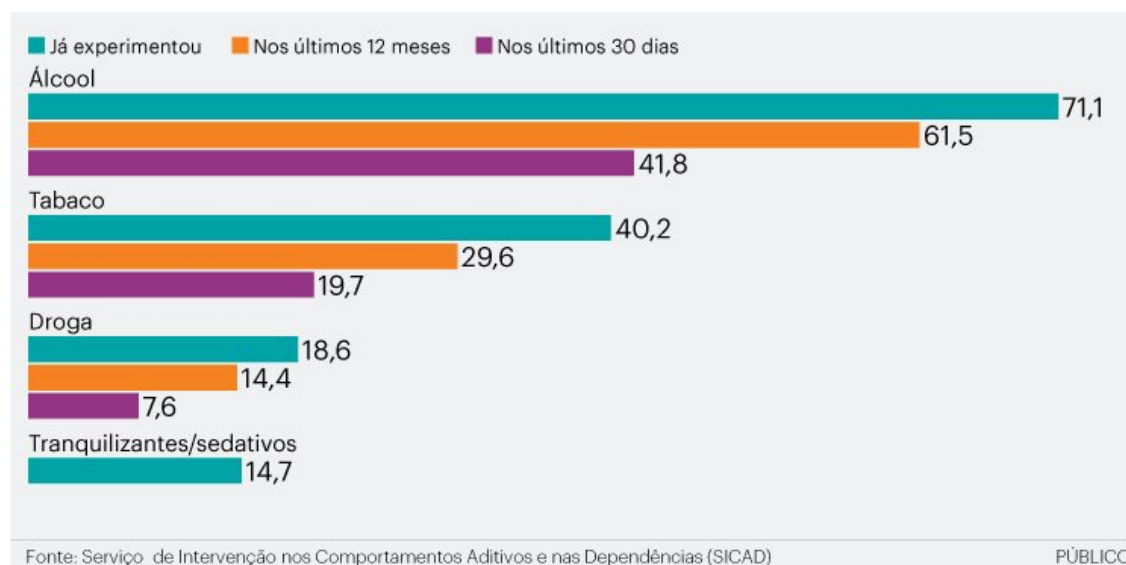


Figura 6 – indicadores de álcool, tabaco, drogas e tranquilizantes

***Acesso a Cuidados de Saúde**

Portugal apresenta valores favoráveis, relativamente à média da OCDE, nos principais indicadores neste domínio: cobertura da população em cuidados de saúde; tempo de espera para cirurgia às cataratas; consultas não efetuadas devido ao seu custo.

O valor do indicador «percentagem do consumo das famílias destinada aos cuidados de saúde» (despesas diretas com saúde nas famílias portuguesas, as chamadas despesas out-of-pocket, é ligeiramente mais desfavorável a Portugal (3,8 %), sendo o valor médio da OCDE de 3,0 %.

***Qualidade dos cuidados de saúde**

Portugal mantém valores próximos da média da OCDE nos indicadores de qualidade destacados: admissões hospitalares por asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), prescrição de antibióticos, mortalidade por enfarte agudo do miocárdio (EAM), complicações cirúrgicas, sobrevivência por cancro do cólon e trauma obstétrico, cobertura vacinal. Evidencia-se, em particular, em dois deles: internamentos por asma e DPOC – Portugal ocupa a terceira posição, num total de 34 países observados; trauma obstétrico – Portugal ocupa a quinta posição num total de 21 países observados.

***Recursos em Saúde**

Do conjunto de indicadores selecionados para este domínio, Portugal apresenta valores próximos e, em vários deles, superiores à média da OCDE. Veja-se as despesas totais per capita (2.734,0 USD por habitante), médicos por 1.000 habitantes (3,4) e enfermeiros por 1.000 habitantes (6,3).

Relativamente ao indicador «número total de médicos per capita», Portugal ocupa a terceira posição no total de 35 países. São ainda de destacar os seguintes indicadores:

Mamografias em mulheres de 50-69 anos – Portugal ocupa o segundo lugar, em 33 países, com uma evidente melhoria desde 2005;

Embolismo pulmonar pós-operatório e trombose de veias profundas em cirurgias de anca e joelho – Portugal sagra-se em segundo lugar num conjunto de 14 países;

Sépsis pós-operatória em cirurgias abdominais – O País fica em quinto lugar, num conjunto de 14 países;

Consumo regular de fruta em adultos – Portugal ocupa a quarta posição entre 32 países.

Ao longo dos anos, uma lista de indicadores de qualidade foi desenvolvida por um Grupo de Peritos da OCDE, permitindo comparações de sistemas de saúde [25 , 27 , 28]. Todos os países da OCDE são solicitados a cada dois anos pela OCDE a fornecer dados nacionais sobre os indicadores de qualidade para fins de benchmarking internacional. O conjunto de indicadores atualmente cobre indicadores para atendimento de condições crônicas e exacerbação aguda, prescrição, segurança do paciente, transtornos mentais, câncer e experiências de pacientes com atendimento ambulatorial. Este é um conjunto único de indicadores, particularmente devido ao consenso internacional sobre a seleção e ao compromisso dos Ministérios da Saúde de relatar regularmente dados nacionais de qualidade à OCDE.

2 – Estudo metodológico

2.1 Opções metodológicas

Vários artigos fazem referência à necessidade da existência nas organizações da standardização com vista a aumentar a eficiência, identificando como sendo uma ferramenta de melhoria continua.

A standardização ajuda a reduzir, simplificando e organizando questões que estão aptas a tornar-se diversificadas e complicadas. É um processo de formulação, emissão e aplicação das normas criando valor a vários níveis. Pode ser aplicada em várias vertentes, no entanto é necessário ter em atenção, que o que é aplicável numas circunstâncias, poderá não ter os mesmos resultados aplicado noutras situações semelhantes.

A eficiência e a Qualidade são dois conceitos que tendem a “caminhar juntos”. Podemos dizer que “eficiência: é atingir o resultado com um mínimo de perda de recursos, isto é, fazer o melhor uso possível do dinheiro, do tempo, materiais e pessoas.” (Dicionário Informal).

A “Qualidade é a adequação ao uso. É a conformidade às exigências”, contudo, quando falamos de Qualidade é forçoso rendermo-nos a definições mais abrangentes “...qualidade tem que ver, primordialmente, com o processo pelo qual os produtos ou serviços são materializados. Se o processo for bem realizado, um bom produto final advirá naturalmente. A Qualidade reside no que se faz – aliás – em tudo o que se faz – e não apenas no que se tem como consequência disso”. Ou, por outras palavras, todos os processos de uma determinada atividade são importantes; se os processos forem desenvolvidos com qualidade, o produto final terá qualidade. (International Standardization Organization).

Nas décadas recentes devido ao contexto económico atual as organizações viram-se forçadas a um pensamento mais abrangente e radical sobre a eficiência no controle dos custos, resultando em novas abordagens na redução de custos, reorganizar processos, e ainda a uma produção mais controlada.

Segundo Sousa e Batista (2011) a metodologia consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona por si só, a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequadas aos objetivos que se pretende atingir.

A aplicação de um questionário permite-nos recolher conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos. É importante ter em conta logo à partida do que se quer e do que se vai avaliar, para que o questionário seja um instrumento bem utilizado e o mais credível possível na informação que nos fornece.

Etimologicamente, o termo ciência encontra a sua origem no latim, de scientia, significando conhecimento e de facto, ao falarmos de ciência falamos de investigação científica, uma prática erudita que se desenvolve segundo um “conjunto organizado de conhecimentos sobre a realidade e obtidos mediante o método científico” (Bravo citado por Almeida & Freire, 2000, p. 19). O método científico, também designado de método empírico, é quem conduz toda a investigação, sendo através dele que se obtém o conhecimento científico.

A investigação permite a criação de novos conhecimentos e é da responsabilidade do investigador escolher o método mais adequado para a investigação e que se ajuste às preocupações do investigador, de modo a que este consiga obter as respostas às questões que ele próprio formulou (Fortin, 2003).

Como explica Fortin (2003, p. 372), a metodologia de investigação retrata o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, sendo “um plano criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”. Nesta ordem de ideias, a metodologia, ou seja, os métodos e as técnicas utilizadas, vão sempre depender do tipo de estudo que se pretende realizar, uma vez que os métodos de investigação são um procedimento ou um conjunto de procedimentos que servem de instrumento para alcançar os fins da investigação (Fidel, 1992).

Assim, neste capítulo, além de se elencarem as perguntas de investigação, bem como os objetivos e as hipóteses de investigação, também se apresenta o design do estudo, o método e o tipo de estudo, assim como a amostra e as técnicas e instrumentos de análise

e recolha da informação, os procedimentos e as etapas de todo o processo de investigação.

2.2 Objetivos de Investigação

Toda a investigação é realizada com um propósito e, portanto, trata-se de uma ação que é realizada com um ou mais objetivos, sendo eles que indicam o porquê da investigação (Fortin, 2003). Aqui, é importante destacarmos um facto: o processo de identificação dos objetivos de investigação é um processo que exige reflexão, sendo através dele que procuramos explicitar o estudo a desenvolver, pois neles são sugeridas ideias que contribuem para a qualidade e eficácia da investigação, como também são definidas as diretrizes que orientam o próprio estudo.

Os objetivos correspondem a metas e intenções, que permitem que a investigação se desenvolva “com maior qualidade e eficácia” (Zabalza, 1992, p. 82), traduzindo-se num “enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão” (Fortin, 2003, p. 100). Estes podem ser definidos a dois níveis – geral e específico –, sendo que no primeiro os objetivos transmitem, de forma abrangente, o que se espera e o que se pretende realizar já os segundos, consistem em linhas

Partindo do objetivo geral foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- ☐ Avaliar o impacto da efetividade da standardização de produtos e da rentabilização de tempo para os profissionais na organização;
- ☐ Analisar a importância da implementação de um modelo de avaliação comparativo e as melhores práticas;
- ☐ O impacto na gestão dos stocks locais (clínicas);
- ☐ Aferir o grau de satisfação com a implementação das novas medidas, nomeadamente profissionais de saúde (Enfermeiros Chefes).

2.3 Design do estudo

O design do estudo passa por dois grandes momentos (Malhotra, 1996, p.86): o da pesquisa exploratória, que tem como objetivo o conhecimento e a compreensão sobre a situação em estudo, e o da pesquisa conclusiva que serve como auxílio ao investigador na determinação, avaliação e seleção em relação a uma dada situação.

A pesquisa exploratória serve para auxiliar o processo inicial de investigação. Os autores Malhotra (1996), Churchill (1998) e Zikmund (1997) indicam quatro métodos de pesquisa exploratória: fontes de dados secundários, estudo piloto, estudo de casos e observação. Para o desenvolvimento deste trabalho, a pesquisa exploratória consistiu na recolha bibliográfica, no levantamento documental e estatístico e na pesquisa de estudos efetuados, relativamente aos vários aspetos abordados, de forma a esclarecer e a clarificar os conceitos abordados ao longo da temática em estudo.

O presente estudo visa a aplicação uma metodologia retrospectiva, descritiva, quantitativa e longitudinal através de uma pesquisa de recolha de dados com os vários departamentos envolvidos (departamento de logística, direção de enfermagem e clínicas). Será elaborado um questionário ao corpo de enfermeiros-chefes que integra as 37 clínicas existentes.

2.4 Amostra, Método de Amostragem e Cálculo da Dimensão da Amostra

Dentro do método de amostragem probabilística aplicar-se-á a técnica de amostragem por conveniência, ou seja, “os elementos que irão constituir a amostra são selecionados por conveniência” (Silvério, 2001, p. 82). Os inquiridos foram escolhidos em função da disponibilidade ou por estarem mais acessíveis para responder (Malhotra, 1996, p. 366; Churchill, 1996, p. 481).

Segundo Reis et al. (1993, p. 127), as formas de cálculo da dimensão da amostra só devem ser aplicadas quando se trata de uma técnica de amostragem probabilística, uma vez que só nesta faz sentido generalizar à população as conclusões da amostra. Contudo segundo Reis et al. (1993, p. 127), nestes casos é possível utilizar as fórmulas a que se recorre para as amostras aleatórias de modo a ter uma mera indicação do erro para a dimensão dessa amostra. Assim, considere-se a seguinte expressão para determinar o

erro máximo em função da amostra analisada (Silvério, 2001, pp. 65-66): na consulta realizada às fontes secundárias mencionadas, não foi possível obter trabalhos semelhantes que permitissem determinar possíveis dimensões de amostra aplicáveis a este estudo.

A população da pesquisa é composta por:

Um corpo de enfermeiros-chefes que integra as 37 clínicas existentes.

2.5 Técnicas e Instrumentos

Como afirmado anteriormente, o instrumento de recolha de dados utilizado foi o inquérito por questionário, construído pelo investigador para dar resposta aos objetivos da investigação (anexo IV) na sua construção considerámos as propostas dos diversos autores, nomeadamente no que diz respeito à sua clareza, extensão, introdução, à formulação de questões e opções de resposta (Ghiglione & Matalon, 1992; Hill & Hill, 2005; Moreira, 2004; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Como referem Quivy e Campenhoudt (2008, p. 186), o inquérito por questionário “se presta bem a uma utilização pedagógica pelo carácter muito preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática”. Para os autores, o questionário consiste numa série de perguntas relativas à situação social, profissional ou familiar, às opiniões, às atitudes em relação a opções ou questões humanas e sociais, às expectativas ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores.

Na perspetiva de Ferreira (1986, p. 167), uma “técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e técnica que tem predominado nas ciências e na sociedade em geral”.

2.6 A apresentação e implementação inicial de standardização do NephroCare nas 37 clínicas do estudo

Os principais objetivos para a padronização dentro do NephroCare são:

*Redução de custos não só limitada aos preços do produto, mas através da análise dos procedimentos gerais de tratamento

*Oferece os tratamentos de diálise no mais alto nível de qualidade para criarem para os seus pacientes um futuro que valha a pena

*Atua de acordo com os regulamentos e diretrizes externas e internas para agir de maneira confiável e eticamente correta, conforme representamos a nossa parte interessada interna e externa

*Garante que os enfermeiros possam cumprir as suas tarefas de cuidar dos seus pacientes num ambiente de trabalho otimizado e seguro

Diferentes ferramentas de avaliação criam uma base de informações do desempenho real e são a base para um plano de ação bem estruturado. Possíveis mecanismos de controlo são:

- Relatórios de visita de segurança
- Análise de processo
- Relatórios de auditoria
- Feedback dos pacientes

Abordagem: análise ABC e custo por tratamento como base de avaliação chave para produtos necessários

- 20% dos produtos e 80% dos custos
- B não A nem C
- C 50% -65% dos produtos e 5-10% dos custos

Harmonização e Melhoria contínuas (processos contínuos efetuados):

Práticas:

- Treino
- Pesquisa / Investigação

- Comprometimento da equipa
- Reportando cultura (promovendo)
- Melhoria de habilidades (funcionários)

Consumíveis / descartáveis

- Adequação das ferramentas de acordo com as necessidades
- Sistematização de ferramentas
- Sistematização dos descartáveis / consumíveis

Assim, é importante determinar:

- Padronização de procedimentos permite padronização descartável
- Harmonização da lista técnica de acordo com o uso racional
- A padronização de descartáveis possibilitou a redução de artigos e fornecedores, o que tornou o processo de negociação mais efetivo
- A comunicação entre proprietários de processos e aquisições - criando equipes funcionais cruzadas (CFT) - é crucial para o sucesso do processo de aquisição
- CTF deve levar em conta TCOC (custo total de cuidados)

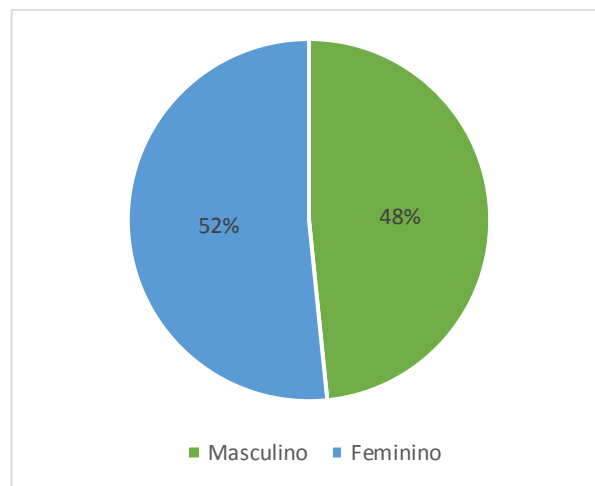
2.7 Apresentação de resultados

2.7.1 Dados sociodemográficos

Género

A amostra de estudo é constituída por 52% de participantes do género feminino e 48% do género masculino

Gráfico 1- Género

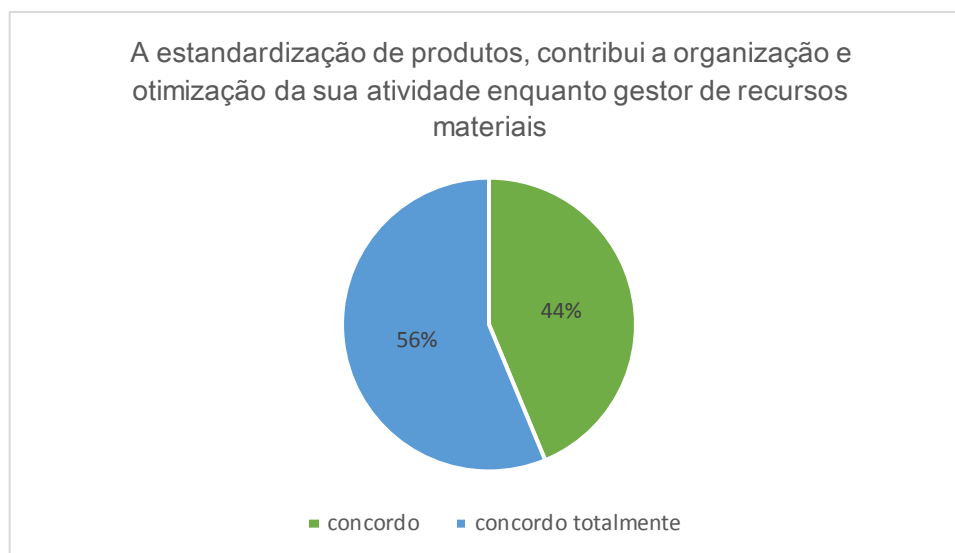


	N	%
Masculino	15	48%
Feminino	16	52%

2.7.2 Questões

- 1- Considera que a estandardização de produtos, contribui a organização e otimização da sua atividade enquanto gestor de recursos materiais?

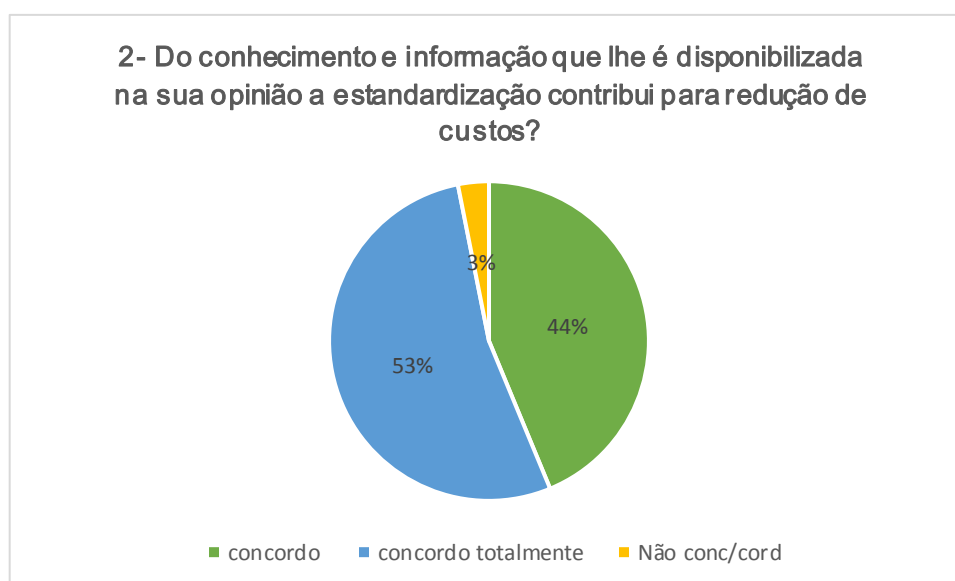
Gráfico 2 - a estandardização de produtos, contribui a organização e otimização da sua atividade enquanto gestor de recursos materiais?



Os participantes concordam totalmente ($n= 56\%$) com a estandardização dos produtos e, que esta contribui para a otimização da sua atividade, 44% concordam.

2- Do conhecimento e informação que lhe é disponibilizada na sua opinião a estandardização contribui para redução de custos?

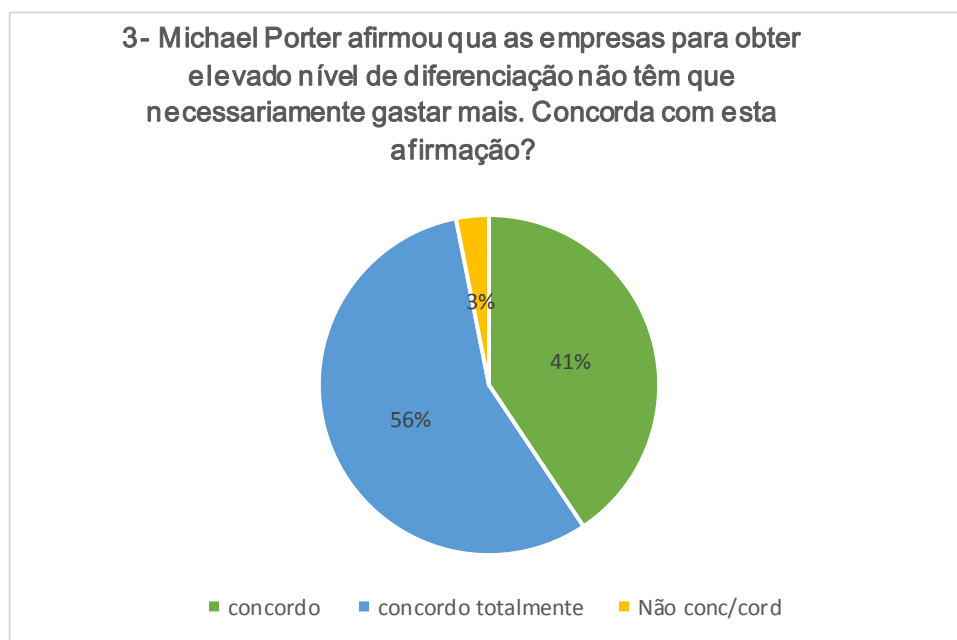
Gráfico 3 - Do conhecimento e informação que lhe é disponibilizada na sua opinião a estandardização contribui para redução de custos?



Do conhecimento e informação que lhe é disponibilizada na sua opinião a estandardização contribui para redução de custos, 53% dos participantes concorda totalmente com a afirmação, 44% concorda e 3% não concorda nem discorda.

3- Michael Porter afirmou que as empresas para obter elevado nível de diferenciação não têm que necessariamente gastar mais. Concorda com esta afirmação?

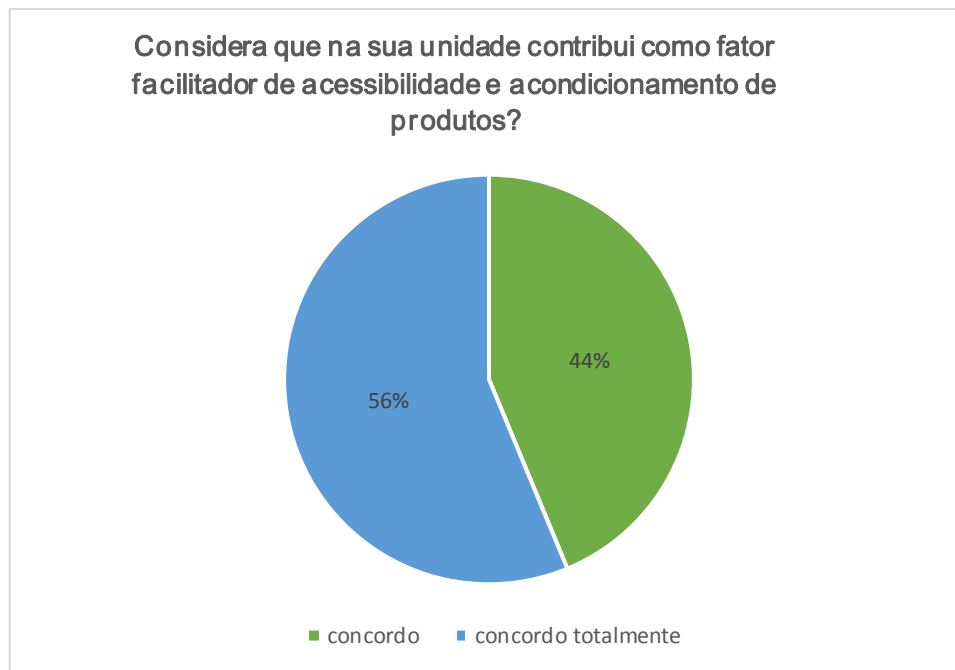
Gráfico 4 - Michael Porter afirmou que as empresas para obter elevado nível de diferenciação não têm que necessariamente gastar mais.



No que respeita à afirmação “Michael Porter afirmou que as empresas para obter elevado nível de diferenciação não têm que necessariamente gastar mais”, 56% dos participantes concorda totalmente, 41% concorda e 3% não concorda nem discorda

4-O conceito de estandardização diz-nos que é um processo de simplificação. Considera que na sua unidade contribui como fator facilitador de acessibilidade e acondicionamento de produtos?

Gráfico 5 - Considera que na sua unidade contribui como fator facilitador de acessibilidade e acondicionamento de produtos?



56% dos participantes concorda que a sua unidade contribui como fator facilitador de acessibilidade e acondicionamento de produtos, e 44% concorda apenas

5- A estandardização também implica eficiência dos recursos ambientais nomeadamente na sua redução, desde a conceção até ao destino final. Concorda com esta afirmação?

Gráfico 6 - A estandardização também implica eficiência dos recursos ambientais nomeadamente na sua redução, desde a conceção até ao destino final.



No que respeita à afirmação “A estandardização também implica eficiência dos recursos ambientais nomeadamente na sua redução, desde a conceção até ao destino final”, 53% dos participantes concorda totalmente, 41% concorda apenas, e 6% não concorda nem discorda.

6-Na sua opinião o facto de existir um “Kit”, adequado a um determinado tipo de procedimento, contribui para o combate ao desperdício?

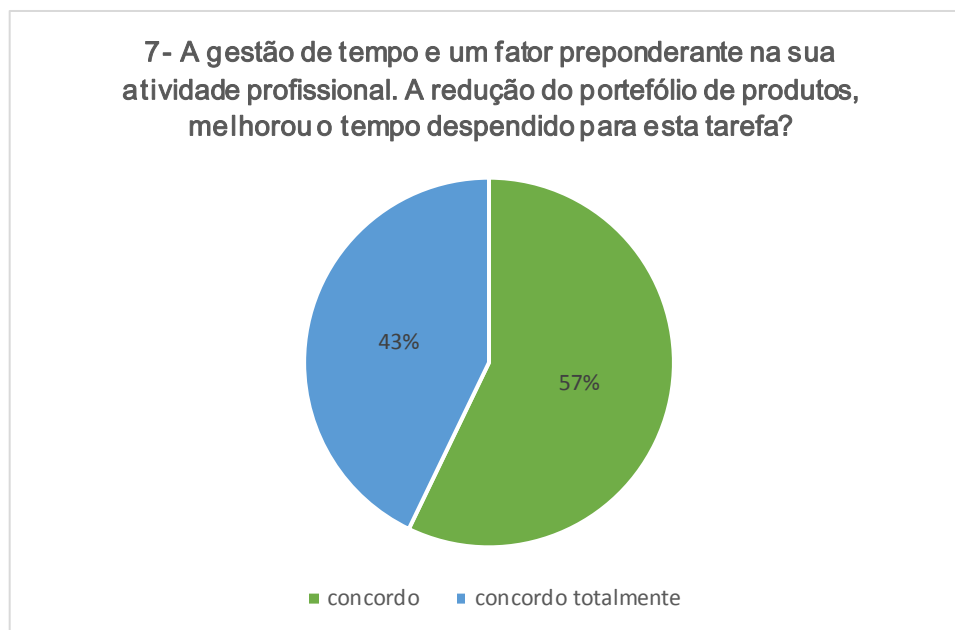
Gráfico 7 - Na sua opinião o facto de existir um “Kit”, adequado a um determinado tipo de procedimento, contribui para o combate ao desperdício



47% dos participantes concorda totalmente relativamente à existência de um Kit adequado a um determinado tipo de procedimento, e que contribui para o combate ao desperdício, 44% concorda apenas e, 9% não concorda nem discorda.

7-A gestão de tempo e um fator preponderante na sua atividade profissional. A redução do portefólio de produtos, melhorou o tempo despendido para esta tarefa?

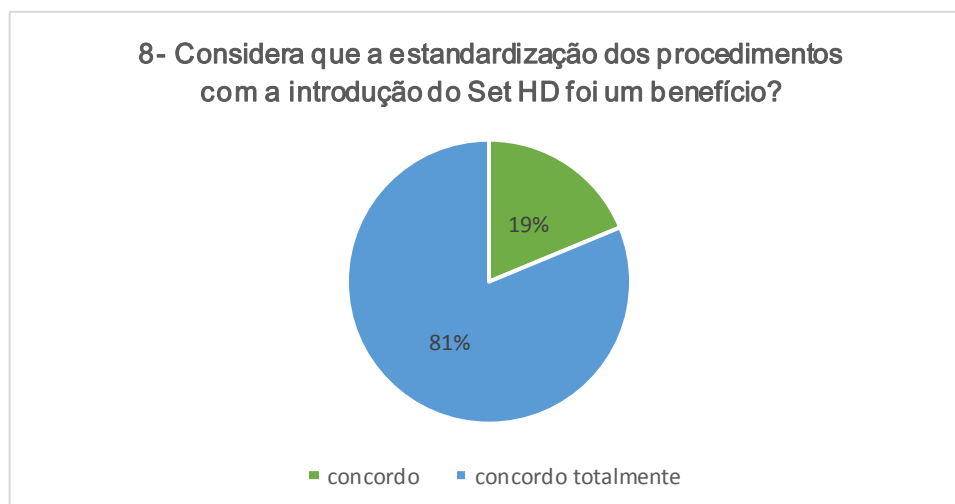
Gráfico 8 - A redução do portfólio de produtos, melhorou o tempo despendido para esta tarefa?



57% dos participantes concorda totalmente em relação à redução do portfólio de produtos que como consequência, melhorou o tempo despendido com esta tarefa, 43% concorda apenas.

8- Considera que a estandardização dos procedimentos com a introdução do Set HD foi um benefício?

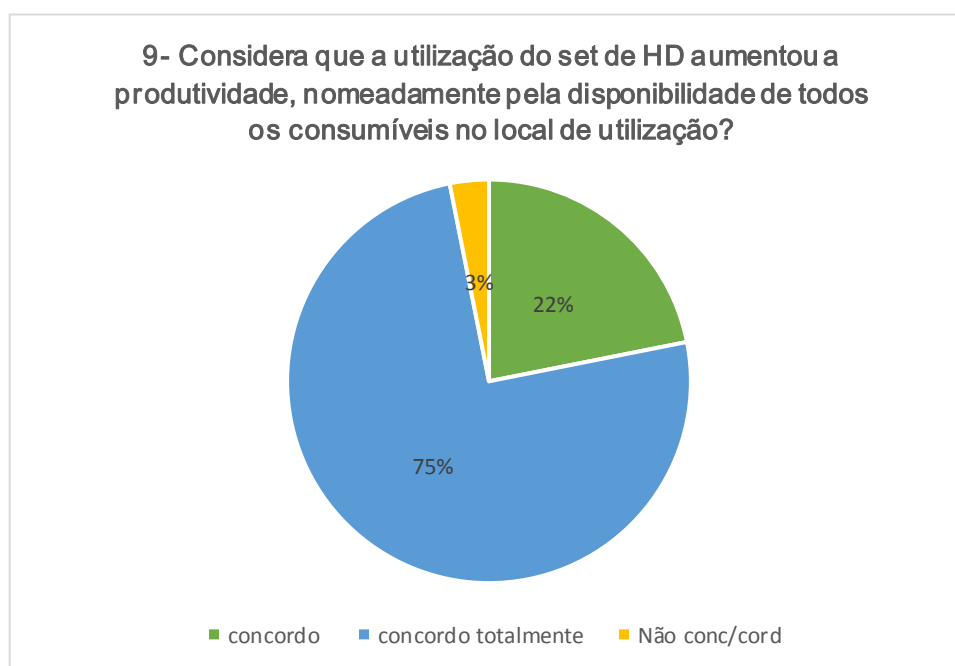
Gráfico 9 - Considera que a estandardização dos procedimentos com a introdução do Set HD foi um benefício



No que respeita à afirmação “a estandardização dos procedimentos com a introdução do Set HD foi um benefício”, 81% dos participantes concorda totalmente, e 19% concorda apenas.

9- Considera que a utilização do set de HD aumentou a produtividade, nomeadamente pela disponibilidade de todos os consumíveis no local de utilização?

Gráfico 10 - Considera que a utilização do set de HD aumentou a produtividade, nomeadamente pela disponibilidade de todos os consumíveis no local de utilização

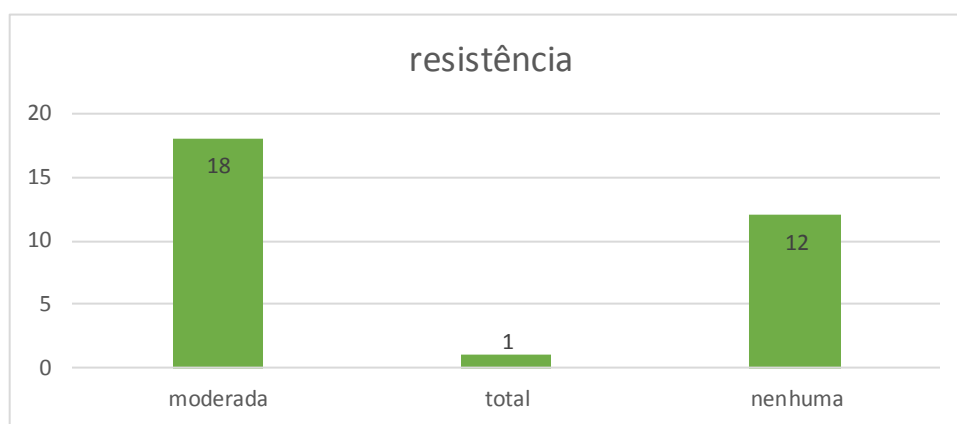


75% dos participantes concorda que o set de HD aumentou a produtividade, nomeadamente pela disponibilidade de todos os consumíveis no local de utilização, 22% concorda apenas e 3% não concorda nem discorda.

10- Considerando que foi necessário que a sua equipa se adaptasse a outras formas de saber fazer, gostaria de saber a sua opinião acerca de:

- Resistência

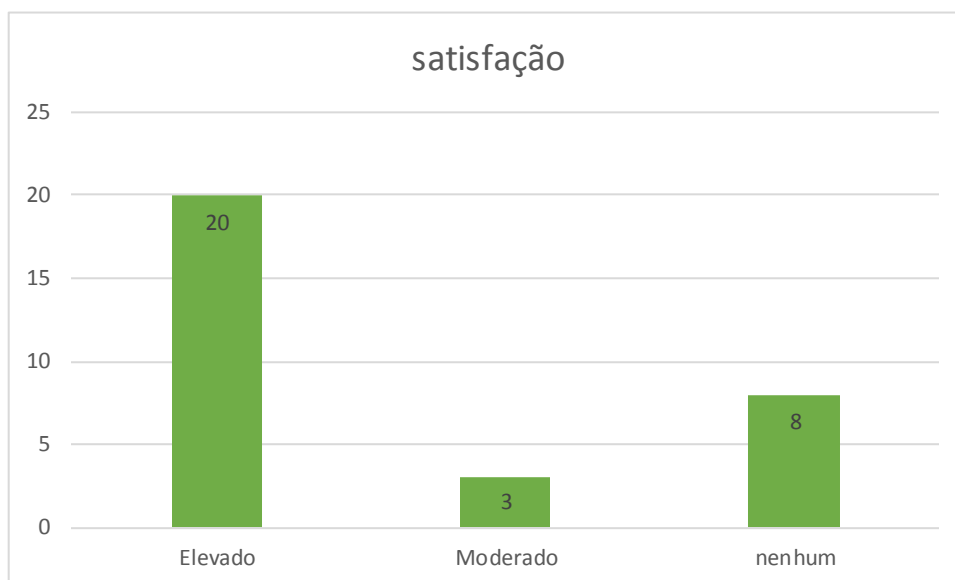
Gráfico 11 – resistência



A equipa adaptou-se à resistência de forma moderada (n=18), nenhuma resistência (n=12) e, total (n=1)

- Satisfação

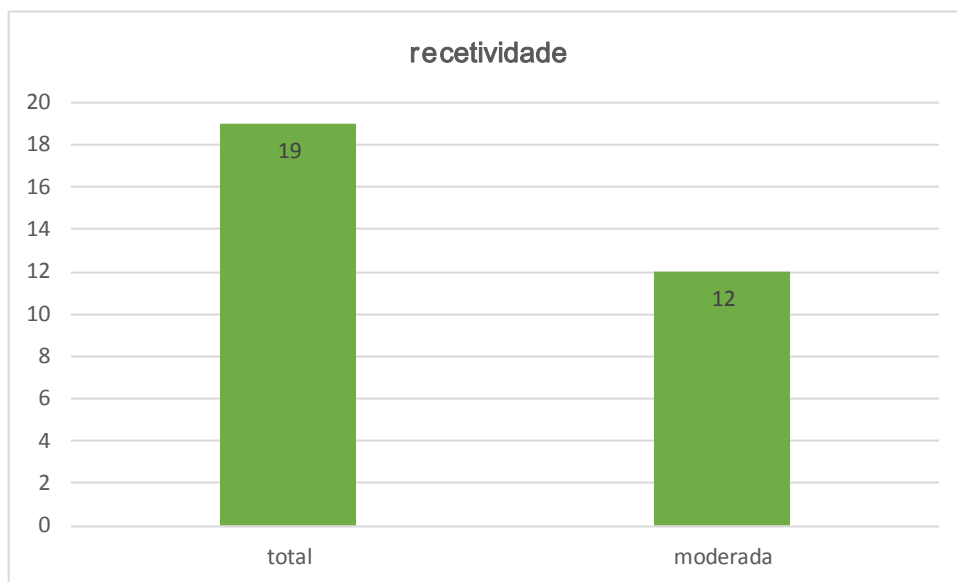
Gráfico 12 - satisfação



Observa-se que a satisfação dos profissionais é elevada (n=20), nenhuma (n=8) e moderada (n=3)

- Recetividade

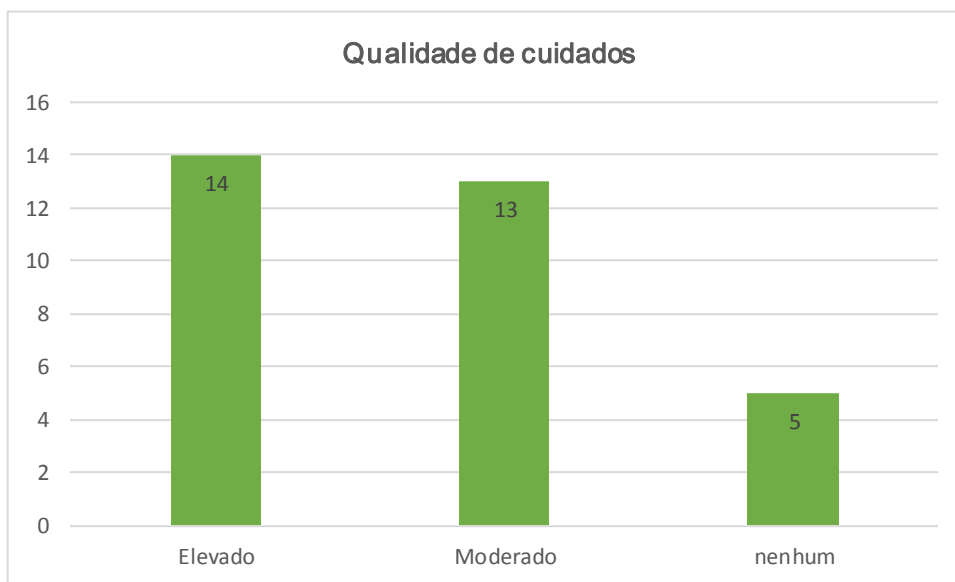
Gráfico 13 - recetividade



A recetividade da equipa foi total (n=19) e moderada (n=12)

- Qualidade de cuidados

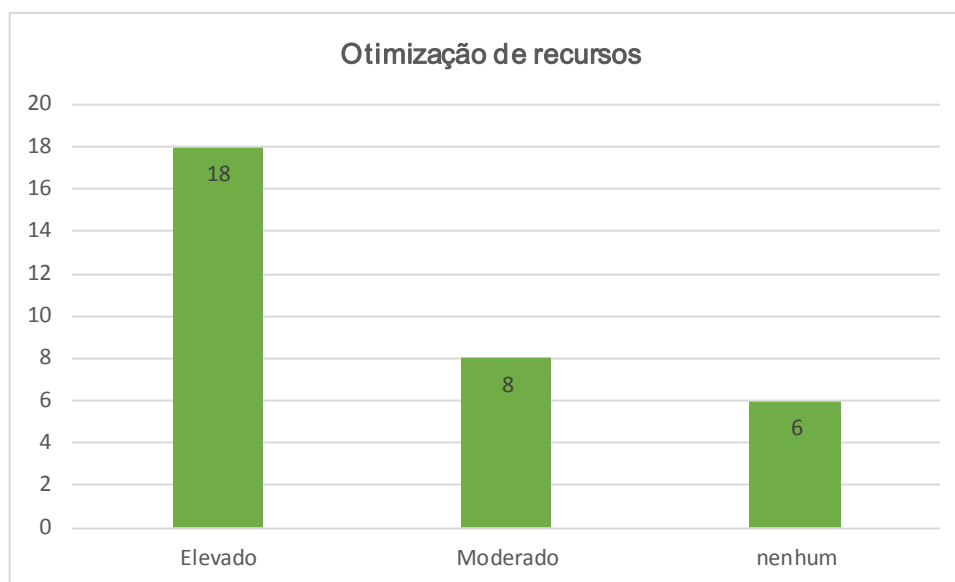
Gráfico 14 - qualidade de cuidados



A qualidade dos cuidados foi elevada (n=14), moderada (n=13) e nenhuma (n=5)

- Otimização de recursos

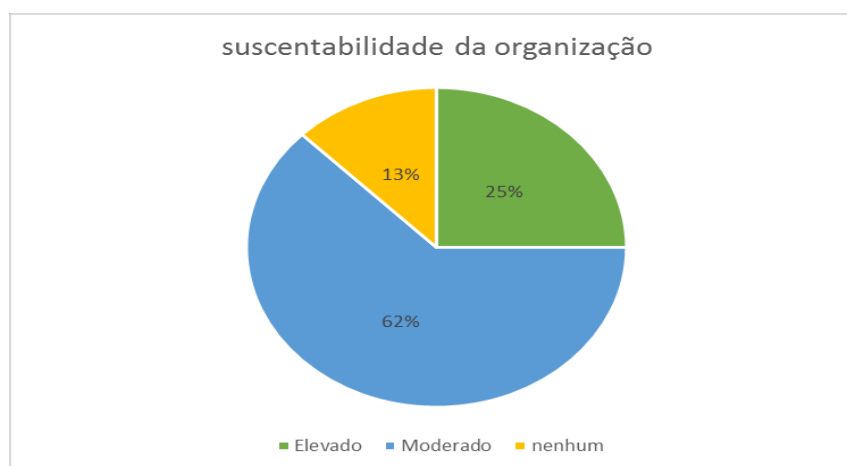
Gráfico 15 - otimização de recursos



A otimização de recursos foi elevada (n=18), moderada (n=8) e nenhuma (n=6)

- Sustentabilidade da organização

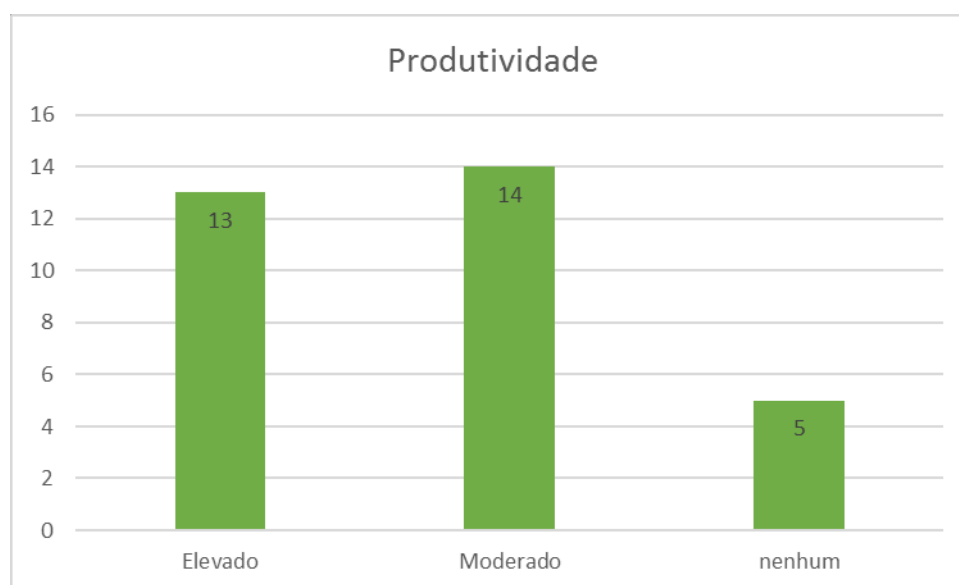
Gráfico 16 - sustentabilidade da organização



A sustentabilidade da organização foi moderada (n=62%), elevada (n=25%) e nenhuma (n=13%)

- Produtividade

Gráfico 17 - produtividade



A produtividade na organização foi moderada (n=14), elevada (n=13) e nenhuma (n=5).

Discussão de resultados

A amostra de estudo é constituída por 52% de participantes do género feminino e 48% do género masculino

Os participantes concordam totalmente ($n= 56\%$) com a estandardização dos produtos e, que esta contribui para a otimização da sua atividade, 44% concordam.

Neste caso, pode-se comparar como estudo de Agha et al. (2011) que teve como objetivo analisar os impactos diretos e indiretos da estandardização e a personalização na satisfação e lealdade do cliente através da qualidade do serviço. A qualidade do serviço tem duas dimensões: qualidade técnica e qualidade funcional. Uma estrutura é desenvolvida estendendo o modelo de Grünroos e a qualidade do serviço, incluindo os antecedentes da qualidade do serviço. Uma pesquisa baseada em questionário de 315 clientes de três indústrias de serviços: saúde, hospitalidade e educação.

Os resultados mostram que: a integração de estandardização e a customização de ofertas de serviços é fundamental para melhorar a qualidade do serviço; a estandardização tem maior impacto no serviço de qualidade quando comparado à personalização; a qualidade funcional tem maior impacto na satisfação do cliente quando comparado com a qualidade técnica; e a satisfação do cliente tem um efeito significativo na lealdade do cliente.

Do conhecimento e informação que lhe é disponibilizada na sua opinião a estandardização contribui para redução de custos, 53% dos participantes concorda totalmente com a afirmação, 44% concorda e 3% não concorda nem discorda.

No que respeita à afirmação “Michael Porter afirmou que as empresas para obter elevado nível de diferenciação não têm que necessariamente gastar mais”, 56% dos participantes concorda totalmente, 41% concorda e 3% não concorda nem discorda

A estandardização ajuda a reduzir, simplificando e organizando questões que estão aptas a tornar-se diversificadas e complicadas. É um processo de formulação, emissão e aplicação das normas criando valor a vários níveis. Pode ser aplicada em várias

vertentes, no entanto é necessário ter em atenção, que o que é aplicável numas circunstâncias, poderá não ter os mesmos resultados aplicado noutras situações semelhantes.

56% dos participantes concorda que a sua unidade contribui como fator facilitador de acessibilidade e acondicionamento de produtos, e 44% apenas concorda.

No que respeita à afirmação “A estandardização também implica eficiência dos recursos ambientais nomeadamente na sua redução, desde a conceção até ao destino final”, 53% dos participantes concorda totalmente, 41% concorda apenas, e 6% não concorda nem discorda.

47% dos participantes concorda totalmente relativamente à existência de um Kit adequado a um determinado tipo de procedimento, e que contribui para o combate ao desperdício, 44% concorda apenas e, 9% não concorda nem discorda.

57% dos participantes concorda totalmente em relação à redução do portefólio de produtos que como consequência, melhorou o tempo despendido com esta tarefa, 43% concorda apenas.

No que respeita à afirmação “a estandardização dos procedimentos com a introdução do Set HD foi um benefício”, 81% dos participantes concorda totalmente, e 19% concorda apenas.

75% dos participantes concorda que o set de HD aumentou a produtividade, nomeadamente pela disponibilidade de todos os consumíveis no local de utilização, 22% concorda apenas e 3% não concorda nem discorda.

A equipa adaptou-se à resistência de forma moderada (n=18), nenhuma resistência (n=12) e, total (n=1)

Observa-se que a satisfação dos profissionais é elevada (n=20), nenhuma (n=8) e moderada (n=3)

A recetividade da equipa foi total (n=19) e moderada (n=12)

A qualidade dos cuidados foi elevada (n=14), moderada (n=13) e nenhuma (n=5)

A otimização de recursos foi elevada (n=18), moderada (n=8) e nenhuma (n=6)

A sustentabilidade da organização foi moderada (n=62%), elevada (n=25%) e nenhuma (n=13%)

A produtividade na organização foi moderada (n=14), elevada (n=13) e nenhuma (n=5).

Conclusão

Através de alguns estudos tem-se observado que estandardizar-se um serviço enquanto se personaliza é impraticável. Ou seja, a personalização tem tendência para atender às necessidades e preferências dos indivíduos, e a estandardização tenta satisfazer as necessidades e preferências das massas.

Esta dissertação teve como objetivo geral determinar o impacto na organização da estandardização de produtos quer a nível económico, quer em termos de rentabilização de tempo para os profissionais sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados, se verificou.

Partindo do objetivo geral foram elaborados os seguintes objetivos específicos: avaliar o impacto da efetividade da estandardização de produtos e da rentabilização de tempo para os profissionais na organização; analisar a importância da implementação de um modelo de avaliação comparativo e as melhores práticas; o impacto na gestão dos stocks locais (clínicas); aferir o grau de satisfação com a implementação das novas medidas, nomeadamente, os profissionais de saúde (Enfermeiros Chefes).

Por outro lado, estudos anteriores consideraram a customização e a estandardização separadamente e nem todos olharam para a possibilidade de combinar estes dois componentes de marketing. No entanto, um exame cuidadoso do modelo de Grönroos (1984) demonstra que tem tanto as partes funcionais que podem complementar-se; e que ambas, a qualidade funcional e a qualidade técnica estão abertas à personalização e à estandardização.

Estabelece-se assim, a ligação entre a qualidade do serviço e a satisfação do cliente. No entanto, não foi feito muito trabalho para determinar se a personalização e padronização têm um impacto direto no serviço de qualidade e um impacto indireto na satisfação do cliente através do serviço de qualidade

Alguns estudos analisados ao longo do texto, investigam a influência de aspetos técnicos e as dimensões funcionais da gestão de serviços na satisfação do cliente em diversas empresas e setores.

Identificou-se que tanto as dimensões técnicas e funcionais da gestão de serviços significativamente com a satisfação do cliente. De Keyser e Lariviere, (2014) argumentam que a qualidade técnica e funcional do serviço tem impactos positivos na felicidade do consumidor. Estes estudos recentes sublinham o fato de que tanto qualidades funcionais quanto técnicas têm efeito vital na satisfação do cliente na prestação de serviço de alta qualidade.

Portanto, a utilização de estratégias diferentes para impulsionar o serviço de qualidade, é desejável e, deve-se avaliar o efeito de cada estratégia em diferentes aspectos da qualidade do serviço

A consideração da qualidade e dos resultados dos cuidados é fundamental para alcançar os objetivos de eficiência e justiça dos sistemas de saúde. Os pacientes estão mais do que nunca a procurar ativamente assegurando que os cuidados que recebem sejam de alto valor, equilibrando as preocupações sobre os custos dos cuidados com as preferências por cuidados que sejam clinicamente mais eficazes, seguros e responsivos às suas necessidades. A OCDE está a trabalhar com os países membros para estabelecer métricas que possam fornecer informações úteis sobre a qualidade e os resultados dos cuidados prestados pelos países membros. Essas métricas fornecem uma base sólida para a análise dos principais impulsionadores do desempenho e para compartilhar e aprender sobre políticas e estratégias nacionais eficazes.

O trabalho da OCDE sobre qualidade e resultados é supervisionado por um grupo internacional de especialistas representando os 35 países membros da OCDE e outros países, organizações e colaboradores.

Bibliografia

Abbott, L., Parker, S., Peters, G. “Audit committee characteristics and restatements.”, *Auditing: A Journal of Practice and Theory* 23 (1), 2004.

Alvarez-Rosete A. 2008. The role of the state in public health. In: Heggenhougen K (ed). *International Encyclopedia of Public Health*. Elsevier, 211-18.

Anderson EW, Sullivan MW (1993) The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing Science* 12(2):125-143.

Akenroye AT, Baskin MN, Samnaliev M, et al. Impacto de uma diretriz de bronquiólite no uso e custo dos recursos de DE: uma análise de séries temporais segmentadas. *Pediatrics*. 2014; 133: e227-34.

Algaze CA, Wood M, Pageler NM et al. O uso de uma lista de verificação e de uma ferramenta de apoio à decisão clínica reduz o uso do laboratório e melhora o custo. *Pediatrics*. 2016; 137 (1).

Beatty, S.E., Ogilvie, J., Northington, W.M., Harrison, M.P., Holloway, B.B., Wang, S., 2015. Frontline service employee compliance with Customer Special Requests. *J. Serv. Res.*, (1094670515624978)

Battleman, D.S., M. Callahan, and H.T. Thaler. 2002. Rapid antibiotic delivery and appropriate antibiotic selection reduce length of hospital stay of patients with community-acquired pneumonia: Link between quality of care and resource utilization. *Arch. Internal Medicine* 162 (6):682-688.

Bechel, D., W.A. Myers, and D.G. Smith. 2000. Does patient-centered care pay off? *Joint Commission J. Quality Patient Safety* 26 (7):400-409

Boulding, W., S.W. Glickman, M.P. Manary, K.A. Schulman, and R. Staelin. 2011. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Amer. J Managed Care* 17 (1):41-48.

Baker CD, Martin S, Thrasher J et al. Um processo de descarga padronizado diminui o tempo de permanência para crianças dependentes de ventilador. *Pediatrics*. 2016 137 (4). Pii: e20150637. Este estudo mostra a contribuição da padronização do processo para a redução de custos sem alterar o gerenciamento da condição subjacente.

Bolton RN, Drew JH (1991) A multistage model of customers' assessments of service Quality and value. *Journal of Consumer Research* 17(4):375-384.

Brunsson, N., Rasche, A., & Seidl, D. (2012). The dynamics of standardization: Three perspectives on standards in organization studies. *Organization Studies*, 33(5/6), 613-632.

Blut, M., Frennea, C.M., Mittal, V., Mothersbaugh, D.L., 2015. How procedural, financial and relational switching costs affect customer satisfaction, repurchase intentions, and repurchase behavior: a meta-analysis. *Int. J. Res. Mark.* 32 (2), 226–229

Chopra, A., Garg, D. (2011). "Behavior patterns of quality cost categories", *The TQM Journal*, (23), 5: 510-515.

Chiadamrong, N. (2003). "The development of an economic quality cost model". *TQM & Business Excellence*. (14), 9: 999-1014.

Choi, T. Y., K. Eboch. 1998. The TQM Paradox: Relations among TQM practices, plant performance, and Customer satisfaction. *J. Oper. Management* 17(1): 59-75

Dayal A, Alvarez F. (2015). The Effect of Implementation of Standardized, Evidence-Based Order Sets on Efficiency and Quality Measures for Pediatric Respiratory Illnesses in a Community Hospital. *Hosp Pediatr*. 2015 Dec;5(12):624-9. doi: 10.1542/hpeds.2015-0140.

Doyle, J., Ge, W., McVay, S. „Accruals quality and internal control over financial reporting. Working paper”, Utah State University, University of Washington, and New York University, 2006.

Durán A, Kutzin J, Martín-Moreno JM, Travis P. 2011. Understanding health systems: scope, functions and objectives. In: McKee M, Figueras J (eds). *Health Systems: Health, Wealth, Society and Well-being*. Maidenhead: Open University Press & McGraw-Hill.

Douglas, A. (2009). (ur.), "The TQM philosophy and the economic downturn", The TQM Journal, (21), 1: 6-100.

Ding, Y., Keh, H.T., 2016. A re-examination of service standardization versus customization from the consumer's perspective. J. Serv. Mark. 30 (1), 16–28.

Flynn, B.B., R.O. Schroeder, and S. Sakakibara. 1995. The Impact of Quality Management Practices on Performance and Competitive Advantage. Decision Sci. 26 (5)

GRANT, Robert M. Contemporary Strategy Analysis. 8. ed. Londres: Wiley, 2013.

Goluchowicz, K e Blind, M. (2011). Identification of future fields of standardisation: An explorative applications of the Delphi Methodology. Technological Forecasting & Social Change 78 (2011) 1526–1541

Guo, L., Xiao, J.J., Tang, C., 2009. Understanding the psychological process underlying customer satisfaction and retention in a relational service. J. Bus. Res. 62 (11), 1152–1159

Hanney S, González-Block M. 2011. Yes, research can inform health policy; but can we bridge the 'Do-Knowing It's Been Done' gap? Health Research Policy and Systems 9, no. 1

HANSEN, Don R. MOWEN, Maryanne M. Tradução Robert Brian Taylor; Gestão de Custos: Contabilidade e Controle. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

Hafner T, Shiffman J. 2013. The emergence of global attention to health systems strengthening. Health Policy and Planning 28: 41-50.

Homburg C, Koschate N, & Hoyer WD (2005) Do satisfied customers really pay more? A study of the relationship between customer satisfaction and willingness to pay. Journal of Marketing 69(2):84-96.

Juran, J.M., Gryna, F.M. (1993). Planiranje i analiza kvalitete: Od razvoja proizvoda do upotrebe. Zagreb: MATE.

Jones, C., Nickson, D., Taylor, G., 1994. 'Ways' of the world: managing culture in international hotel chains. In: Wood, R., Dieke, P., Jenkins, C.L. (Eds.), *Tourism/The State of the Art*. Wiley, Chichester, 626–634.

Jha, A.K., E.J. Orav, A. Dobson, R.A. Book, and A.M. Epstein. 2009. Measuring efficiency: The association of hospital costs and quality of care. *Health Affairs* 28 (3):897-906

Jin, L., He, Y., Song, H., 2012. Service customization: to upgrade or to downgrade? An investigation of how option framing affects tourists' choice of package-tour services. *Tour. Manag.* 33 (2), 266–275

Kent, R. (2005). "Manufacturing strategy for window fabricators 14 – the cost of quality". Tanagram Technology available at: www.tanagram.co.uk (15.6.2013.)

Kickbusch I, Gleicher D. 2012. Governance for Health in the 21st Century. WHO Regional Office for Europe. Online at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, accessed 5 February 2013.

Kammen, J., D. de Savigny, et al. 2006. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bulletin of the World Health Organization* 84:608-612.

Krol, M., Brouwer, W., Rutten, F., 2013. Productivity costs in economic evaluations: past, present, future. *Pharmacoeconomics* 31 (7), 537–549

Lai F, Griffin M, & Babin BJ (2009) How quality, value, image, and satisfaction create loyalty at a Chinese telecom. *Journal of Business Research* 62(10):980-986.

Lindgren S, Wacker D, Suess A, et al. Telessaúde e autismo: tratamento de comportamento desafiador a baixo custo. *Pediatrics*. 2016; 137 Supl 2: S167-75.

Lavis, J. N., G. E. Guindon, et al. 2010. Bridging the gaps between research, policy and practice in low- and middle-income countries: a survey of researchers. *Canadian Medical Association Journal* 182, no 9: E350–E361

Morgan NA, Anderson EW, & Mittal V (2005) Understanding firm's customer Satisfaction information usage. *Journal of Marketing* 69(3):131-151.

Oliver RL (1980) A Cognitive model of the antecedents and consequences of Satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research* 17(4):460-469.

Omurgonulsen, M. (2009). A research on the measurement of quality costs in the Turkish food manufacturing industry. *Total Quality Management and Business Excellence*, 20(5), 547–562.

Parasuraman A, Zeithaml VA, & Berry LL (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 49(4):41-50.

Parasuraman A, Zeithaml VA, & Berry LL (1988) SERVQUAL: A Multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 64(1):12-40.

Peršić, M., Jankovic. S. (2006). *Hotel Management Accounting*, Zagreb: Comunidade croata de trabalhadores e empregados.

Rasamanie, M., Kanapathy, K. (2011). “The Implementation of Cost of Quality (COQ) Reporting System in Malaysian Manufacturing Companies: Difficulties Encountered and Benefits Acquired”, *International Journal of Business and Social Science*, (2), 6: 243-247.

Ralston, I, A. Baird, G. Baird, G. Hill, E. Hoepfner, M. Payne, M. Seymour. 2016. *Manual of composting toilet and greywater practice*. Version 1

Roses LK, Hoppen N, & Henrique JL (2009) Management of perceptions of information

technology service quality. *Journal of Business Research* 62(9):876-882.

Reich MR, 2002. Reshaping the state from above, from within, from below: Implications for public health. *Social Science and Medicine* 54: 1669–75.

Rust RT, Moorman C, & Dickson PR (2002) Getting return on quality: Revenue expansion, cost reduction, or both? *Journal of Marketing* 66(4):7-24.

Rust, R.T., Chung, T.S., 2006. Marketing models of service and relationships. *Mark. Sci.* 25 (6), 560–580

Sansalvador, M. E., Brotons, J. M. (2013). “Quality cost analysis: a case study of a Spanish organisation”, *Total Quality Management & Business Excellence*, (24), 3-4: 378-396.

Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Pactor. Sedevich Fons, L. A. (2012). “Integration of quality cost and Accounting practices”, *The TQM Journal*, (24), 4: 338-351.

Safizadeh MH, Field JM, & Ritzman LP (2008) Sourcing practices and boundaries of the firm in the financial services industry. *Strategic Management Journal* 29(1):79-91.

Sandoff M (2005) Customization and standardization in hotels-A paradox or not? *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 17(6/7):529-535.

Starr M, Chalmers I, Clarke M, Oxman AD. 2009. The origins, evolution, and future of The Cochrane Database of Systematic Reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 51 (Suppl. 1): 182-95.

Saltman RB, Ferroussier-Davies O. 2000. The concept of Stewardship in health policy. *Bulletin of the WHO* 78, no. 6: 732-7.

Tam, K.Y., Ho, S.Y., 2005. Web personalization as a persuasion strategy: an elaboration likelihood model perspective. *Inf. Syst. Res.* 16 (3), 271–291.

Timmermans, S. & Epstein, S. (2010). A world of standards but not a standard world: Towards a sociology of standards and standardization. *Annual Review of Sociology*, 36, 69-89.

Tye, L. H., Halim, H. A., Ramayah, T. (2011). “An exploratory study on cost of quality implementation in Malaysia: The case of Penang manufacturing Firms”, *Total Quality Management & Business Excellence*, (22), 12: 1299-1315.

Veillard JHM, Brown AD, Baris E, Permanand G, Klazinga NS. 2011. Health system stewardship of National health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment framework. *Health Policy* 103: 191-9.

Zeithaml, V.A., Berry, L., Parasuraman, A., 1996. The behavioural consequences of service quality. *J. Mark.* 60, 31–46.

Zhou KZ, Brown JR, & Dev CS (2009) Market orientation, competitive advantage, and performance: A demand-based perspective. *Journal of Business Research* 62(11):1063-1070.

Yang, C. C. (2008). “Improving the definition and quantification of Quality costs”, *Total Quality Management & Business Excellence*, (19), 3: 175-191.

Yoo, S.J., Huang, W.H.D., Kwon, S., 2015. Gender still matters: employees' acceptance levels towards e-learning in the workplaces of South Korea. *Knowl. Manag. E-Learn.: Int. J. (KMEL)* 7 (2), 334–347

Wind, J., Rangaswamy, A., 2001. Customerization: the next revolution in mass customization. *J. Interact. Mark.* 15 (1), 13–32.

FACULDADE DE **ECONOMIA**

